

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA**  
**De la Fundación “La Caixa”**

**EL ROL DE ENFERMERÍA Y SU INFLUENCIA EN LA MOTIVACIÓN:**

**¿UN MITO O UNA REALIDAD?**

**AUTORES:**

Cristina BÁRCENA GÓMEZ

Teresa MOLINA SÁNCHEZ

Carne OLLER VIVES

Montserrat VIURA SOLER

Trabajo de investigación presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster

**Trabajo dirigido por el profesor:** Sr. ESTEVE PONT

**Comisión evaluadora:**

Sra. Montserrat Teixidor	Presidenta
Sr. Esteve Pont	Secretario
Sra. Concepció Ferrer	Vocal
Sr. José Tejada	Vocal

**Presentado en fecha:** 21 JUNIO 2004

**Aceptado en fecha:** 10 JULIO 2004

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores

## **AGRADECIMIENTOS:**

A nuestros profesores y tutores de la escuela Sta. Madrona: Sra. Montserrat Teixidor, Sr. Esteve Pont, Sr. José Tejada; por su ayuda y dedicación para elaborar el trabajo de investigación y agradecerles su apoyo incondicional brindado durante estos dos años animándonos con su humanidad, generosidad y sencillez.

A los bibliotecólogos Sra. Angels Canal y Sr. Sergi Puyó por su ayuda, y esfuerzo.

Al Sr. Jesús Montori por su elocuencia, cordialidad y entusiasmo.

A nuestra asesora técnica Sra Elisenda Pérez, por su colaboración y paciencia en el diseño de este trabajo.

A nuestras familias y amigos quienes nos han apoyado con su participación, preocupación y amor.

A nuestras instituciones: Hospital Universitari de la Vall d'HEBRÓN, Centro Sociosanitario Monterols y Hospital General de Catalunya. Así como a todos nuestros compañeros que han hecho posible este proyecto.

Y a todos los delfines por ser ellos nuestros referentes.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
<b>1. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA .....</b>	<b>7</b>
1.1. LA PREHISTORIA Y CULTURA ANTIGUA .....	7
Cultura Mesopotámica .....	7
Cultura del Antiguo Egipto .....	8
Cultura India .....	8
Cultura Judía .....	9
Antigua Cultura China .....	9
1.2. CULTURAS CLÁSICAS Y CRISTIANISMO .....	10
Cultura Helénica .....	10
Cultura Romana .....	10
Cristianismo .....	10
1.3. LA EDAD MEDIA .....	11
Alta Edad Media 500 – 1000 DC .....	11
Baja Edad Media 1000 – 1500 DC .....	12
1.4. EDAD MODERNA .....	13
Reforma y Revoluciones .....	13
Contrarreforma .....	13
Reglamento de 1540 .....	14
1.5. PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA .....	14
Florence Nightingale .....	15
1.6. EDAD CONTEMPORÁNEA Y CONSOLIDACIÓN DE LA ENFERMERIA .....	15
1.7. TENDENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN CATALUNYA .....	18
1.8. PERIODOS DE LA ENFERMERÍA CATALANA .....	19
<b>2. TEORÍAS DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>20</b>
2.1 INTRODUCCIÓN .....	20
2.2 TEORÍAS .....	22
2.2.1. Escuela de las necesidades: .....	22
2.2.2. Escuela de la interacción: .....	25
2.2.3. Escuela de los efectos deseables: .....	28
2.2.4. Escuela de la promoción de la salud: .....	29
2.2.5. Escuela del ser humano unitario: .....	30
2.2.6. Escuela del caring: .....	32
2.3. REFLEXIÓN DE NUESTRA REALIDAD .....	34
<b>3. ROL Y PROFESIÓN .....</b>	<b>36</b>
3.1. LA NATURALEZA DE LA ENFERMERÍA .....	36
3.2. LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMERA .....	37
3.3. CONCEPTOS DEL ROL .....	42
3.4. DIMENSIONES DEL ROL .....	44
3.5. COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA .....	50
LA CARRERA PROFESIONAL .....	55
<b>4. MOTIVACIÓN .....</b>	<b>56</b>
4.1. EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO MOTIVACIÓN .....	56
4.2. CONCEPTO DE MOTIVACIÓN .....	57
4.3. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN .....	58
4.3.1 TEORÍAS DE CONTENIDO .....	60
4.3.2 TEORÍAS DE PROCESO: .....	65
4.3.3. TEORÍAS COGNITIVAS .....	70
4.4. LA MOTIVACIÓN EN ENFERMERÍA .....	72
4.4.1. OPINIÓN PERSONAL SOBRE LA MOTIVACIÓN .....	76

<b>MARCO APLICADO</b> .....	<b>79</b>
<b>5. DISEÑO DEL ESTUDIO</b> .....	<b>79</b>
5.1. JUSTIFICACIÓN .....	79
5.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	80
5.3. HIPÓTESIS .....	81
5.4. VARIABLES Y SU CONTROL .....	81
5.4.1. Variable dependiente.....	81
5.4.2. Variables independientes .....	81
5.4.3. Variables intervinientes .....	81
5.5. METODOLOGÍA.....	83
5.6. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	83
5.7. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	90
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>91</b>
6.1 INTRODUCCIÓN.....	91
6.2 ANALISIS DESCRIPTIVO .....	93
6.3. ANÁLISIS INFERENCIAL .....	122
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>212</b>
<b>PROPUESTAS Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>219</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>222</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>227</b>

## **INTRODUCCIÓN**

El propósito de nuestra investigación es demostrar que la motivación de la profesión enfermera crece si también crece el desarrollo del rol autónomo en nuestro trabajo diario. Si queremos obtener una excelencia de los cuidados detrás de ellos tienen que haber enfermeras motivadas, siendo fundamental apoyarse en el rol autónomo, pues el rol de cooperación, aún siendo importante, puede convertirse en trabajo rutinario que supone una generalidad del mismo. En cambio el rol autónomo es individualizado, creativo e implica una responsabilidad en las decisiones como profesionales, aportando independencia profesional y prestigio social: una dignificación y valoración de la profesión.

En este trabajo de investigación sobre la motivación que genera el rol autónomo a los profesionales de enfermería, son claves los apartados de marco teórico; donde hacemos un repaso de la historia y las diferentes escuelas de la enfermería así como aspectos relacionados con el rol, la profesión y las teorías y elementos de la motivación en el trabajo; el marco aplicado, donde nuestra motivación se basa en averiguar el estado de conocimiento de los profesionales sobre el rol autónomo y la concienciación que estos tienen sobre el mismo, para saber si éste les motiva en su trabajo. Para poder obtener resultados nos planteamos un diseño de investigación en el que nuestro instrumento es un cuestionario que distribuimos entre tres instituciones sanitarias diferentes. Se adquieren unos resultados estadísticos

de carácter descriptivo e inferencial, llegando a una serie de conclusiones y propuestas. Para finalizar hemos adjuntado al final de la investigación unos apartados de bibliografía y anexos.

Una de nuestras principales expectativas en la realización de esta investigación es despertar el debate entre los profesionales de enfermería sobre el rol autónomo y su efecto motivador.

## **MARCO TEÓRICO**

### **1. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA**

Desde los principios de la historia las madres, mujeres y esclavos... individuos todos han tenido el significado histórico del “cuidado” esencia de nuestra profesión. Estos cuidados eran intuiciones, aprendidos tanto teórica como prácticamente de forma oral y estaban ligados a cada momento histórico social y cultural.

#### **1.1. LA PREHISTORIA Y CULTURA ANTIGUA**

La prehistoria es una etapa en la que no hay documentación escrita sino que es a través de objetos, monumentos, restos humanos... que han ido llenando este vacío. A diferencia de ésta, en la cultura antigua ya encontramos algún documento como: inscripciones, tablillas y papiros.

Como decíamos anteriormente la mujer se dedica a esta tarea del cuidar a alguien fomentado por la maternidad y el amamantamiento, por tanto, también se deduce igualmente que era quien cuidaba a enfermos y heridos.

#### **Cultura Mesopotámica**

Se considera a la enfermedad como un castigo de los dioses por haber pecado, por tanto, las personas que curaban tenían relación con la religión básicamente a través de la magia, las plegarias, las ceremonias... Por otro lado, también curaban a través de plantas medicinales, masajes, aplicación de



frío, calor... y algunas intervenciones quirúrgicas tipo cataratas, extracciones dentales.

### **Cultura del Antiguo Egipto**

Nos ha llegado información a través de textos religiosos, arte, embalsamamiento, instrumentos quirúrgicos y sobretodo, papiros.

También consideraban la enfermedad como un castigo divino. “ no debemos olvidar que los Cuidados estaban ambientados en el mundo mágico-religiosos, circunscritos al ámbito de lo privado y lejos de las prescripciones racionales”.<sup>1</sup>

El poder curativo residía en los médicos, pero estos podían ser: sacerdotes, escribanos o laicos, y, magos. La existencia de los hospitales no esta determinada, se cree que se atendía a los enfermos en los templos.

Respeto a la enfermería, se desconoce su existencia, pero no se descarta. Si se conoce que también es la mujer la que se dedica al cuidado de los enfermos de su familia.

### **Cultura India**

La enfermedad igualmente consiste en un castigo divino, pero a diferencia de otras culturas, la religión implica misericordia, compasión y justicia, lo cual fomenta la atención al enfermo.

Se describen varias enfermedades, se habla ya de las vacunas, tienen perfeccionadas técnicas quirúrgicas y principios de anestesia.

De esta cultura ha llegado información acerca de la presencia de enfermeras como miembros del equipo asistencial y su función esta supeditada totalmente al médico. “Igual que la arcilla, la madera, la rueda y los hilos sin alfarero, son incapaces de producir nada por propia combinación, así los fármacos, la enfermería y el paciente no pueden conseguir la curación en ausencia del médico”<sup>2</sup>

La enfermería que básicamente estaba constituida por hombres y alguna mujer anciana, debía tener 4 principios morales: pureza, capacidad de inspirar confianza, dedicación y conocimientos de administración de medicación.

<sup>1</sup> Hernández J. (1995). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería Madrid. McGraw\_Hill Interamericana de España.p 64

<sup>2</sup>Dunahue, P. (1993). Historia de la Enfermería. Barcelona. Doyma, p. 61

## **Cultura Judía**

Tenemos conocimiento de ellos a través de la Torá que se corresponde al Antiguo Testamento.

La enfermedad era interpretada igualmente como castigo divino y la curación como consecuencia viene dada por las oraciones y el ayuno.

Tenían diferentes clasificaciones y estamentos de médicos: quien tenía más poder era el sacerdote - médico y después el médico y el cirujano.

Respeto a la enfermería no hay muchos datos, se conoce el papel de la comadrona acompañando los partos, y cuando estos iban mal y la madre no iba a salvarse, éstas las acompañaban hasta que morían.

## **Antigua Cultura China**

Una vez más, la enfermedad es un castigo de los dioses.

En medicina eran muy hábiles diagnosticando, hacían uso de la acupuntura como formas de tratamiento y también ya hablan de vacunaciones: “La viruela ya era conocida y se practicaba un tipo primitivo de vacunación, a partir de moler costras de pústulas patógenas y una vez convertidas en polvo, por medio de un tubo de bambú se introducía en la nariz del enfermo”.<sup>3</sup>

Se desconoce la presencia de enfermeras.

No existen hospitales, sólo al lado de los templos, habían salas de curación. En gran medida se debe a que en la cultura china, los enfermos deben ser cuidados en sus propios hogares.

---

<sup>3</sup> Valls,R. (1996). Història de la professió d'infermeria. Barcelona .Universitat de Barcelona. p.13

## **1.2. CULTURAS CLÁSICAS Y CRISTIANISMO**

### **Cultura Helénica**

A Hipócrates se le reconoce como al padre de la medicina. La enfermedad es un castigo divino pero además también se empieza a hablar de otras causas: ambientales, traumatismos...

Apenas se habla de la enfermería, se hace mención en algún texto: “existe un pasaje de Aristóteles en el que sugiere el fatal divorcio griego entre la práctica y la teoría, donde descubrimos pruebas evidentes del perjuicio que supuso la mentalidad griega para el progreso de la Ciencia de los Cuidados Enfermeros”.<sup>4</sup>

### **Cultura Romana**

La medicina adoptaba un aire bastante mágico y quedaba reducida a la superstición y a las plantas medicinales. Gracias a la conquista de Grecia, la medicina griega fue penetrando en la cultura romana.

Se construyen hospitales militares que hablan del equipo asistencial: médicos, apotecarios y unos ordenanzas llamados “nosocomi” en quienes residía la función del cuidar, aunque no aparecía la figura de la enfermera como tal.

En la sociedad romana las mujeres tenían la función de cuidar de los enfermos de su familia.

### **Cristianismo**

“Los cuidados de Enfermería se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar vocacional - cristiano – caritativo, en el que las necesidades humanas espirituales se antepone a las necesidades físicas, psíquicas y sociales.”<sup>5</sup>

Las mujeres son quienes se dedican al cuidado de los enfermos y pobres, sobre todo las mujeres solteras y las viudas.

---

<sup>4</sup> Aristóteles. En La Política III,6 (Hernandez,J. 1995:71)

Tienen un papel relevante:

Las diaconisas: Como Faebes, Marcela. Son organizaciones de mujeres solteras y viudas ordenadas que sus funciones eran las de visitar y cuidar de los enfermos y de los pobres. Ellas practicaban las 14 obras de misericordia.

Viudas y vírgenes: Tenían un distintivo en el vestuario, las vírgenes llevaban un velo blanco. Este grupo de mujeres estaba muy relacionadas con las diaconisas y, a menudo, acababan ordenándose. Eran mujeres de edad avanzada, mayor de 60 años, para evitar que su objetivo fuera el de buscar varón.

Comadronas romanas: Estaba integrado por mujeres que, una vez convertidas al cristianismo, dieron sus casas para convertirlas en hospitales para gente pobre.

La Hermandad de Parabolani: Grupo de hombres que se organizaron en estas fraternidades para cuidar a los enfermos (arriesgan su vida para entrar en contacto con los enfermos).

Los Hospitales: Aunque la atención era domiciliaria, poco a poco, se fueron creando los hospitales gracias a la donación de las comadronas romanas.

Las mujeres de estos hospitales eran las diaconisas, las viudas y las vírgenes

### **1.3. LA EDAD MEDIA**

#### **Alta Edad Media 500 – 1000 DC**

El saber de enfermería se conservaba en los monasterios, sólo tenían acceso los monjes y las monjas, básicamente estaba constituida por mujeres ordenadas, esto perjudicará a los periodos posteriores. La enfermería se fue especializando.

En este periodo la gran afluencia de peregrinos a Santiago “sanador de enfermedades físicas y psíquicas, donante de perdón, auxiliador de necesidades...” hace que se funden numerosos hospitales como en Villafranca

---

<sup>5</sup> Hernández J. (1995). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería Madrid. McGraw\_Hill Interamericana de España. p 78

de los montes de Oca, el Hospital de San Antonio Abad. En Burgos, el Hospital de San Juan Evangelista. Saliendo de Burgos, el Hospital del Emperador fundado por Alfonso VI y el Hospital del Rey fundado por Alfonso VII. En Villarente el Hospital de Peregrinos del s.XVI. El Hospital de Órbigo hoy en ruinas. En el Cebreiro el primitivo hospital de que cuidaban los monjes de Aurillac de Cluny, hoy convertido en hospedería y mesón. En Sarriá, el Hospital de San Antonio. Las técnicas que en estos hospitales se realizaban, básicamente eran: abrigar a los pacientes/ peregrinos, masajes en pies con vinagre y sal, bajar la temperatura con telas mojadas con agua fría de rosas.

### **Baja Edad Media 1000 – 1500 DC**

Se dividen los hospitales en hospitales para hombres y otros para mujeres

Aparecen varias órdenes religioso-militares ligado en relación con Las Cruzadas:

Hospitalarios de San Juan de Jerusalén

Los Caballeros Teutónicos

Los Caballeros de San Lázaro

Hay otras órdenes que son mendicantes, es un intento de recuperar los inicios del cristianismo: viven pobremente, viven de la caridad y cuidan a los enfermos. Órdenes tales como:

San Francisco de Asís

Las Clarisas

Santo Domingo

A finales de esta etapa la enfermería de la Península Ibérica adaptaría otro aire gracias a la construcción del hospital de la Santa Cruz, donde sus funciones eran: recoger toda la información, acoger a los pacientes en el momento del ingreso, realizar la higiene del paciente, hacerles las camas, la comida, recoger muestras de laboratorio,... y como novedad importante será su formación.

## **1.4. EDAD MODERNA**

### **Reforma y Revoluciones**

En los países protestantes y, debido a las diferentes luchas civiles como la Guerra de los 30 años... los monjes cierran 700 hospitales y las religiosas que hacían de enfermeras en dichos hospitales deben abandonar sus tareas y no hay quienes les supla, ya que era una profesión totalmente vocacional, con muchas horas de dedicación y con mínimos recursos. Para el cuidado de los enfermos se recogen mujeres borrachas, prostitutas y analfabetas, que cuidaran sin “saber”. Nos situamos en plena decadencia, en la época más obscurantista para la profesión de enfermería, que durará hasta el S – XIX con F. Nightingale.

### **Contrarreforma**

Con la contrarreforma aparece San Vicente de Paül, a quien se reconoce precursor de enfermería moderna, ya que además de vocación y deseo de servicio se empiezan a formar a las enfermeras para que en un futuro aún lejano se profesionalice la enfermería.

San Vicente de Paül aprendió a cuidar de los enfermos en un hospital de la orden de San Juan de Dios, y hacía conferencias, algunas de las mejores eran referidas a la ética de las enfermeras. Constituyó las “Hijas de la Caridad” que posteriormente consolidó una orden religiosa llamada “Compañía de las Hermanas de la Caridad” dedicadas a la enfermería y, a todas les exigían saber leer, escribir y tenían ya un programa de formación con clases en el hospital impartidas por médicos. Enseguida se observó que la calidad que daba esas enfermeras era superior a la habitual: por esto se reconoce a S. Vicente de Paül como precursor de la enfermería profesional.

Órdenes religiosas de la época fueron: los Hermanos de San Juan de Dios, los Camilos, las Hermanas Agustinas... que van organizándose y distribuyéndose por tareas.

La enfermería siguió la misma línea de siglos anteriores en los países católicos: mucha vocación, mucha dedicación y pocos recursos.

San Juan de Dios también tuvo un papel fundamental para el desarrollo de la profesión: por un lado su orden se extendió formando 65 hospitales pidiendo dinero a nobles y ricos y, en segundo lugar, tuvo mucho interés en la preparación de los enfermeros.

### **Reglamento de 1540**

En este reglamento se define el organigrama y las funciones de todo el equipo.

La máxima autoridad es del “Hermano Mayor”, después el “enfermero mayor”, después la “prefecta de mujeres” y, por último, las “auxiliares” para ayudar a la tarea de atención a los enfermos.

Un ejemplo de la distribución de tareas “la ceniza se aprovecha para el blanqueo de la ropa, de las sábanas viejas se hacen mortajas y vendas. La ropa de los ingresados se hierve para desparasitarla y se empaqueta con el nombre, pero si el paciente se muere se subasta y el dinero es para el hospital. Las salas se perfuman (...) El enfermero mayor pasa visita con el equipo y anota las faltas de asistencia, lleva el control de la limpieza y las dietas...”<sup>6</sup>

A los enfermos mentales se les da una atención especial, ingresaban en hospitales especializados junto a paciente con enfermedades venéreas a quienes se trataba con dureza por ser “pecadores de carne”.<sup>7</sup>

## **1.5. PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA**

La situación político social del momento nos sitúa en una etapa de revoluciones: la revolución agrícola y la revolución industrial.

Se inicia la medicina preventiva dando mucho énfasis en la vacunación: rabia, tuberculosis... ya que es una etapa de muchas muertes por epidemias.

Se funda la Cruz Roja. Institución de carácter internacional y humanitario, bajo el lema de ayudar al necesitado. El objetivo era atender a heridos de las numerosas batallas de la época y lo hacían de forma neutral.

<sup>6</sup> Valls,R. (1996). Història de la professió d'infermeria. Barcelona .Universitat de Barcelona. p.46-47

<sup>7</sup> Valls,R. (1996).Història de la professió d'infermeria. Barcelona .Universitat de Barcelona. p.49

Poco a poco la Cruz Roja fue interviniendo en situaciones de paz como situaciones de catástrofes, incendios, grandes epidemias.

En 1917 se aprueba el cuerpo de “damas enfermeras de la Cruz Roja Española”.

### **Florence Nightingale**

Su primer cargo como enfermera fue en un centro de mujeres sin hogar donde cuidaban a institutrices enfermas, se llamaba Damas durante la enfermedad.

Su verdadero auge fue su labor durante la guerra de Crimea, fue organizando los cuidados a los enfermos día y noche, desinfección, desparasitación, higienes, apoyo psicológico a los soldados moribundos: “Acompañar en el duelo, una terapia y una demostración de alta calidad humana”.<sup>8</sup>

Tuvo a su cargo muchas enfermeras a quienes exigía que siguieran sus saberes. Creó el fondo Nightingale que le permitió en 1860 crear la primera escuela modelo de enfermería en Londres, con un plan de estudios de tres años de duración, ésta estaba en conexión con la escuela de medicina. Pero para cursar los estudios de enfermería era imprescindible ser mujer Estructura así la profesión de enfermería, que se basa tanto en las enfermedades como en los factores que influyen en ellas: higiene, medio ambiente. Pero los saberes que se impartían en esta escuela no fueron nunca reconocidos por el gobierno. Hace mucho hincapié en la estadística, lo cual es muy importante para el avance de la profesión.

## **1.6. EDAD CONTEMPORÁNEA Y CONSOLIDACIÓN DE LA ENFERMERIA**

El entorno socio-político es de guerras importantes y sus consecuencias: 1ª Guerra Mundial, Guerra Civil Española, 2ª Guerra Mundial, Guerra del Vietnam.

---

<sup>8</sup> Esevenri C. (1992). Enfermería hoy. Filosofía y Antropología de una profesión. Madrid Díaz Santos SA p 146



Es también una época de grandes descubrimientos: aspirina, insulina, penicilina, sulfamidas, quimioterapia. Al igual que se hace gran hincapié en la prevención de enfermedades: salud comunitaria.

Referente a la enfermería decir que debido al progreso de la medicina, la tecnificación de los procedimientos y curas, la construcción de nuevos hospitales y el interés de las mujeres para acceder a la formación para adquirir una profesión, culminó con el inicio de los estudios de enfermería en España. La formación ha pasado por diferentes etapas:

1857- La Ley de Instrucción Pública, concede el título de practicante y comadrona.

1915- Con la Orden se legaliza la titulación de enfermería .

1896- Se funda la primera escuela de Enfermería en España “Sta Elisabet de Hungría”.

1917- Fundación de la Escuela Santa Madrona ( del Monte de Piedad de Barcelona).

“Fue inaugurado así, el 22 de abril de 1917, el primer curso de enfermeras profesionales. En el programa se establecen la enseñanzas de enfermería en dos cursos. Se programan cursos de enfermeras que velan, para las cuales, se especifica el programa del primer curso y se indica que el segundo se encuentra ya en preparación. La diferencia entre un programa y otro parecen basarse sobretodo en los conocimientos teóricos, más reducidos para las veladoras. Todos los profesores son médicos...”<sup>9</sup>

1918- Se funda la segunda escuela catalana, Escuela Especial de Enfermeras Auxiliares de Medicina cuando Prat de la Riba era presidente, creada por la Mancomunidad de Catalunya y tuvo que paralizar sus estudios en 1923 con la dictadura de Primo de Rivera.

1933- Se crea la tercera escuela catalana promovida por la Generalitat, donde además se permite realizar especialidades. Se interrumpe con la guerra civil española y ya no vuelve a reabrirse.

---

<sup>9</sup> Dominguez-Alcón C. (1981). La Infermeria a Catalunya. Barcelona. Rol SA.p107

El plan de estudios de estas escuelas hasta el momento tenía una duración de dos años académicos. A partir del momento, pasarían a ser tres años.

1942- Se abren las escuelas de la Falange. Todas estas escuelas siguen fundamentándose en la dependencia de la enfermería  
“Revisando los manuales de la época se observa que siempre tienen un capítulo dedicado a las Cualidades morales de la enfermera y se encuentran como destacadas: discreción, paciencia, obediencia, prudencia, abnegación y respeto. Este perfil de la enfermera de la época actúa como una losa a la hora de evolucionar hacia una profesión autónoma ya que la enfermería queda bajo la tutela paternal de los médicos en total dependencia”.<sup>10</sup>

1952- Se unifican los planes de estudios de comadrona, practicante e enfermera en un solo título: Ayudante Técnico Sanitario ATS. Hay una mejora de la formación que conlleva a una mejoría de la asistencia y socialmente se revalora la profesión pasando a ser técnicos.

1977- Se publican las Directrices para la elaboración del plan de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, lo cual permite ya un avance importante en la profesión, en primer lugar se consigue la Diplomatura en Enfermería y, en segundo lugar, ya no sólo con miras a la formación hospitalaria, sino también en otros campos como son las publicaciones, trabajos de investigación, formación... Actualmente, la enfermería sigue teniendo el título de Diplomatura Universitaria, pero se intenta caminar hacia la licenciatura.

---

<sup>10</sup> Valls,R. (1996). Història de la professió d'infermeria. Barcelona .Universitat de Barcelona. p.76

### 1.7. TENDENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN CATALUNYA <sup>11</sup>

<b>Tendencia</b>	<b>Periodo</b>	<b>Características</b>
Enfermería intuitiva	Hasta el siglo X	Las nociones de cuidados son transmitidos por tradición. Los cuidados se encaminan a conseguir la supervivencia
Inicio del génesis de la profesión	Siglos X a XV	Aparece en los documentos el nombre de enfermera (1401 – 1417), así como la figura femenina (1417). Los cuidados son los básicos de higiene, confort y dietética. Podemos considerar que son los primeros intentos de organizar los cuidados. Las órdenes religiosas empiezan a asumir tareas de cuidar a los enfermos
Inicio de los cuidados ligados al parto en tanto que actividad femenina	S XVI	Edición de diversos manuales específicamente dedicados a la mujeres que realizaban estos cuidados
Órdenes religiosas y desarrollo de la organización en la prestación de cuidados	Siglos XVI a XVIII	Auge de las órdenes religiosas dedicadas al cuidado del enfermo. Preocupación por los cuidados, por la forma de administrarlos y jerarquización de los que los prestan. Se cita por primera vez en documentos a la enfermera. Aparición de los primeros manuales e instrucciones para el cuidado del enfermo. Preocupación por la salud

<sup>11</sup> Dominguez-Alcon C (1981). La Infermeria a Catalunya Barcelona Rol SA. p 44

## 1.8. PERIODOS DE LA ENFERMERÍA CATALANA <sup>12</sup>

<b>Tendencia</b>	<b>Periodo</b>	<b>Característica</b>
Reconocimiento de la profesión	Hasta 1920	Se observa la necesidad de enfermeras. Es reconocida la profesión (1915) Se crean las escuelas de enfermería. Imagen de la enfermera en la cabecera del enfermo
Preocupación por el aprendizaje	1920 - 1935	Expansión de la enseñanza. Creación de las escuelas pioneras.
Cobertura de una necesidad social	1936 - 1939	Guerra Civil. Expansión acelerada de la profesión. Profusión de títulos que comprenden funciones similares. Se impone la necesidad de delimitar competencias.
Organización Corporativa	1940 - 1949	A principios de la década de los años 40s, primeros intentos de organización corporativa a cargo de la Falange. Expansión de la formación de enfermeras
Cambios en la enseñanza y conflictos a nivel de las competencias	1950 - 1959	Reorganización de la enseñanza. Puesta en marcha de los colegios profesionales. Cambio en la denominación de los profesionales. Pugna entre enfermeras y practicantes
Se inicia la profesionalización	A partir de 1960	Se inicia la reorganización de la práctica diaria en las instituciones hospitalarias, así como la organización y la tecnificación de los cuidados

<sup>12</sup> Dominguez-Alcon C. (1981). La Infermeria a Catalunya Barcelona Rol SA p.146

## **2. TEORÍAS DE ENFERMERÍA**

### **2.1 INTRODUCCIÓN**

La aplicación de las teorías no sólo ha sido esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica sino que también ha sido vital para la práctica de la profesión.

En ocasiones se critica las teorías por ser efímeras, de acreditar errores, sin embargo si una teoría acredita errores es debido a las personas que la aceptan como definitiva e incambiable, hay que tener en cuenta que una teoría no deja de ser más que una hipótesis que debe ser demostrada y admitida.

Los modelos de enfermería deben ser una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones, deben por tanto ocuparse del individuo en su globalidad, permitiendo, organizar, comprender y analizar los datos del paciente para tomar decisiones, planificar el cuidado, predecir los resultados y evaluarlos.

Un modelo es un instrumento conceptual y como tal debería usarse adecuadamente, desechándolo o adaptándolo, según las necesidades del trabajo, de forma que sirva de instrumento clarificador y no constituya un obstáculo que pueda distorsionar la realidad.

Los modelos se deben construir, describir y usar en un lenguaje que sea accesible a todos los niveles de enfermería.

Un modelo de enfermería que se centre únicamente en las necesidades del paciente y olvide a las propias enfermeras, el fondo social del hospital y la comunidad, constituye un elemento de poco valor.

Es importante que la enfermería se reconozca y se respete como una disciplina específica que contribuye a la salud de la sociedad. Por tanto es

importante que los expertos en enfermería se dediquen a desarrollar este conocimiento y que todo el colectivo de profesionales conozca las bases teóricas de donde se sustenta su actividad al igual que la terminología empleada: metaparadigma, paradigma, modelo conceptual, teoría.

**Metaparadigma:** es el nivel de conocimiento más abstracto. Describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina.

**Paradigma:** es otro término para designar un marco o modelo conceptual. Es un término utilizado para explicar esquemas o enfoques de una disciplina.

**Modelo conceptual:** son marcos o paradigmas que suministran (un marco amplio de referencia para los enfoques sistemáticos de los fenómenos de los que se encarga la disciplina). Los modelos conceptuales ofrecen distintos puntos de vista de la enfermería según las características de cada modelo. Por ejemplo mientras que King se centra en la interacción, Roy lo hace en la adaptación.

**Teoría de enfermería:** es un grupo de conceptos relacionados que se derivan de los modelos de enfermería. Algunas de las teorías de enfermería también se derivan de otras disciplinas como el trabajo de Leininger que viene de la antropología, o el de Peplau que proviene de fuentes psiquiátricas.

Hay dos tipos de teorías:

Teorías descriptivas: describen el fenómeno, no explican la existencia de todos los elementos.

Teorías explicativas: explican los lazos entre diferentes conceptos fundamentales, se interesan por las causas, los efectos y por su funcionamiento.

El rol de las teorías es el de dar un esquema de representaciones, de descripciones de una realidad y de los modelos de acción de esta realidad.

Ayudan a plantear preguntas y, además pueden responder, permiten una explicación y a veces una previsión. Guían la acción, estimulan y orientan la investigación, permitiendo el nacimiento de la hipótesis.

Hemos agrupado las teorías basándonos en las escuelas; de cada escuela encontramos diferentes pensadoras pero sólo hemos hecho referencia a las que han recibido mayor reconocimiento, y profundizaremos principalmente en Virginia Henderson ya que los tres hospitales donde se centra nuestra investigación utilizan este modelo.

## **2.2 TEORÍAS**

Si clasificamos las teorías por escuelas podemos encontrar 6 representativas:

### **2.2.1. Escuela de las necesidades:**

En ella podemos situar a Virginia Henderson, Dorothea E. Orem y Faye Abdellah.

Esta escuela inspirada en valores humanistas, se centra en la persona y en cubrir sus necesidades cuando esta no puede hacerlo por sí misma.

#### Virginia Henderson:

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de las enfermeras y su situación jurídica.

Para Virginia Henderson la función de los profesionales de enfermería es la "suplencia" asistir a las personas sanas o enfermas en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el objetivo de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales. Estas 14 necesidades básicas son similares a las de Maslow y están relacionadas con la fisiología, la seguridad, la autoestima, el afecto y la pertenencia, y la autorrealización.

Virginia H. dice “la enfermera tiene funciones propias aún que comparte funciones con otros profesionales nunca debe hacerse cargo del papel de los demás ya que esto significa que delega su propia función a otros.

La enfermera puede ayudar al paciente a avanzar hacia la independencia valorando, planificando, implantando y evaluando cada uno de los 14 elementos del cuidado enfermero básico.

El proceso de atención enfermero partía de un proceso normal de resolución de problemas que no era específico de enfermería.

En una entrevista telefónica, afirmó que: “la enfermería no debe existir en un vacío. Debe crecer y aprender para satisfacer las nuevas necesidades sanitarias de la gente a medida que aparecen”.

Principios básicos:

**Persona:** es un individuo que tiende hacia la independencia y que hace todo lo posible para conservarla. Se trata de un ser con varias dimensiones: biológica, psicológica y social. Estas tres partes del ser humano son indisolubles, forman un todo. El paciente es una persona que requiere ayuda para recuperar su salud y conseguir su independencia.

**Salud:** la describe como una ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos. La salud es calidad de vida es la satisfacción de las necesidades fundamentales en toda su complejidad que mantiene la integridad de las personas. El ser humano y los individuos se mantendrán sanos solo si poseen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Para ella es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma.

**Entorno:** es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la persona y a su proceso de salud. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.

**Cuidado:** constituye la asistencia a la persona enferma o sana con el fin de suplir o restablecer su independencia para satisfacer sus necesidades fundamentales.



### Dorothea E. Orem.

Se trata de una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit del auto cuidado, que describe y explica como la enfermera puede ayudar a la gente; y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Conceptos básicos:

**Persona:** es un todo. Es un ser bio-psico-social que interacciona con el entorno, capaz de aprender y desarrollarse.

**Salud:** estado de bienestar entendiendo éste como la percepción subjetiva de satisfacción física, psíquica y espiritual que permite un desarrollo personal continuo.

**Entorno:** todos aquellos factores externos que influyen sobre el individuo positiva o negativamente.

**Cuidado:** es el campo del conocimiento que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.

### Faye Glen Abdellah

Abdellah formuló su modelo como un remedio a los problemas de enfermería haciendo más hincapié en la enfermera que en el cliente. Abdellach se dio cuenta de que, para que la enfermería consiguiera un status profesional y un nivel de autonomía adecuados, se requería una base sólida de conocimientos. La enfermería debía alejarse del control de la medicina y debía acercarse a una filosofía de cuidado integral centrado en el paciente. Abdellah y sus colaboradores conceptualizaron así 21 problemas de enfermería o necesidades de cuidados de salud del cliente.

Principios básicos:

**Persona:** describe a la persona como alguien que tiene necesidades físicas, emocionales o sociológicas y que por tanto es receptora del cuidado enfermero.

**Salud:** es un estado en que el individuo tiene sus necesidades cubiertas y carece de lesiones potenciales o reales.

**Entorno:** los pacientes interactúan y responden a su entorno y la enfermera forma parte de este entorno. El hogar y la comunidad también forman parte de su entorno por tanto los problemas deben extenderse fuera del hospital.

**Cuidado:** consiste en hacer algo para las personas, o en ofrecer información a las personas con el objetivo de cubrir sus necesidades, aumentar o restaurar sus habilidades de autocuidado o aliviar cualquier sufrimiento.

### **2.2.2. Escuela de la interacción:**

Esta escuela de base humanista lleva a la persona hacia la independencia. Se centra en la interacción que se establece entre el paciente y la enfermera.

Cuatro de sus representantes son: Hildegard Peplau, I.J.Orlando, E. Wiedenbach, King.

#### Hidegard Peplau

El modelo de Peplau está basado en la enfermería psicodinámica que ella misma define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades.

La ansiedad y la comunicación son dos conceptos básicos del modelo. Peplau sostiene que la ansiedad es una fuente de energía relacionada con el desarrollo, la fuerza conductora que promueve el crecimiento biológico y psicológico.

Sus bases teóricas son la teoría psicoanalista, la teoría de las necesidades humanas y los conceptos de motivación y desarrollo personal.

Principios básicos:

**Persona:** la define como individuo, no incluye a la familia, grupo ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se enfurezca por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. La persona vive en equilibrio inestable.

**Salud:** como concepto que implica un movimiento de la personalidad y otros procesos humanos en dirección a un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, personal y comunitario.

**Entorno:** Son las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura.

**Cuidado:** como relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorece el desarrollo de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. Los cuidados exigen comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros.

### Ida Jean Orlando

El modelo de Orlando gira entorno a cinco conceptos principales interrelacionados: la función de la enfermería profesional, la conducta del paciente, la respuesta inmediata o interna de la enfermera, la disciplina del proceso enfermero y la mejoría.

Hace especial hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Fue una de las primeras líderes que identificó y recalcó los elementos del proceso enfermero y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso.

Principios básicos:

**Persona:** organismo humano capaz de satisfacer sus propias necesidades y que en ocasiones precisan de ayuda. Sostiene que cada paciente es único y responde de forma individual.

**Salud:** ausencia de problemas mentales y físicos y los sentimientos de adecuación y de bienestar contribuyen a conseguir la salud.

**Entorno:** es el contexto que rodea la situación de los cuidados enfermeros por tanto se da cuando existe un contacto entre paciente y

enfermera, en el cual ambos perciben, piensan, sienten y actúan de forma inmediata.

**Cuidado:** interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda; se trata de un proceso que pide a la persona validar su necesidad para ayudarla a recibir con el fin de mejorar su salud.

### Ernestine Wiedenbach

Ofrece una teoría enfermera prescriptiva basada en la práctica clínica. Los tres componentes de su teoría son propósito central, prescripción y realidad.

Los tres aspectos esenciales de la filosofía enfermera son la veneración por la vida, el respeto a la dignidad de cada persona, y la decisión para actuar dinámicamente en función de sus propias ideas.

Wiedenbach también ofrece una conceptualización de la práctica enfermera que incluye la identificación de la necesidad de ayuda del paciente, la prestación de la ayuda requerida y la validación de que la acción realizada fue adecuada para el paciente.

### King

King utiliza el marco conceptual de los sistemas abiertos que consta de tres sistemas de interacción: personal, interpersonal y social.

Teoría del logro de metas que orienta la interacción, la percepción, el tiempo, el espacio, la comunicación, la transacción, el rol, el estrés y el crecimiento y desarrollo.

Según King la meta de enfermería es ayudar al individuo a mantener su salud para que pueda desempeñar sus roles.

Describe a la persona y el entorno como sistemas abiertos que poseen fronteras permeables que permiten los cambios.

### **2.2.3. Escuela de los efectos deseables:**

Esta escuela tiene como objetivo de los cuidados enfermeros, restablecer un equilibrio, una estabilidad o preservar la energía. Se han inspirado en las teorías de la adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de sistemas.

Representan a esta escuela: Callista Roy. Lydia Hall

#### Callista Roy

Roy desarrolló el tema de la adaptación y lo aplicó a la enfermería. Considera la adaptación como el proceso y el resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Más allá de ser un sistema simple cuya finalidad es la de reaccionar ante estímulos que envía el entorno.

Principios básicos:

**Persona:** según Roy las personas son sistemas holísticos y adaptables. El ser humano es un todo que funciona como una sola unidad para un propósito en concreto. Para Roy la persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia.

**Salud:** es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. La salud se mantiene mientras la persona se adapta. El proceso de salud constituye el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.

**Entorno:** es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos.

**Cuidado:** es la ciencia y práctica que amplía la capacidad de adaptación y la mejora de la transformación del entorno a través del análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación.

### Lidia Hall

Su modelo consta de tres círculos entrelazados: el círculo del Núcleo (referido al paciente) el círculo del cuidado (referido al cuerpo del paciente) y el círculo de la curación (referido al proceso patológico o enfermedad). Cada uno de ellos representa un aspecto específico de la enfermería y las funciones enfermeras son distintas en cada círculo.

#### **2.2.4. Escuela de la promoción de la salud:**

El punto de mira de los cuidados para esta Escuela se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Considera primordial la salud de la familia y el individuo y la salud en el ámbito comunitario. La enfermera hace el rol de colaboración.

Representan a esta escuela: Moyra Allen

### Moyra Allen

Los elementos claves de esta teoría son la promoción de la salud, el aprendizaje, la familia y la colaboración entre enfermera-cliente.

Conceptos básicos:

**Persona:** familia y participante activo de una familia o grupo social, capaz de aprender de sus experiencias.

**Salud:** proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo.

**Entorno:** es el contexto social en el que se efectúa el aprendizaje.

**Cuidado:** es la ciencia que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.

### **2.2.5. Escuela del ser humano unitario:**

Se sitúa en el contexto del ser humano hacia el mundo y el paradigma de la transformación. En el cuidado, la enfermera y la persona actúan juntas en consenso. Esta Escuela se basa en concepciones humanistas y fenomenológicas del ser humano, en donde la enfermera, suscita la participación. Se centra en el cosmos. La persona es un ser unitario que tiene su integridad propia en relación con el entorno que es cambiante por tanto el hombre, el universo y la salud son inseparables e irreducibles. Sus representantes: Martha E. Rogers, R Parse, M. Newman.

#### Martha E. Rogers

El modelo conceptual de Rogers descansa sobre un conjunto de supuestos básicos que describen el proceso vital de los seres humanos. Para Rogers los seres humanos son campos de energía dinámicos que se integran en los campos de su entorno. Tanto los campos del ser humano como los del entorno se identifican por un modelo y se caracterizan por formar un universo de sistemas abiertos.

Principios básicos:

**Persona:** describe al ser humano unitario como un campo de energía irreducible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y a las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto.

**Salud:** es un valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida.

**Entorno:** es un campo de energía irreducible y pandimensional donde se encuentran todos los elementos del campo humano. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modo continuo y creativo.

**Cuidado:** se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven. Intenta fomentar una interacción armoniosa entre el campo del ser humano y el de su entorno, con el propósito de reforzar la integridad del campo

humano y dirigir el modelo seguido por los campos del ser humano y de su entorno.

### R. Parse

Los principios de Parse son las afirmaciones de la teoría de la evolución humana.

Considera el hombre y el universo como inseparables con interacción continua, simultánea y mutua. Las personas cambian y son cambiadas por el universo. Las personas influyen y están influidas por los demás.

Según Parse la enfermería es una ciencia y un arte centrados en el ser humano donde el cuidado y la salud destacan más que la enfermedad.

### M. Newman

Utiliza muchos campos de estudio como fuentes para el desarrollo de su teoría.

Los conceptos principales de Newman son: movimiento, tiempo, espacio y conciencia. Todos ellos están relacionados: el movimiento es un reflejo de la conciencia; el tiempo es una función del movimiento; el tiempo es una medida de la conciencia y el movimiento es el medio por el cual espacio y tiempo se hacen realidad.

La salud abarca tanto la enfermedad como la ausencia de enfermedad y se observa como el proceso de desarrollar la conciencia de uno mismo y del entorno juntamente con una capacidad en aumento para percibir las alternativas y responder de muchas formas distintas.



### **2.2.6. Escuela del caring:**

El caring “ tener cuidado de” o el arte de cuidar. El caring puede ser demostrado y practicado únicamente a través de las relaciones interpersonales. La ciencia del Caring esta más próxima a la salud que al tratamiento. considera aspectos del ser humano como la espiritualidad, y la cultura. Su práctica asocia los conocimientos biofísicos y los conocimientos de las ciencias humanas con el objetivo de promover la salud a los que están enfermos. Como representantes de esta escuela tenemos: Jean Watson, Madeleine Leininger.

#### Jean Watson

Basada en un proceso humanista y científico que permite identificar, comprender y responder a las necesidades de las personas, familias y colectividades.

Se fundamenta en un sistema de valores que dirige sus esfuerzos a la promoción de la salud con el fin de favorecer el mantenimiento de la dignidad humana.

El funcionamiento del modelo consta de 10 factores para la práctica de la enfermería:

- Desarrollo de un sistema de valores humanistas –altruistas.
- Reconocimiento de sentimientos, creencias y esperanza.
- Cultura de sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
- Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Utilización sistemática del método científico de resolución de problemas en el proceso de toma de decisiones.
- Promoción de enseñanza/ aprendizaje interpersonal.
- Creación de un entorno mental, físico, sociocultural y espiritual de ayuda, protección y/o corrección
- Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas.

- Reconocimiento de los factores existenciales, fenomenológicos y espirituales.

Principios básicos:

**Persona:** considera a la persona como “ser en el mundo” con el que establece relaciones particulares a partir de sus experiencias. La persona se considera en tres esferas: el alma, el cuerpo y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir armonía.

**Salud:** es la unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu. Es una fuente de energía para hacer frente a las situaciones de la vida y para aumentar su potencial. Esta armonía entre el alma el cuerpo y el espíritu genera un autorespeto, autoconocimiento, autocuidado y autocuración.

**Entorno:** comprende tanto el medio físico como los aspectos bio-psico-sociales, espirituales, culturales, políticos y económicos. La relación dinámica entre las personas y el entorno puede contribuir a mejorar o perjudicar la salud.

**Cuidado:** arte y ciencia cuyo fundamento es el *caring*, ideal, moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía (cuerpo-alma-espíritu).

La relación de la enfermera con el paciente se construye como una relación de colaboración donde ambos aprenden y se produce un mayor crecimiento personal y mayor autoconciencia. Las actividades de promoción de la salud, la educación el *counseling*<sup>13</sup> son terapias que guía el proceso de crecimiento personal y de autocuración.

### Madeleine Leininger

Es considerada la fundadora de la enfermería transcultural, que es la base de su teoría.

Los conceptos claves de Leininger son: cuidado, cultura, diversidad de cuidado y universalidad de cuidado.

---

<sup>13</sup> Watson, J. Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing. N. York, National League of nursing. Nº15-2236

Los tres modelos de acción enfermera son preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales. Describe a los seres humanos como cuidadores y capaces de estar interesados en las necesidades, el bienestar y la supervivencia de los demás.

### **2.3. REFLEXIÓN DE NUESTRA REALIDAD**

En todos los hospitales donde trabajamos se rigen con el modelo de Virginia Henderson. Modelo que nos acompaña desde nuestra formación hasta donde se va a desarrollar la investigación, este es el motivo de esta reflexión.

Durante el Cristianismo ya observamos que las diaconisas basan su trabajo de cuidar y visitar a los enfermos en las 14 obras de misericordia, estableciéndose un paralelismo con las 14 necesidades de V. Henderson para conseguir la independencia de los enfermos.

Así destacamos que el modelo de V. Henderson de establecimiento de las necesidades, se basa en la jerarquía de la pirámide de Maslow. Henderson, sin embargo, no establece prioridades y es capaz de universalizarlas.

Creemos interesante mencionar del modelo de V. Henderson, la función de suplencia de la enfermera en caso de necesidades alteradas porque define la esencia de nuestro rol autónomo. A partir de estas necesidades dependientes, ya sea por falta de conocimiento, voluntad o fuerza, la creatividad de la enfermera irá dirigida a buscar alternativas para que la persona alcance su máxima independencia.

Siguiendo la línea humanista de V. Henderson, referenciamos el Caring como un modelo canadiense que se ajusta a nuestra ideología enfermera porque engloba la creación de cuidados individualizados, contempla aspectos afectivos o humanísticos respecto a la actitud y el compromiso y aspectos instrumentales y técnicos; y se fundamenta en un sistema de valores para promocionar la salud con el fin de favorecer el mantenimiento de la dignidad humana. Propone la práctica enfermera en el desing de cuidados, este enfoque

implica más que el mero acto de cuidado ya que incluye el qué del cuidado y el cómo de la relación enfermera-paciente.

Nos damos cuenta de la dificultad que tienen los modelos al ponerlos en la práctica. Tanto es así que sobrevive en nuestro medio docente y asistencial el modelo de V. Henderson.

A pesar de todos los esfuerzos de nuestros teóricos de enfermería, observamos una dicotomía entre ésta y la realidad realizando de la totalidad del proceso de atención de enfermería, la valoración de las necesidades.

### **3. ROL Y PROFESIÓN**

#### **3.1. LA NATURALEZA DE LA ENFERMERÍA**

Partiendo de la definición que hace F. Nightingale acerca de la enfermería, subraya que esta ha de estar preparada para ayudar al paciente a vivir. Cuidar al paciente es un arte que requiere aprendizaje organizado, práctico y científico. La enfermera ha de tener conocimientos de medicina, cirugía e higiene y sus funciones son totalmente o parcialmente dependientes de la medicina.

F. Nightingale nos dice en *Notes on Nursing*, de cuales son los cuidados de enfermera y cuales no lo son. Todos los cuidados que describe promueven la vida. Los cuidados de enfermería según F. Nightingale se basan en leyes que presiden la salud con las que se confunden, ya que son en realidad de la misma naturaleza, están orientadas tanto a los sanos como a los enfermos<sup>14</sup> “Cuidar es ayudar a vivir, es ante todo, un acto de vida”<sup>15</sup>

La enfermera cuida a las personas, a la familia y a la comunidad, tanto en salud como en la enfermedad, en toda su globalidad.

Virginia Henderson desde su base humanista y centrada en las personas.<sup>16</sup> Nos describe que la función de los profesionales de enfermería es la “suplencia”, asistir a las personas sanas o enfermas en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el objetivo de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales. Nos llama la atención el paralelismo existente entre las catorce necesidades básicas y las catorce

---

<sup>14</sup> Nightingale F. (1990) *Notes on Nursing* . Salvat Barcelona.

<sup>15</sup> Collière F. (1993) *Promover la vida*. Madrid. McGraw-Hill / Interamericana de España p233

<sup>16</sup> Bizier N. (1987). “De la pensée au geste: un modèle conceptuel en soins infirmiers” Décaie. Montreal.

obras de misericordia, piedra angular del cuidar para las diaconisas del Cristianismo.

La capacidad de actuar en las catorce necesidades fundamentales de manera independiente, es como define a la enfermera V. Henderson y dice: "la enfermera tiene funciones propias, aún que comparte funciones con otros profesionales, cuando la enfermera se hace cargo exclusivamente del papel del médico, esto significa que esta delegando su propia función a otros. La sociedad quiere y espera recibir un servicio de competencia de la enfermera".

Como nos dice M. Moraga<sup>17</sup> "las enfermeras/os saben, por experiencia que su acción influirá en el proceso de desarrollo del ser humano, de vejez, de vida, de muerte, de salud y de enfermedad. Esta certeza es el motor que moviliza a la profesión y a muchos profesionales en sus luchas profesionales para hacer bien su trabajo y hacerlo reconocer, ser creativos, desarrollar competencias y proponer innovaciones para lograr su cometido". Ser creativos como ocurre en la película de Johnny cogió su fusil, donde la enfermera logra comunicarse con Johnny a través de sus manos escribiendo letras en su tórax y consigue así orientarle temporalmente.

### **3.2. LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMERA**

"Los cuidados enfermera durante años han estado emparentados con la actividad de las mujeres, ya que la práctica de los cuidados se ha basado siempre en conocimientos antiguos, empíricos, cuyos valores son determinados por ciertas ideologías dogmáticas e influidos por la moral tradicional. Modelos basados en la abnegación y el sacrificio que se proyectan a través de la historia hasta el presente"<sup>18</sup>.

La función enfermera se muestra más como una situación de subordinación con respecto al médico llevando a cabo sus predicciones, que como una profesión específica definida por un conjunto de trabajos realizados y

---

<sup>17</sup> Moraga, M. (1999). La construcción de nuestro futuro. Rol Enfermería. Barcelona. p.22.12.

<sup>18</sup> Martínez, O. (1996). Identidad enfermería-perspectiva psicoanalista. Rol Enfermería. p27

transmitidos dentro de la profesión. El trabajo de la enfermera no existe más que a título residual y en relación con trabajo del médico<sup>19</sup>.

Modelos que no se centran en conocimientos teóricos, si no, que están centrados en la enfermedad, ya que estos si bien garantizan el funcionamiento del rol de cooperación no guían ni enriquecen la acción de la enfermería. Estos modelos reducen los saberes enfermeros únicamente al saber hacer. Exentos de responsabilidad propia pueden llevar al personal de enfermería a estados de fatiga, desgaste, burn-out.

Como también dice F. Collière: “la enfermera pasa de una profesión de fe con la finalidad de servir, a estar al servicio de (los enfermos antiguamente), a estar al servicio de los médicos.”<sup>20</sup> Los años han pasado y las enfermeras han adquirido además tareas técnicas donde se ha hecho necesaria una ordenación profesional y un reconocimiento jurídico. Por lo que aquella administradora de cuidados que ayuda a los demás a vivir como dice F. Collière “intrínseco, estos cuidados ofrecidos por mujeres”<sup>21</sup> lo que la autora denomina rol moral. A partir de la adquisición de tareas técnicas en el que es necesario una titulación para ejercer como enfermera que en España la primera referencia legal es la orden del 7 de Mayo de 1915, cuando aparece legalmente la titulación enfermera. Se suma así el “rol técnico”, que es el que da a la enfermera a tener un título reconocido y le confiere un estatus.

No es hasta 1977 con el Real Decreto 2128, del 23 de julio, sobre la integración en la Universidad, las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería<sup>22</sup>. Aparece una nueva definición de enfermera y se introduce el concepto de rol propio o rol autónomo del que la enfermera sigue compaginando lo prescrito por el médico, con lo que puede cambiar por su propia iniciativa. Nosotras creemos que es aquí en 1977 donde nace la verdadera profesionalización de la enfermería.

Así se cumple lo que dice F. Nightingale: “ninguna mujer es por sí misma una buena enfermera”<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> Chauvenet A. Opcit, p147.

<sup>20</sup> Collière F. (1993). Promover la vida. Madrid. McGraw-Hill / Interamericana de España p227

<sup>21</sup> Collière F. (1993). Promover la vida. Madrid. McGraw-Hill / Interamericana de España p229

<sup>22</sup> BOE de 22 agosto de (1977)

Identificar los cuidados de enfermería o el producto enfermero, es importante porque determinamos las competencias de la enfermería así, pueden ser reconocidas por otros profesionales sanitarios, reconocidas también por la sociedad, y por los pacientes que saben lo que se puede esperar de la enfermería. Así, identificando los cuidados podremos darle el propio reconocimiento con lo que basar una propia identidad.

El presidente de la Generalitat de Catalunya en una entrevista del Món Sanitari, Dice de la profesión enfermera: “Es una profesión que siempre se ha caracterizado por su dedicación a las personas y por estar con ellas en situaciones de salud donde no pueden salirse por ellas mismas (...) La tecnificación de los procesos asistenciales ha ganado espacio a la atención de las personas, sesgando la finalidad de la profesión (...) Las enfermeras en el ejercicio de su práctica cumplen su misión social contribuyendo de manera específica a la promoción y al mantenimiento de la salud. El papel de las enfermeras ha de ir creciendo y evolucionando hacia un desarrollo profesional continuado. El mantenimiento y mejora de la competencia profesional y el desarrollo profesional continuado son una necesidad y una exigencia para la optimización de la calidad de la atención sanitaria (...) Los cambios demográficos y sociales, y el desarrollo tecnológico, la universalización de la atención sanitaria, la evolución de las enfermedades a la cronicidad (...) Provocan cambios en el ejercicio de las profesiones sanitarias y que requieren un importante esfuerzo de adaptación por parte de todo el mundo para orientar la atención sanitaria hacia las nuevas demandas”.<sup>24</sup>

Después de la década de los setenta, se observa una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado. Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones (Leininger, 1991:21-23). La disciplina enfermera ha evolucionado y con ella las necesidades de formación de las enfermeras, en el contexto de acontecimientos históricos y movimientos sociales. Por ello es

---

<sup>23</sup> Collière F.(1993). Promover la vida. Madrid. McGraw-Hill / Interamericana de España p286

<sup>24</sup> Món Sanitari Entrevista al president de la Generalitat Jordi Pujol. (2003). Septiembre



necesario que dada la multiplicidad de las situaciones de salud, se orienten los cuidados reconociendo al ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones (Kerouac, 1996).

“Los cuidados enfermera deben nutrirse de todo tipo de campos: psicología, sociología y tecnología así puede incorporar técnicas de expresión corporal, relajación, estética, danza, música, etc (...) Adaptando estas en la aplicación enfermera”.<sup>25</sup>

“Las competencias enfermera están situadas en el punto de unión de todo lo que moviliza las capacidades de la vida, de las personas y de su entorno, en relación con las incidencias de la enfermedad y suplirlas si estas capacidades son insuficientes ”.<sup>26</sup>

Cuidados de enfermería hoy centrados en los cuatro saberes: saber, saber ser, saber hacer, saber estar que, garantizan el cuidado de las personas, familia<sup>27</sup> y entorno.

### **El saber:**

- Integra las bases teóricas existentes en enfermería y toda la dimensión de su rol autónomo y de cooperación. Desde los campos de la gestión, educación, asistencia e investigación.
- Comprende al ser humano como persona compuesta de elementos bio-psico-sociales, culturales y espirituales en interacción con su entorno.

<sup>25</sup> Collière F. (1993). Promover la vida. Madrid. McGraw-Hill / Interamericana de España. p272

<sup>26</sup> Collière F. (1993). Promover la vida. Madrid. McGraw-Hill / Interamericana de España.p291

<sup>27</sup> Entendiendo por familia las personas cercanas en las que el paciente se apoya independientemente del factor consanguíneo

**El saber ser:**

- Comprometerse a realizar todas las dimensiones de rol profesional.
- Concienciándose de la utilización de pensamiento crítico para una mayor comprensión del ser humano y profesionalización de los cuidados.

**El saber estar:**

- Adoptando actitudes guiadas por valores humanista.

**El saber hacer:**

- Elaborando los procesos de cuidados de enfermería, tomando decisiones, promoviendo la participación de los cuidados al propio paciente, la familia y el equipo disciplinar.
- Aplicando los principios de promoción de salud.

El objetivo principal es responder del momento existencial de las personas que cuidamos, viendo como asumen los resultados y acompañándoles en las diferentes situaciones y procesos de la vida.

Si nosotros asumimos nuestras competencias profesionales, (saber, saber hacer, saber ser, saber estar), seguro que el grado de satisfacción de las personas que cuidamos y el nuestro propio servirá de motor para crecer en nuestra profesión.

Esta clara la evolución de los cuidados de enfermería, y más que nadie, las enfermeras somos las responsables y concedoras de esta evolución. Evolución que no debe de detenerse pues las enfermeras hemos de continuar, pues el camino a recorrer aun es largo. Hemos recorrido mucho camino en las escuelas, dando conocer la filosofía de la enfermería y enseñando a través de los diferentes modelos reconocer aquel que nos da una identidad como profesionales, donde podamos desarrollar nuestras competencias, nuestro rol autónomo, sin complejo de inferioridad.

No podemos decir lo mismo del camino recorrido a través de la asistencia, la situación actual de los cuidados de enfermería en los hospitales se aleja de los cuidados globales, de los modelos que nos dan identidad, por lo que la enfermera en los hospitales se encuentra con la dicotomía de lo aprendido en la teoría y los servicios que el sistema sanitario actual le demanda. Como nos dice Moraga<sup>28</sup> "El trabajo prescrito y valorado por las instituciones, no corresponde, en muchas ocasiones, a la visión que los profesionales tienen de su labor y de sus responsabilidades, por eso existe un trabajo real, a menudo oculto, casi clandestino y en gran parte individual. Este trabajo para muchos profesionales es esencial ya que comporta los fundamentos del cuidar, en el sentido de creación de condiciones de vida para que la persona cuidado pueda extraer una experiencia constructiva a partir de un proceso de enfermedad".

### **3.3. CONCEPTOS DEL ROL**

Si nos fijamos en la definición de rol que hace la Gran Enciclopedia Catalana " modelo de comportamiento que, en una sociedad determinada, lo que se espera de una persona con relación a su estatus". Esta es una definición de connotación sociológica, y sigue la misma línea, de F. Collière, que define el concepto rol: "es la expresión de cumplimiento de una función social.". Así como en el diccionario de Antropología, que define rol como: "función social, papel o parte desempeñados por un miembro de una institución.

Virginia H. Fue la primera enfermera que define "rol autónomo de enfermería" para ella el rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar a la persona enferma o sana a conservar o recuperar la salud ( o atenderla en estado moribundo) para que pueda llevar a término las tareas que realizaría por si misma si tuviera fuerza, voluntad o los conocimientos deseados y cumplir así las funciones para tener la más rápida y mejor independencia.

---

<sup>28</sup> Moraga,M. (1999). La construcción de nuestro futuro..Rol Enfermería. Barcelona.p. 22.12.

El rol de la enfermera según Kozier, Erb y Blais, en 1997.<sup>29</sup> está determinado por:

- Concepción y teorías en cuidados enfermeras
- Proceso de Atención de Enfermería
- Normas y criterios de competencia de la práctica
- Actividades prácticas (intervenciones)
- Códigos de ética internacional, nacional y local

Cuidar o tener cuidados a estado desde siempre un papel vinculado a la mujer. Desde las culturas más lejanas, la mujer es la que se queda en casa para dar de mamar a los hijos, para cuidar de las personas mayores y de los moribundos así como cuida del campo, esto le permite conocer los efectos beneficiosos que emanan de la naturaleza. Por esta razón desarrolla actitudes y habilidades a veces invisibles, humildad, tenacidad, paciencia, compasión... Por lo que parece claro que la adjudicación de rol puede ser cultural.

Por lo que podríamos decir que Rol es la resultante de un modelo cultural, y una definición de rol enfermera diríamos: el rol, que representa una línea de conducta, un conjunto de aptitudes y servicios que garanticen un saber, una denominación profesional, necesarias para cuidar.

---

<sup>29</sup> Kozier B, Erb G, Blais K. (1997). "Professional Nursing Practice. Concepts and Perspectives". 3º ed. California: Addison-Wesley Longman;

### **3.4. DIMENSIONES DEL ROL**

Autoras como son L. Riopelle y M. Teixidor dicen que: las funciones de enfermería las engloban bajo dos dimensiones: rol autónomo y rol de cooperación. Entienden como rol autónomo, el que integra el conjunto de competencias y actuaciones. Por lo que los profesionales de la enfermería en su práctica profesional de las curas, aplicarán conocimientos, destreza, actitudes y valores. El rol autónomo se basa en la toma de decisiones que dependen exclusivamente de las enfermeras y es una guía para los valores humanistas y éticos del hecho de cuidar. Siempre encaminado para conseguir la autonomía y la calidad de vida de las personas y de sus familias y en relación con su entorno. Incluye las intervenciones autónomas en las curas de enfermería, desarrollo, soporte, enseñanza, acompañamiento, suplencia y vigilancia del estado de salud, intervenciones que contribuyen a satisfacer las necesidades, a la actualización de las personas, a su desarrollo, bienestar, recuperación de la salud, readaptación y a la calidad y continuidad de la vida. En el cumplimiento del rol autónomo, la enfermera se abre a la vivencia de salud del otro y sus actuaciones tienen el objetivo de identificar las necesidades de ayuda con y para la persona.

## ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA



**Tabla III: Rol Profesional de Enfermería<sup>30</sup>**

Estas autoras también dicen que este rol no puede conseguirse si no se han interiorizado los conocimientos enfermeros. Es necesario profundizar críticamente en la naturaleza de los cuidados de enfermería a partir del estudio de los modelos conceptuales de enfermería, porque estos identifican el objetivo perseguido por la enfermera, su rol autónomo.

Un conocimiento de la persona cuidada conduce a la enfermera a planificar intervenciones que le permiten conseguir el objetivo de los cuidados de enfermería, cuidados de calidad, personalizados, humanos y centrados en la globalidad de las personas y sus vivencias en un momento determinado de su vida, así como de su entorno. Para asimilar este propósito la enfermera ha de desarrollar una práctica reflexiva guiada por el pensamiento enfermero activando una metodología científica, instrumento que se llama “proceso de atención de enfermería” que le permite planificar intervenciones autónomas, de las cuales la enfermera es la responsable.

<sup>30</sup> Riopelle L, Teixidor M. (2002). La práctica enfermera: fundamentos científicos y aproximación humanista. Barcelona Fundació La Caixa p54.

MP Gutierrez opina que la enfermería tiene como papel esencial gestionar y brindar cuidados a pacientes, familia y comunidad de forma holística y se ejerce a través del rol profesional de enfermería, el cual posee dos componentes: rol independiente y rol interdependiente.

Si redefinimos rol enfermera nos proporcionará una visión más científica a la hora de justificar su espacio específico dentro del equipo de salud. (M<sup>a</sup> Ángeles Mora Temprano).

Se han descrito distintos modelos del rol de la enfermería en relación al vínculo con el paciente. M. Luz Bascuñán y Sandra Titelmann nos clasifican tres tipos de modelos de rol:

- Un primer modelo es el de «la enfermera como una madre» (versión del modelo paternalista) en la que su contribución principal es la de humanizar el medio hospitalario.

- En segundo lugar está el modelo del «profesional autónomo» (versión del modelo técnico). En este modelo, las enfermeras utilizan su propia competencia técnica y comparten autoridad y responsabilidad con el médico en la atención del paciente.

- Por último, el modelo del «defensor del paciente»(versión del modelo necesita ayuda y se encuentra en un estado de dependencia y otra que posee los medios para ofrecer la ayuda demandada). En este contexto, la relación profesión al paciente asume los roles básicos de cuidador/cuidado.

Por medio de la relación con el paciente, la enfermera influye sobre la calidad de la atención brindada, aumenta la adherencia al tratamiento, fomenta la alianza de trabajo, desempeña su rol y dedica su vida profesional al cuidado de los otros.

Los profesionales, cuyo trabajo se realiza directamente con los demás poseen una herramienta privilegiada: la propia persona.

Existe abundante literatura sobre las cualidades del profesional que beneficiarían la relación con el paciente y su desempeño profesional. Una

actitud cálida, empática, no enjuiciadora con el paciente, capacidad de escucha, respeto, legitimación de sus creencias, capacidad de negociación, educación.

Para F. Torralba, el rol enfermera engendra un trabajo interdisciplinario, una relación estrecha con otros profesionales cuyo objeto va en beneficio de un paciente.

El término interdisciplinar, muy utilizado en el medio hospitalario, pero poco secundado y todavía un reto, pues no existe la simetría indispensable para la definición de interdisciplinar que requiere simetría en el poder. Históricamente, conocemos el desequilibrio que existe entre médico y enfermera.

Es obligatorio que en un trabajo interdisciplinario se delimiten con precisión cada una de las disciplinas y, cuales son sus funciones. La enfermera debe de hallar su singularidad y reivindicar su estatus y su rol autónomo dentro de las ciencias de la salud. Debe descubrir y tomar conciencia que “existe una función propia de las enfermeras/os además de unas funciones delegadas por el médico, y que existen los cuidados de enfermería sobre los que los profesionales deben poseer competencias y ser responsables”.<sup>31</sup>

Un problema fundamental en la interrelación entre las distintas disciplinas consiste en violar la autonomía de cada cuerpo disciplinar. Desde el punto de vista social, político y económico la enfermera ve violada su autonomía porque se la ve como una extensión de la medicina, una disciplina subalterna y dependiente de la medicina. Esta equivocación aunque histórica, es grave pues, enfermería dentro de las ciencias de la salud tiene una finalidad, una ley, una metodología y una direccionalidad que se orientan al cuidado del paciente por lo que se considera a la enfermería como profesión autónoma. Al estar la enfermera en un grupo interdisciplinar es indispensable que, además de delimitar su propia ley y su propio fin, ha de reconocer la dependencia con otras disciplinas.

---

<sup>31</sup> Dominguez-Alcón, C. (1986). Los cuidados y la Profesión Enfermera en España. Madrid p 243



El cuidar requiere tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y praxis y, todo ello, requiere un marco institucional idóneo, un marco donde sea posible cuidar.

El deber moral de los profesionales de enfermería no sólo radica en el buen ejercicio de su profesión, sino en la reivindicación de unas condiciones adecuadas desde el punto de vista institucional para el buen ejercicio del cuidar. Factores que obstaculizan el cuidar, la masificación de los centros asistenciales, la burocratización de los sistemas sanitarios, la estructura piramidal del poder, los intereses económicos.

En referencia a todo lo expuesto anteriormente, diríamos “sí a la vocación en enfermería” siguiendo el sentido etimológico de la palabra de llamada. Estamos de acuerdo que, en cada una de las profesiones que hay están desarrolladas, las personas tenemos mayor destreza o predisposición en determinados temas y, en otros no, o bien, debemos esforzarnos más en conseguirlos.

Sin embargo, diríamos “no a la vocación en enfermería” en el sentido como F. Nightingale lo describe en Notas de Enfermería de 1859 que, nos habla de la vocación de la enfermera, y explica que cuando habla de vocación entiende que la enfermera debe ser estrictamente moderada y honesta, mujer religiosa y devota, respetar su propia vocación...; ser minuciosa, fiel y rápida observadora; de buenos y delicados sentimientos. En este sentido entendiendo vocación como una llamada a la dedicación con objetivos espirituales englobando aquí valores como el de pobreza, castidad, obediencia, disciplina, altruismo, cariño maternal, feminidad... características que, como dice Domínguez Alcor “se acerca más a la definición de religiosa que a la de un profesional”.

Podríamos decir que esta idea de vocación como capacidad de sacrificio, abnegación, sumisión... no responde a nuestra idea de vocación. A pesar de una idea concebida de la enfermera, sea cual sea el entorno histórico, social, cultural... ser vocacional en cualquier profesión es fundamental. El ser llamado, el calling como entienden los judíos, y en este caso de nuestra

profesión: ser llamado para cuidar al enfermo, ser llamado para promocionar la salud, ser llamado para dar a conocer la profesión enfermera, .... Y sea cual sea nuestro color, y sea cual sea nuestra ideología, y sea cual sea nuestro dios... lo esencial de nuestra profesión sigue siendo la vocación.

Tal vez por este motivo hemos planteado parcialmente nuestra hipótesis: si ejercemos el rol autónomo, cuidamos desde la vocación, si tenemos vocación activamos nuestro rol autónomo. Ser llamado a cuidar a través del saber, saber ser, saber estar, saber hacer ¿está lejos de la vocación?

### **3.5. COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

#### **PARTIENDO DE LO LEGAL**

**En Catalunya “L’Institut Català de la Salut”** publica en el año 1997 un documento elaborado por la Comisión de enfermería del consejo catalán de especialidades en ciencias de la salud, donde define las competencias de la profesión enfermera.

Las competencias las agrupan:

- Proceso de las curas, procedimientos y protocolos, atención a los enfermos en situaciones específicas, comunicación, trabajo en equipo, mantenimiento de las competencias, ética, y aspectos legales y finalmente compromiso profesional.

También definen que: todo profesional ha de valorar, recoger datos, y formular problemas para definir el estado de la cuestión y poder actuar en consecuencia y evaluar los resultados, dentro de su campo de conocimientos y de acuerdo con su actividad profesional. El objetivo común de todas las competencias descritas en este documento es cuidar de las personas. Proporcionar cuidados de enfermería individualizados mediante un método sistemático y organizado.

Ley sobre enfermeras y enfermeros en Québec. Describe el ejercicio exclusivo de la profesión de enfermería y especifica: “Constituye el ejercicio de la profesión enfermera todo acto que tiene como objetivo identificar las necesidades de salud de las personas, contribuir a los métodos diagnósticos, prodigar y controlar las curas de enfermería que requirieren la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de las curas según una ordenanza médica” ( artículo 37).

**El código sanitario chileno** en el artículo 113, define el quehacer del profesional de enfermería otorgando reconocimiento y autonomía legal. Se desprenden dos componentes del rol: el independiente centrado en la gestión del cuidado, y el interdependiente que dice relación con acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.

1948 **La Organización Mundial** de la Salud (OMS) cambia el concepto de salud por el de bienestar bio-psico-social. Las enfermeras demuestran a la OMS que tienen un rol propio y específico para la salud de las personas.

**El Consell Assessor d'Infermeria** identifica las siguientes líneas estratégicas como herramienta que posibilite un óptimo nivel de práctica profesional y garantice el servicio que se proporciona a la sociedad. Adoptar un **modelo conceptual en cuidados de enfermería** y asumir las competencias profesionales:

- Potenciar el autocuidado y la corresponsabilidad de la persona, la familia y la comunidad en el proceso de salud.
- Adaptar los cuidados a las necesidades y expectativas de la persona, familia y la comunidad.
- Incluir a la familia o personas significativas, en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.
- Desarrollar el rol autónomo de la enfermera, potenciando la toma de decisiones y la responsabilidad.
- Utilizar el proceso de enfermería como metodología de trabajo.
- Incorporar **las evidencias científicas** a la práctica enfermera.
- Definir protocolos de cuidados basados en la evidencia científica.
- Promover la búsqueda de enfermería para demostrar el valor, la efectividad y la eficiencia de los cuidados.
- Mejorar la práctica incorporando los resultados de la búsqueda.
- Desarrollar indicadores de calidad efectivos para demostrar y medir la calidad de los cuidados.
- Conseguir la excelencia en los diferentes **niveles de formación**.
- Velar por la calidad de la formación de pregrado.
- Impulsar el desarrollo del segundo y tercer grado de enfermería.
- Potenciar la formación continua, de postgrado y especializada.
- Adecuar los actuales **sistemas organizativos** a los requerimientos asistenciales.

- Ejercer el liderazgo en las diferentes áreas de competencia profesional.

En el año 1960, el Decreto 2319/60, de 17 de noviembre, enumera las funciones profesionales de Enfermería:

- 1) Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos
- 2) Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades
- 3) Practicar las curas de los operados
- 4) Prestar asistencia inmediata, en casos urgentes, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habrán de llamar perentoriamente
- 5) Desempeñar todos los cargos y puestos para los que en la actualidad se exigen los títulos de Practicante o Enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los Ayudantes masculinos o a los femeninos (artículo 2º)

Hasta el presente no existe una atribución legal genérica de funciones para los Diplomados en Enfermería, hecha la salvedad de aquellos que prestan sus servicios en las Instituciones dependientes de la Seguridad Social.

Debido a ello el estudio de las funciones del personal de Enfermería debe dividirse en dos grandes grupos:

- 1) aquellos que prestan sus servicios en instituciones no pertenecientes a la Seguridad Social
- 2) aquellos que prestan sus servicios en instituciones dependientes de la Seguridad Social

Como los tres centros en los que se basa el estudio de nuestra investigación son tanto privados como públicos, es decir, pertenecientes y no pertenecientes a la Seguridad Social, enumeraremos a continuación las funciones de Enfermería de ambos grupos:

Funciones del personal de Enfermería que presta sus servicios en instituciones no pertenecientes a la Seguridad Social:

- a) Vigilar y atender a los enfermos en sus necesidades generales y humanas, así como sanitarias, en especial en el momento en que éstos requieran sus servicios.
- b) Administrar los medicamentos según las prescripciones facultativas, reseñando los tratamientos.
- c) Tomar presiones sanguíneas, pulsos y temperaturas.
- d) Auxiliar a los médicos, preparándoles el material y medicamentos que hayan de ser utilizados.
- e) Ordenar el material, determinando el que pueda ser utilizado.
- f) Ordenar las historias clínicas, anotando en ellas cuantos datos relacionados con la propia función deben figurar en las mismas.
- g) Cumplir cuantas otras funciones de su competencia determine el Reglamento Interno del Centro o se indique en las instrucciones pertinentes.

Funciones del personal de Enfermería que presta sus servicios en instituciones pertenecientes a la Seguridad Social:

Sus funciones vienen establecidas por la Orden de 26 de abril de 1973 que recoge lo que hoy se conoce como Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones de la Seguridad Social. En la Sección 2ª del Capítulo VII define de modo específico las funciones del personal de enfermería prestando su servicio en instituciones cerradas (hospitales o similares):

ARTÍCULO 59:

1. Ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de aquél.
2. Cumplimentar la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.

3. Auxiliar al personal médico en las intervenciones quirúrgicas, practicar las curas de los operados y prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del médico.
4. Observar y recoger los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia de los pacientes.
5. Procurar que se proporcione a los pacientes un ambiente confortable, ordenado, limpio y seguro.
6. Tomar las medidas para un buen cuidado de los pacientes y contribuir en todo lo posible a la ayuda requerida por los facultativos o por otro personal sanitario y cooperar con ellos en beneficio de la mejor asistencia del enfermo.
7. Cuidar de la preparación de la habitación y cama para recepción del paciente y su acomodación correspondiente; vigilar la distribución de los regímenes alimenticios; atender a la higiene de los enfermos graves y hacer las camas de los mismos con Ayuda de los Auxiliares de Enfermería.
8. Preparar adecuadamente al paciente para intervenciones o exploraciones, atendiendo escrupulosamente los cuidados prescritos, así como seguir las normas correspondientes en los cuidados postoperatorios.
9. Realizar una atenta observación de cada paciente, recogiendo por escrito todas aquellas alteraciones que el Médico deba conocer para la mejor asistencia del enfermo.
10. Anotar cuidadosamente todo lo relacionado con la dieta y la alimentación de los enfermos.
11. Realizar sondajes, disponer los equipos de todo tipo para intubaciones, punciones, drenajes continuos y vendajes, etc., así como preparar lo necesario para una asistencia urgente.
12. Custodiar las historias clínicas y demás antecedentes necesarios para una correcta asistencia, cuidando en todo momento de la actualización y exactitud de los datos anotados en dichos documentos.
13. Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, de cuantos aparatos clínicos se utilicen en la Institución, manteniéndolos ordenados y en condiciones de perfecta utilización, así

como efectuar la preparación adecuada del carro de curas e instrumental y del cuarto de trabajo.

14. Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
15. Mantener informados a sus superiores inmediatos de las necesidades de las Unidades de enfermería o de cualquier otro problema que haga referencia a las mismas.
16. Orientar las actividades del personal de limpieza, en cuanto se refiere a su actuación en el área de Enfermería.
17. Llevar los libros de órdenes y registros de Enfermería, anotando en ellos correctamente todas las indicaciones.
18. Cumplimentar igualmente aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

## **LA CARRERA PROFESIONAL**

Simplemente valdría la pena aproximarnos al significado de este concepto, ya que resulta nuevo para muchas instituciones y sólo lo encontramos en uno de los centros encuestados, que es el Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Cuando nos referimos a carrera profesional estamos hablando de mejoras económicas en relación a años de experiencia, formación, docencia, investigación y cumplimiento de objetivos del servicio.



## 4. MOTIVACIÓN

### 4.1. EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO MOTIVACIÓN

El verbo motivar tiene dos significados: "originar o producir un efecto" o "dar una razón o motivo". Etimológicamente ya se utilizaba el término 'motivo' con el significado de "relativo al movimiento" en el siglo XV, procedente del latín tardío *motivus*. El nombre 'motivo' se derivó al verbo 'motivar' que con el tiempo se volvió a sustantivizar dando lugar al nombre 'motivación'. Así, podemos ver que de la palabra motivo se derivó el concepto de motivación.

Según el profesor Pérez López<sup>32</sup>, *motivo* significa el resultado intentado por el sujeto en la realización de la acción. Estos resultados pueden ser varios, es decir, una persona puede tener diversos motivos para realizar una acción. En cambio, *motivación* es el impulso para poner en marcha una acción, y éste es uno y único aunque se vea determinado por varios motivos. Es la energía interna que impulsa a los hombres a trabajar. La conducta motivada se orienta a cubrir unas necesidades con las cuales no se identifica la motivación. He aquí la diferencia entre motivación y motivo. Motivación es un principio motivador, orientador o direccional; en cambio un motivo son necesidades, objetivos, deseos y propósitos. El elemento de conexión entre el concepto de motivación como impulso y las acciones reales que realizan los hombres es la *toma de decisiones*.

---

<sup>32</sup> Pérez López, J.A. (1993). Fundamentos de la Dirección de Empresas, Rialp, Madrid. p.52

## 4.2. CONCEPTO DE MOTIVACIÓN

Múltiples son las definiciones de motivación hechas por distintos autores que han estudiado este concepto desde distintos puntos de vista. A continuación vamos a explicar algunas de ellas cada una bajo su influencia histórica y temática.

F. Toates<sup>33</sup>, desde una perspectiva conductista, define la *motivación* como la fuerza de la tendencia que promueve la conducta, teniendo en cuenta factores internos y externos. Los factores internos serían los impulsos, en cambio los factores externos que estimulan la motivación son denominados incentivos. La motivación es una especie de energía que admite grados; mientras que la tendencia significa la inclinación hacia una determinada conducta, que denota cierto matiz de direccionalidad. Esta percepción entiende la motivación como un estado interno del individuo, aunque pueda verse frustrado su empeño por factores externos.

D.O.Hebb<sup>34</sup> señala que el término *motivación* se refiere:

- 1) a la existencia de una secuencia de fases organizadas
- 2) a su dirección y contenido
- 3) a su presencia en una dirección dada o a su estabilidad de contenido

J.W.Atkinson<sup>35</sup>, desde la perspectiva de la psicología aplicada, define el concepto de *motivación* como el estado alertado de la persona, el cual se da cuando el motivo ha sido implicado por una expectativa apropiada, es decir, una expectativa de que la ejecución de algún acto es un medio para la consecución del objetivo de ese motivo.

---

<sup>33</sup> Toates, F.(1989). Sistemas motivacionales, Debate., Madrid. p.16

<sup>34</sup>.Hebb, D.O (1949). The organization of Behavior, Wiley, New York. p.181

<sup>35</sup> Atkinson, J.W. "Motives in Fantasy, Action and Society" p.279

Otra definición nos la da S.G.Echevarría y Ch.Lattmann<sup>36</sup>, desde el ámbito de la Economía de la Empresa, los cuales dicen que *motivación* es el estado que se genera en el individuo como consecuencia de los motivos, que son el conjunto de sentimientos de un individuo, lo que se refleja en su forma de ansiar y pretender las cosas. A los motivos se les atribuye los efectos de : activar el comportamiento, orientarlo y regular su intensidad.

Finalmente, Howard Klein<sup>37</sup> nos habla de la *motivación laboral* como el conjunto de procesos psicológicos que causan el inicio, la dirección, la intensidad y la persistencia de la conducta. Esto nos lleva a distinguir cuatro aspectos de la motivación:

- a) Activación, es el principio energético necesario para emprender la actividad
- b) Persistencia, es la energía constante para mantener el desarrollo del esfuerzo y llevar así a cabo la acción.
- c) Direccionalidad, la motivación siempre supone un *para*, puesto que se está motivado *para* realizar unas determinadas acciones y *para* omitir otras.
- d) Contenido, está relacionado con la direccionalidad, se identifica con la meta o resultado pretendido.

### **4.3. TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN**

A partir de esta distinción semántica podemos describir la evolución en el pensamiento de la motivación. Este concepto ha sido interesante para muchas ciencias, ya que muestra un rasgo importante de la conducta humana o animal. La Psicología es la ciencia que ha estudiado más este concepto desde diversas perspectivas, ya sea desde la conductual como la cognitiva. Así, propone una clasificación evolutiva de todas las teorías en tres grandes bloques: *teorías de contenido, teorías del proceso y teorías cognitivas*.

---

<sup>36</sup> Echevarría .S,G. Lattmann,Ch. (1992) "Management de los Recursos Humanos en la Empresa.Cómo dirigir hombres en una nueva Cultura Corporativa" Madrid. Díaz de Santos. p.87

1. Las teorías de contenido: analizan las necesidades y los motivos que mueven las acciones, pero no cómo lo hacen en la práctica. Su esfuerzo se centra en comparar la fuerza de diferentes incentivos, establecer clasificaciones de necesidades y examinar la preponderancia de unos u otros tipos de motivos. Son sencillas, y se agrupan según el tipo de motivo que considere:

- *Motivos extrínsecos*: son los resultados que los individuos obtienen a cambio de su esfuerzo. Son recompensas externas que se reciben a cambio del trabajo realizado, como por ejemplo, salarios, promoción...
- *Motivos intrínsecos*: son los resultados que dependen directamente del contenido del trabajo y de las preferencias y percepciones del que lo realiza. Están vinculados a las disposiciones y personalidad de cada individuo. Por ejemplo, el reconocimiento, las relaciones interpersonales, etc.

2. Las teorías del proceso: realizan un análisis lógico-racional de las decisiones, porque procuran identificar las variables necesarias para explicar la activación, mantenimiento y direccionalidad de la conducta, los aspectos dinámicos que activan la conducta. Explican cómo las metas y contenidos llegan a ser operativos. Tratan de descubrir los mecanismos que enlazan las necesidades u objetivos concretos con el impulso genérico a la satisfacción. También incluiremos aquí las teorías cognitivas, debido a su enfoque procesual, aunque también incorpora elementos sobre el contenido de los motivos.

---

<sup>37</sup>.Klein, H.J. (1989). "An integrated Control Theory Model of work motivation", *Academy of Management Review* 14,2 p.150

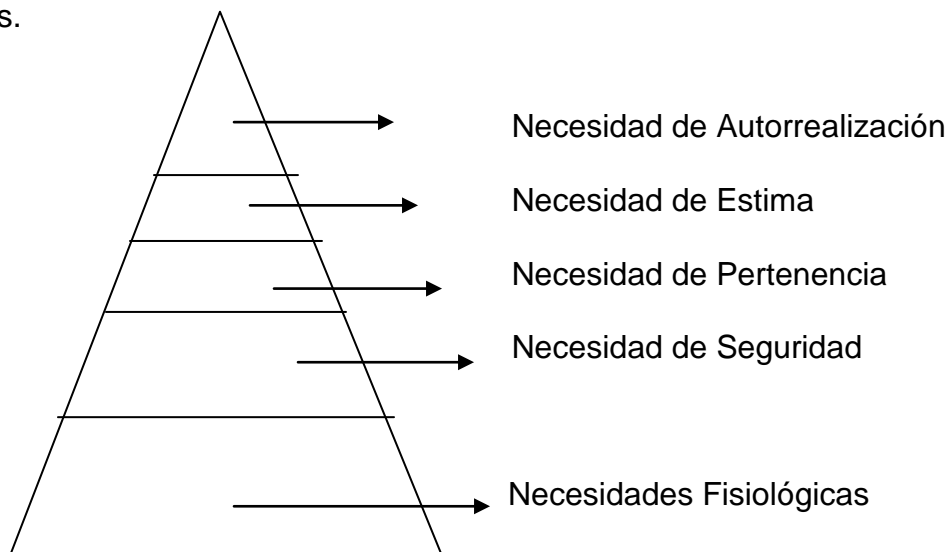
### 4.3.1 TEORÍAS DE CONTENIDO

#### A. MASLOW. Jerarquía de Necesidades.

Maslow abrió la vía de la psicología humanista. Enuncia 17 principios sobre la motivación, de los cuales los más destacados son:

1. Enfoque holístico: el individuo es una totalidad focalizada, por lo que la motivación le afecta como unidad y no sólo a una parte de él.
3. Estudiar los fines o motivos últimos.
5. Las necesidades humanas fundamentales no se diferencian de unas culturas a otras, aunque los medios sí son diferentes.
7. La motivación es constante.
9. Las necesidades se ordenan de manera jerárquica.
12. Una motivación humana siempre se realiza en una situación y con unas personas alrededor.
15. Motiva aquello que se considera moderadamente alcanzable.

Uno de los principales conceptos introducidos por Maslow es el de dinamismo, dice que la motivación es constante, porque la generan las necesidades insatisfechas que, cuando se satisfacen, son reemplazadas por otras.



Queda reflejada en una pirámide de 5 estamentos las necesidades de las que habla Maslow

1. Necesidades Fisiológicas: están relacionadas con el mantenimiento corporal: alimentación, vestido, descanso...
2. Necesidades de Seguridad: son las que protegen del peligro, de las incertidumbres del futuro, etc. Ahora se vive como amenaza el desempleo, la inseguridad respecto a la jubilación.
3. Necesidad de Pertenencia: es la identificación con un grupo
4. Necesidad de Estima: Suponen dar y recibir afecto, tanto propio como ajeno.
5. Necesidad de Autorrealización: suponen el máximo partido de nuestros talentos y habilidades.

Las dos primeras son de Orden Inferior, las cuales se satisfacen internamente, y las tres últimas las cataloga como de Orden Superior, que requieren satisfacción sobre todo externa. Las necesidades superiores sólo comienzan a operar cuando han sido satisfechas las inferiores.

Las personas que alcanzan el grado de autorrealización tienen una actitud muy positiva hacia la vida, perciben lo real de manera precisa y sin confundirlo con sus deseos, no son egoístas, fijan objetivos y se esfuerzan por alcanzarlos. De aquí, extrae el concepto de *Sociedad buena o sana*, que es la que permite que aparezcan los fines más altos de las personas, habiendo satisfecho previamente todas sus necesidades básicas.

Su jerarquía es una jerarquía de motivos. Centra todo su empeño en describir los objetivos hacia los que se dirige la conducta, pero no considera propiamente el proceso de decisión ni la parte que en él tiene la motivación. Es una teoría centrada en el contenido.

En la búsqueda de estimación y éxito, el logro no destruye la necesidad que la ha motivado, sino que la reanima.

## F. HERZBERG. El Análisis Bifactorial

En su obra hay un doble objetivo:

1. Dilucidar cuáles eran los factores que causaban satisfacción o la insatisfacción entre los empleados.

2. Medir la repercusión que tanto la satisfacción como la insatisfacción tenían en el rendimiento laboral.

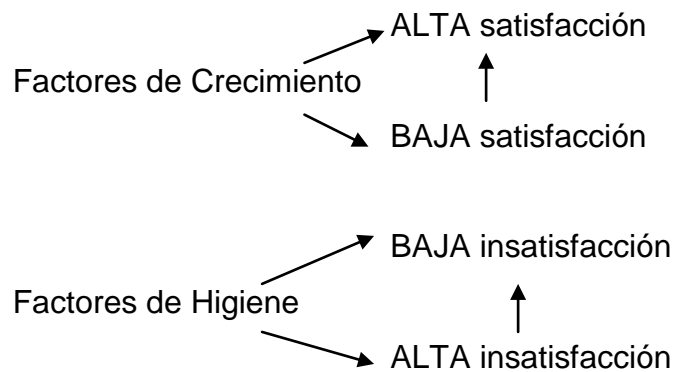
Los resultados de su estudio sugerían que las situaciones conducentes a la satisfacción pertenecen a una categoría diferente de las causantes de insatisfacción. Si los entrevistados relataban hechos que les despertara sentimientos de satisfacción, describían acontecimientos característicos de la tarea que realizaban; mientras que si mencionaban situaciones de insatisfacción, se referían a sucesos pertenecientes al entorno, externos a la tarea misma.

Siguiendo la teoría bifactorial, Herzberg enumera dos tipos de factores que producen satisfacción o insatisfacción en el trabajo:

a) Factores Higiénicos: producen insatisfacción en su ausencia. No se trata de aspectos que motiven positivamente hacia el trabajo, aunque sí pueden provocar desmotivación si no se dan en la medida requerida. Son la política de empresa, la supervisión, el salario, las condiciones de trabajo, etc.

b) Factores de Crecimiento: hacen referencia al trabajo en sí, al contenido de la tarea, son los que más animan a trabajar.

Estos factores dan lugar a la utilización de la Técnica del *job enrichment*, que fomenta la responsabilidad del empleado en su propia labor. Se trata de aumentar el atractivo del trabajo, no su cantidad.



La solución, que encuentra Herzberg, para motivar a un trabajador es instalar un "generador" de movimiento en el propio trabajador, internamente y no externamente, se le llama "automotivación" (son los factores de crecimiento). Sólo quien sabe realmente lo que hace en su trabajo y las repercusiones que tiene puede verdaderamente querer hacerlo.

Para que un empleado se manifieste satisfecho y motivado no basta con que las condiciones del entorno sean adecuadas, se precisa que la tarea sea, en sí misma, interesante, variada y fuente de retos. Debe proporcionarse al trabajador cierto nivel de autonomía, responsabilidad y autocontrol para que pueda satisfacer sus necesidades de logro, competencia y autorrealización.

Herzberg sostiene que la calidad de vida incluye las libertades y la capacidad de participación y decisión: exige la puesta en escena de los factores de crecimiento.

#### D. McClelland

Propone la existencia de tres motivos o necesidades principales en el trabajo:

- a) La necesidad de logros (nLog): tiene el impulso de sobresalir, de ejecutar en relación con un conjunto de normas, de luchar por triunfar. Hay un deseo de hacer las cosas mejor o con más eficacia que antes.



b) La necesidad de poder (nPod): es el anhelo de hacer que otros se conduzcan de una manera que de otro modo no hubieran seguido. Hay un deseo de causar un efecto, de influir y de controlar a los demás,

c) La necesidad de afiliación (nAfi): tiene el deseo de relaciones personales estrechas y amistosas. Existe el deseo de ser querido y aceptado por los demás.

El autor centra su interés en una de ellas: el motivo de logro, porque cree que es el responsable del crecimiento económico, por lo que tiene un enorme interés para la empresa. En sus estudios empíricos muestra que los individuos con alto motivo de logro tienen muchas posibilidades de éxito. Son personas más enérgicas, creativas y trabajadoras. Considera, que la motivación de logro puede fomentarse en otros individuos insistiendo en la excelencia y favoreciendo el reconocimiento de los resultados sobresalientes.

#### D. McGREGOR. Teoría X e Y.

McGregor intentó describir desde una perspectiva humanista los dos extremos de posibilidades dentro de la dirección empresarial, creando así una teoría con dos vertientes, una positiva y otra negativa.

TEORÍA X: convierte el trabajo en una manera refinada de castigo. Realiza una distinción entre factores extrínsecos e intrínsecos de la motivación. Factores extrínsecos: son recompensas o incentivos independientes de la propia actividad que el sujeto lleva a cabo. Son más un premio o un pago que el resultado de su actividad. Son elementos añadidos a la tarea.

Factores intrínsecos: no son independientes de la tarea, sino que se fundamentan en los aspectos característicos de la propia actividad y caen bajo el control del que la realiza. Están más ligados a la satisfacción de necesidades superiores y son un resultado directo del esfuerzo.

El gerente mantiene una serie de supuestos sobre sus empleados:

1. A los empleados les desagrade el trabajo y tratan, si es posible, de evitarlo.

2. Como no les gusta el trabajo, hay que forzarlos, controlarlos o amenazarlos con castigos para que alcancen las metas deseadas.
3. Los empleados rehuirán las responsabilidades y pedirán instrucciones formarles siempre que sea posible.
4. Casi todos los trabajadores ponen a la seguridad por arriba de los demás factores laborales y mostrarán pocas ambiciones.

TEORÍA Y: Tiene un punto de vista más positivo. McGregor cree que los supuestos de esta teoría son más válidos que los de la teoría X y propuso ideas como la participación en la toma de decisiones, la creación de trabajos con retos y responsabilidades y buenas relaciones grupales. Los gerentes mantienen una serie de supuestos sobre sus empleados:

1. Los empleados consideran al trabajo tan natural como al descanso o el juego.
2. Quien está comprometido con los objetivos, se dirigirá y controlará por sí mismo.
3. El individuo medio puede aprender a aceptar y aún a buscar responsabilidades.
4. La creatividad ( la capacidad de tomar buenas decisiones ) está muy difundida entre la población y no es la provincia exclusiva de los gerentes.

En la teoría X , las necesidades de orden inferior dominan a los individuos. En cambio, en la teoría Y, son las necesidades de orden superior las que rigen a los empleados.

#### **4.3.2 TEORÍAS DE PROCESO:**

##### TEORÍAS DE LAS EXPECTATIVAS:

El comportamiento de los empleados está en función no sólo de sus necesidades sino también de las limitaciones de la situación y, sobre todo, de las expectativas que tengan de alcanzar los objetivos que se han fijado<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Georgopoulos, Cfr. B.S. Mahoney G.M.. Jones, N.W. 1957. "A path-goal approach to productivity" Journal of Applied Psychology, 41

La fuerza de la tendencia a actuar en cierto sentido depende de la fuerza de las expectativas de que al acto seguirá un resultado y del atractivo que éste tiene para el individuo. Tiene en cuenta tres variables:

- a) el *atractivo*, que considera las necesidades insatisfechas del empleado.
- b) la *vinculación entre desempeño y recompensa*, es el grado de desenvolvura a cierto nivel para conseguir el resultado esperado.
- c) la *vinculación entre esfuerzo y desempeño*, siendo la probabilidad de que ejercer cierto grado de esfuerzo conducirá al desempeño.

Los primeros en hablar del tema fueron Tolman y Dewin que opinaban que los individuos poseen expectativas acerca de los resultados de sus acciones y que esas expectativas influyen en sus decisiones a través de la motivación.

V.Vroom.

Vroom opinaba que la motivación de una persona para realizar un esfuerzo en una tarea depende de:

- a) expectativa: dedicando una cierta cantidad de esfuerzo a la tarea el resultado será mejor. Contribuyen los refuerzos.
- b) intrumentalidad: es la relación entre el resultado mejorado y sus consecuencias para el sujeto.
- c) valencia: es la estimación del deseo de recibir tales recompensas, o el valor que el individuo otorga a las recompensas que espera que se deriven de su acción.

G Graen. Teoría del rol

Transforma el concepto de "tarea" en el desempeño de un "papel" o "rol" dentro de la organización. Idea una serie de fórmulas para calcular el rendimiento y la utilidad de aumentar el esfuerzo que unidas a la concepción de presiones internas (el atractivo subjetivo de las consecuencias esperadas y de

la expectativa de alcanzarlas) y presiones externas (la percepción del nivel de esfuerzo que otros esperan que realice) llegan a dos tipos de resultados:

1. Resultados de 1<sup>er</sup> nivel o "rol de trabajo": son los resultados derivados del esfuerzo inmediato del sujeto (coinciden con los objetivos de la organización).
2. Resultados de 2<sup>o</sup> nivel o "resultados de rol de trabajo": son las consecuencias que siguen a los resultados de primer nivel; son los objetivos pretendidos personalmente por el trabajador.

## TEORÍA DE LA EQUIDAD

Esta teoría enuncia que los trabajadores están motivados por el deseo de ser tratados equitativa y justamente.

J.S. Adams

Adams cree que la *motivación* procede de un proceso de comparación social, mediante el cual el trabajador evalúa la proporción existente entre sus esfuerzos y las recompensas que recibe a cambio, para después compararlo con lo que observa que se esfuerzan y reciben sus colegas.

El proceso consta de 5 fases:

1<sup>a</sup>. El individuo distingue entre las contribuciones que aporta a la empresa y las compensaciones que obtiene de ella.

2<sup>a</sup>. El individuo compara la proporción entre sus contribuciones-compensaciones con las proporciones que percibe en sus compañeros de trabajo.

3<sup>a</sup>. Si el individuo percibe que en efecto existe inequidad se verá presa de una tensión.

4<sup>a</sup>. El individuo se verá impelido, con el fin de calmar la tensión surgida, a reducir la desigualdad mediante su intervención.

5<sup>a</sup>. Surgirán reacciones comportamentales para reducir la tensión:

a) distorsionando la percepción de las compensaciones

b)ejerciendo influencia sobre los otros para que modifiquen sus contribuciones

c)cambiando la referencia de comparación hacia otras personas o grupos más favorables

d)variando las contribuciones o compensaciones propias

Dos términos son importantes en esta teoría:

*Sobrecompensación*, que se da en un sistema de pago a destajo y tenderán a aumentar sus contribuciones mejorando la calidad de su desempeño.

*Infracompensación*, donde el trabajador se siente poco pagado y reacciona aumentando la cantidad a costa de la calidad, o disminuyendo el rendimiento en cantidad y calidad.

El principal motivo que influye en la conducta de los individuos será el de maximizar la diferencia entre sus contribuciones y sus retribuciones a favor de estas últimas.

## TEORÍAS DEL ESTABLECIMIENTO DE METAS

Tratan de analizar la relación existente entre las metas conscientemente fijadas y el nivel de ejecución de la tarea.

Las *metas* son el mecanismo por el que los motivos se traducen en acción. Las metas u objetivos hacen referencia a qué busca la persona en su trabajo o qué quiere conseguir en él y por él. En cambio, los motivos dan cuenta de las razones profundas y básicas a la vez por las que los individuos trabajan.

E. Locke. Goal-setting theory.

Las metas tienen las funciones de ser la base de la motivación y de dirigir la conducta. Guían la conducta e influyen positiva y negativamente en el desempeño del trabajo. Las metas que los sujetos persiguen con el desempeño de su tarea son las que determinan el grado de esfuerzo que están dispuestos a emplear y la dirección que seguirán en su acción. Un trabajador se sentirá

satisfecho con su trabajo en función del nivel de consecución de los objetivos que se habían fijado.

Locke llega a una serie de conclusiones acerca de la motivación:

1. El establecimiento explícito de objetivos aumenta el nivel de ejecución.
2. Los objetivos difíciles, si son aceptados, conducen a mejores resultados que los excesivamente fáciles.
3. Si los trabajadores participan en el establecimiento de los objetivos se da un crecimiento de la motivación, puesto que aumenta la implicación, la calidad y cantidad de los resultados.
4. No confundir la aceptación de un objetivo por parte de una persona con su compromiso e implicación en dicho objetivo.
5. Proporcionar información a los trabajadores acerca de su avance hacia los objetivos aumenta la motivación para el logro de la meta final.

Una técnica basada en la Teoría del Establecimiento de Metas es la *Administración por Objetivos*. Recalca el establecimiento participativo de metas tangibles, verificables y mensurables. Trata de convertir los objetivos generales de la organización en objetivos concretos para sus unidades y miembros. Crea una jerarquía de objetivos que vincula los de un nivel con los del siguiente. Aboga por las metas concretas y la retroalimentación, y afirma que las metas deben ser percibidas como asequibles. La APO será más eficaz si los objetivos son lo bastante difíciles para exigir que el empleado ofrezca más de sí mismo.

H. Klein. Teoría del Control.

Trata de desentrañar los mecanismos cognitivos comunes a los numerosos fenómenos que han sido relacionados con la motivación por las anteriores teorías. Crea el modelo de control previo a las teorías. Lo construye a partir de la noción cibernética de retroalimentación. Opina que los sistemas de control humano funcionan como el feedback de las máquinas, excepto que en los seres humanos los fines no están predeterminados y poseen más alternativas de acción.

Este modelo es más que un agregado de teorías, le permite unificar simultáneamente las diversas teorías de control que anteriores autores han elaborado, así como el resto de las teorías de la motivación.

### **Conclusiones de las teorías de proceso**

1. Los individuos se mueven más por anticipación que por privación, se proponen metas y esas metas son la causa de su actuar. El mero establecimiento de objetivos aumenta el rendimiento.
2. Esos objetivos o metas apuntan a situaciones futuras a las que se quiere llegar.
3. Proponerse objetivos significa anticipar objetivos.
4. La consideración de los objetivos dentro del proceso motivacional permite tomar en cuenta las intenciones conscientes del sujeto, así como sus valoraciones.
5. Las teorías de la equidad y de la comparación social nos advierten de la importancia de considerar las acciones en un entorno humano.
6. La introducción de nuevas formas de aprendizaje proporciona una visión dinámica del comportamiento.

### **4.3.3. TEORÍAS COGNITIVAS**

#### TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL

El ambiente afecta al comportamiento a través de los estímulos y respuestas que proporciona. Las personas desarrollan capacidades propias que les permiten conocer el mundo y enfrentarse a él, en buena medida son constructores de su propio aprendizaje. Distintos autores son los que hacen referencia a este tipo de teorías, veremos algunos de ellos:

Tolman.

La conducta está dotada de una orientación finalista que se mantiene hasta alcanzar la meta pretendida. Los individuos tienden a construir mapas

cognitivos, y los estímulos influyen en las respuestas. Se basa en dos postulados:

1. Conducta molar: es la acción con sentido. La intencionalidad de la conducta supone que hechos futuros se anticipan y valoran en un proceso cognitivo en base al cual el desarrollo de la acción se dirige al objeto previsto.
2. El análisis del comportamiento se basa en lo observable e incluye variables intervinientes.

Lewin.

Expresa que cada necesidad crea su propia tensión motivacional y existe una meta correlativa capaz de satisfacer esa necesidad y reducir la tensión. La conducta es una función del espacio vital, compuesto por la persona y su entorno psicológico.

Atkinson.

Define la *motivación* diciendo que la tendencia a ocuparse de una actividad concreta es proporcional a la fuerza de una expectativa de carácter cognitivo, que ha de estar complementada por el valor que se le otorga al resultado.

Bandura. Teoría del Aprendizaje Social.

El funcionamiento psicológico es una interacción recíproca y continua entre los determinantes personales y los ambientales. Hay una causalidad triádica recíproca entre la conducta, los factores personales y cognitivos y el entorno. Los individuos son causas y productos de su medio ambiente.

Tres son los aspectos que rigen el aprendizaje social:

- 1) el desarrollo de la habilidades cognitivas, sociales y conductuales de las personas dentro de un modelo general
- 2) fomentar la confianza de los individuos en sus propias capacidades
- 3) aumentar la motivación de los miembros de la organización a través de un sistema de metas



El aprendizaje más rudimentario se basa en la experiencia directa a través de los resultados de las propias acciones que cumplen tres funciones: dan información, funcionan como incentivos y crean archivos de modos de obrar rutinarios.

Describe tres tipos de aprendizaje según la metodología utilizada:

- a) Aprendizaje por ensayo y error: se obtiene por observaciones de los resultados de las acciones, por las pautas de autorrefuerzo, por la anticipación imaginativa de los resultados y la modificación del entorno inmediato (capacidades autorregulatorias).
- b) Aprendizaje por observación: también llamado aprendizaje vicario. Los niños imitan conductas que previamente han observado en los adultos.
- c) Aprendizaje por modelos: mediante la comunicación social, a través de símbolos permite el pensamiento reflexivo y la creación de imágenes de un futuro deseable.

El ser humano es capaz de actuar para aprender a actuar mejor.

Según Bandura, la *motivación* es la energía que activa y mantiene la conducta. La motivación con bases cognitivas tiene 2 fuentes:

1. la capacidad de representar en el pensamiento consecuencias futuras
2. el establecimiento de metas con la comparación y evaluación que los individuos realizan entre lo que se habían propuesto y lo que verdaderamente han alcanzado

Tanto la expectativa de los resultados posibles como el conocimiento de los resultados reales mejora de desempeño, en el sentido que indica hasta dónde se puede llegar y proporciona información sobre los errores cometidos.

#### **4.4. LA MOTIVACIÓN EN ENFERMERÍA**

Las acciones encaminadas a la coordinación del equipo de salud y en la atención a la persona por su situación de dependencia de cuidados no son visibles en el contexto de la organización. Esta situación lleva a muchas enfermeras a seleccionar de forma prioritaria, las acciones que le son

reconocidas por la organización en su trabajo cotidiano, dejando aquellas acciones más específicas de la atención del cuidado enfermero y que resultan motivadoras para el crecimiento profesional, en manos de las enfermeras que buscan la excelencia y la satisfacción por el trabajo en sí mismo.

Se define a la *motivación*<sup>39</sup> como la predisposición que induce a las personas a trabajar en un determinado sentido. Está fundamentada en los intereses, deseos y aspiraciones de cada una de las personas que trabajan en un determinado grupo y que presentando diferencias individuales, alcanzan un acuerdo por un motivo común, los cuales se llaman elementos motivadores.

La teorías de Maslow y Herzberg afirman que la motivación está en relación con la posibilidad que ofrece el trabajo de cubrir esas necesidades presentes en todos los individuos. La mayoría de las teorías conductuales demuestran que los incentivos o motivadores pueden funcionar directamente relacionados con la realización de una conducta de trabajo adecuado por la que se recibe una compensación motivadora.

Los elementos motivadores que tienen que tener en cuenta las políticas de salud son:

- Estrategias de promoción de los cuidados para la salud
- Conocimiento disciplinar
- Profesionalidad ( sentimiento de pertenencia al grupo )
- Metodología y sistematización de las prestaciones de cuidados ( satisfacción del trabajo bien hecho )

El entorno físico de la organización es un elemento esencial de la imagen del sistema frente a la sociedad y las personas demandan atención, en él la cultura de los cuidados enfermeros es uno de los ejes vitales en los que se sustentan la organización. Los aspectos del cuidado enfermero deberán estar incorporados en la estructura física de la organización.

Los elementos motivadores en el trabajo de las enfermeras son:

- 1) la calidad de la relaciones interpersonales ( con usuarios y colegas )
- 2) la responsabilidad en el trabajo
- 3) la implicación en el conocimiento científico y tecnológico

---

<sup>39</sup>.Mompert, M.P. Durán, M. 2001. Administración y gestión. Enfermería. Enfermería viva. S21. DAE. Madrid.

Estos factores, junto con los de sueldo, horarios y rutina de tareas pueden volverse negativos y ser elementos de desmotivación para el desarrollo profesional. Los sistemas de incremento de retribución para la enfermera están relacionados con su contrato laboral ( trienios, aumentos anuales y nocturnidad o destino del puesto de trabajo), pero no están ligados a criterios de profesionalización o especialización enfermera ( formación, especialidad o titulación superior ) lo que impide a la enfermera la compensación de incentivos por su desarrollo profesional.

La enfermera es ante todo un profesional cercano a la persona y a su familia, es un recurso del sistema y conlleva idea de servicio. La enfermera representa la suplencia y la ayuda de la persona en el cuidado de su salud y responde con calidad científica, técnica y humana a las necesidades de cuidados de las personas. Por lo tanto, la imagen de la enfermera deberá impregnar esta figura de accesibilidad, de respeto humano y de rigor profesional en el entorno de los servicios de salud.

El poder de la enfermera es saber aprovechar las situaciones de riesgo para tomar decisiones sobre la salud de las personas, es proyectar iniciativa y confianza en sí misma y es desarrollar la autoestima para proyectarla en las percepciones sobre las conductas de los demás. El poder enfermero, asentado en la colaboración interdisciplinar y en la toma de decisiones en equipo, potencia el reconocimiento del sistema a la enfermera y enriquece la oferta de cuidados enfermeros en el sistema de salud. El poder está también ligado a la empatía del saber hacer y del saber estar de la enfermera cuando presta atención de salud. El arte de la enfermera y la sabiduría del cuidado de la salud al lado de las personas es un elemento de poder que la enfermera debe potenciar a través del talante humano en las relaciones de atención de salud.

El uso del poder en el puesto de trabajo está directamente relacionado con la motivación y el desarrollo profesional de la enfermera de forma indistinta al cargo o puesto de trabajo que ocupe en la organización. El ámbito de la gestión de los cuidados está relacionado con el nivel de responsabilidad que se le asigne a cada enfermera en la organización, pero el ámbito del uso del poder enfermero es consustancial a cada enfermera en cada situación o nivel de

responsabilidad que se le asigne a través de un puesto de trabajo en la organización.

Hay una serie de factores de desmotivación en el desarrollo profesional de la enfermera, que vamos a pasar a enumerar:

1. Actividad cotidiana de la enfermera en el cuidado de la salud
2. Atención directa al paciente y la familia
3. Factores internos de motivación personal
4. Contacto con situaciones de dolor
5. Relaciones de dependencia de la personas que requieren cuidados
6. Exceso de tareas, consideradas de rutina, en la actividad enfermera
7. Factores externos del entorno de trabajo

Los sistemas de motivación y adaptación son mecanismos de compensación que tiene la persona para encontrar el equilibrio ante situaciones de estrés. Hans Selye define el *estrés* como la respuesta psicológica inespecífica por parte del organismo humano a cualquier demanda sufrida por dicho organismo. Consta de tres fases: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de extenuación. El estrés relacionado con el trabajo y el descontento en él dificultan la motivación laboral de las enfermeras. El *burn-out* es el agotamiento total. Son las manifestaciones de comportamiento que indican una incapacidad de hacer frente a los factores de estrés físicos y emocionales de larga duración. El estrés laboral prolongado produce agotamiento y pérdida de empatía emocional con los pacientes, absentismo excesivo y frecuentes cambios en el puesto de trabajo.

Para afrontar el estrés, es necesario reconocer los factores estresantes, la valoración de los mecanismos de enfrentamiento y la selección de las estrategias. La dirección de enfermería en una organización ha de establecer los perfiles adecuados a los puestos de trabajo y estimular el ascenso en función de la capacitación y el nivel de compromiso de cada enfermera desde su proyecto de crecimiento profesional (por ejemplo, la formación y la investigación ).

La carrera profesional de la enfermera surge a partir de los motivos individuales que llevan a cada enfermera a perfilar sus aspiraciones y a definir

las estrategias para conseguir sus metas. La carrera es una combinación de necesidades personales, valores y talentos que guían las decisiones individuales para el crecimiento y desarrollo profesional.

La carrera profesional se desarrolla en 4 áreas de competencia:

1. Grado de educación universitaria y de posgrado
2. Nivel de experiencia asistencial y en cargos de responsabilidad y elaboración de proyectos
3. Grado de adquisición de habilidades técnicas y de comunicación
4. El tiempo en la profesión

Todas las enfermera en su vida profesional llevan de forma implícita la necesidad de desarrollo y orientación en su ambiente laboral. La necesaria coordinación entre sistema sanitario y sistema educativo deberá permitir diseñar la ordenación profesional de la enfermera en los sistemas de salud y la ordenación académica de los estudios de enfermería, para facilitar y adecuar programas de postgrado e incrementar la capacitación y la evaluación periódica mediante sistemas de acreditación.

#### **4.4.1. OPINIÓN PERSONAL SOBRE LA MOTIVACIÓN**

Muchas son las teorías que versan sobre la motivación y distintas son algunas de sus perspectivas. Unas por un lado, están orientadas a la satisfacción de una serie de necesidades que las personas tienen e intentan cubrir para poder alcanzar una satisfacción, como son Maslow, Herzberg o McClelland entre otros; en cambio, hay otros autores que centran su estudio de la motivación en la fijación de metas y objetivos y en las expectativas de alcanzar estos objetivos para poder satisfacer sus necesidades.

Para nosotras, han sido realmente significativas las teorías de Herzberg, con su teoría bifactorial, y teorías de las expectativas y fijación de metas. Herzberg, refiere dos tipos de necesidades o factores a cubrir en todo trabajo que pueden producir satisfacción o insatisfacción, son las de crecimiento y las de higiene. El segundo factor debe darse para que uno se sienta satisfecho en su trabajo (sueldo, supervisión, etc) es decir, una enfermera se sentirá

satisfecha con su trabajo siempre y cuando tenga un sueldo adecuado, las relaciones con supervisores o superiores sean adecuadas, etc. Pero creemos que enfermería se sentirá más satisfecha con su trabajo si tenemos en cuenta los factores de crecimiento que son los que hacen referencia al trabajo en sí, a conocer el trabajo, las tareas, las implicaciones, etc. Si la enfermera tiene unas responsabilidades explícitas, y una autonomía y un autocontrol de su trabajo se sentirá más a gusto y el rendimiento será mayor, y por tanto, también su motivación.

Vroom, habla de la motivación desde la perspectiva de la fijación de expectativas. Toda enfermera, si tiene unos objetivos marcados en su trabajo diario a los que ha de llegar y conseguir, en el momento que los alcance sentirá una satisfacción. Dedicará un esfuerzo a alcanzar esa expectativa y dará un valor al resultado que alcance. Cuando enfermería alcanza el objetivo de mejorar la salud de una persona crece en su interior un sentimiento de complacencia que hace que se esfuerce nuevamente ante ese reto, esta cadena de acontecimientos motivan continuamente a continuar día a día a pesar del estrés que le pueda proporcionar el trabajo. Dan un gran valor a alcanzar este objetivo.

Merece la pena mencionar, la influencia de otras teorías en el trabajo diario de enfermería, como son el aprendizaje social de Bandura y la teoría de Maslow. Las personas aprendemos la mayoría de actos de realizamos. Enfermería aprende técnicas mediante la observación, o por ensayo y error. También, como toda persona, aprende a comportarse y a saber relacionarse con su entorno. Pero, lo que realmente hace y que quizás no lo aprende tanto, como le sale de la misma persona es la relación con los pacientes y sus familiares, es decir, relación de ayuda, saber comunicarse con una persona enferma, darle apoyo, esperanza, saber sin tener que preguntar cual son sus necesidades, en definitiva “cuidarle” son cualidades que salen de la enfermería, en sí, del rol autónomo de la enfermera, siempre se puede mejorar pero es difícil de adquirir, en cambio toda enfermera lo posee y esto hace que las personas valoren esta profesión y que a nosotras nos hace sentir bien. Nos motiva poder llegar a este nivel.

No podíamos dejar de mencionar por la repercusión que tiene en enfermería, la teoría de Maslow, debido a su influencia en una de las teóricas de enfermería más renombradas en nuestro país como es Virginia Henderson. La teoría de los cinco estamentos de necesidades de Maslow ha influido en la clasificación que Henderson hace de las 14 necesidades de dependencia e independencia que tienen las personas. Se supone, que para poder alcanzar el máximo de autonomía, la persona debe ser independiente en sus necesidades, incluyendo las de realización, comunicación, etc... Maslow también nos dice que para alcanzar la punta de la pirámide de la autorrealización, uno tiene que ir cubriendo otras necesidades inferiores.

Para concluir, creemos que para estar motivadas en nuestro trabajo, la enfermera debe marcarse unos objetivos para poder tener unas expectativas a alcanzar. Si además, sabe cual es su trabajo, lo que implica, cuales son los resultados y como debe hacerlo esto le producirá satisfacción, pero si a este conocimiento se le añade la facultad de la autonomía profesional, es decir, poder aplicar el método científico, en el proceso de atención de enfermería, con sus diagnósticos, objetivos, actividades y evaluación de los resultados, para llegar a alcanzar el cubrimiento de las necesidades de las personas a las que cuidamos, esto producirá una gran satisfacción y motivación en el profesional de enfermería.

## **MARCO APLICADO**

### **5. DISEÑO DEL ESTUDIO**

#### **5.1. JUSTIFICACIÓN**

Hoy el profesional de enfermería es un universitario a gran distancia de aquellas diaconisas de unas décadas atrás, en que sin apenas estudios y, por motivos vocacionales cuidaban a las personas necesitadas practicando las catorce obras de misericordia. Con los estudios evolucionamos y, nos convertimos en miembros competentes de un equipo médico. Como dice F. Collière<sup>40</sup> “los cuidados de los enfermos, totalmente concebidos a partir del rol moral, no se nutren de otras fuentes de conocimiento que no sean las requeridas por las nuevas técnicas de tratamiento de la enfermedad”. En la actualidad, buscamos cambiar este concepto para convertirnos en profesionales capaces de integrar nuestro rol propio, hasta alcanzar la carrera profesional.

Así pues, si creemos en una máxima para la motivación de nuestra profesión debemos creer en ella, debemos interiorizarla para que tenga todo el sentido deseado y, esto tan solo lo conseguiremos a través del propio rol, el rol que nosotros llamamos autónomo.

El objetivo principal es responder del momento existencial de las personas que cuidamos, viendo como asumen los resultados, ayudándoles y

---

<sup>40</sup> Collière M<sup>º</sup>F, Promover la vida . 1ª edición en español. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill/ Interamericana. 1993.



acompañándoles en las diferentes situaciones y procesos de la vida. Si nosotros asumimos nuestras competencias profesionales, (saber, saber hacer, saber ser, saber estar), seguro que el grado de satisfacción de las personas que cuidamos y el nuestro propio servirá de motor para crecer en nuestra profesión.

Es por ello que nos planteamos este trabajo de investigación para verificar la relación entre la práctica del rol autónomo y la motivación de los profesionales de enfermería

## **5.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Los objetivos de nuestra investigación estarán centrados en conocer qué se entiende por rol autónomo y el grado de motivación de los actuales profesionales de enfermería. Los objetivos que nos planteamos son:

### Objetivo general:

- ❖ Conocer si la práctica del rol autónomo de enfermería provoca motivación en el profesional de enfermería

### Objetivos específicos:

- ❖ Identificar otras variables que influyen en la no práctica del rol autónomo
- ❖ Saber si los profesionales de enfermería conocen las competencias de su rol
- ❖ Conocer el grado de satisfacción en el desempeño del rol autónomo
- ❖ Conocer si saben diferenciar entre rol dependiente y rol autónomo
- ❖ Conocer si se adquiere mayor autonomía cuando se desempeña el rol autónomo.
- ❖ Evaluar si la motivación viene unida a los cuidados personalizados y no estandarizados.

### **5.3. HIPÓTESIS**

EL EJERCICIO DEL ROL AUTÓNOMO POR PARTE DE LA ENFERMERÍA  
GENERA MOTIVACIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO.

### **5.4. VARIABLES Y SU CONTROL**

#### **5.4.1. Variable dependiente**

MOTIVACIÓN

#### **5.4.2. Variables independientes**

EJERCICIO DEL ROL AUTÓNOMO

#### **5.4.3. Variables intervinientes**

Personales:

- ❖ Edad
- ❖ Sexo

Socio – familiares

- ❖ Cargas familiares

Formativas

- ❖ Formación de postgrado
- ❖ Carrera profesional

### Institucionales

- ❖ Valores
- ❖ Tipo de organización
- ❖ Modelo de gestión
- ❖ Conocimiento de los valores y misión de la institución

### Socio – laborales

- ❖ Absentismo / bajas
- ❖ Horario / turnos
- ❖ Incentivos
- ❖ Implicación
- ❖ Calidad asistencial
- ❖ Retribución
- ❖ Contratos
- ❖ Estado físico y emocional
- ❖ Trabajo en equipo...
- ❖ Seguridad
- ❖ “Burn – out”

## **5.5. METODOLOGÍA**

La puesta en práctica para la verificación de nuestra hipótesis es un estudio descriptivo transversal trabajando datos tanto cuantitativos como cualitativos a través de un cuestionario.

## **5.6. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se ha elegido diferentes centros para realizar la recogida de datos, sin el objetivo de realizar un estudio comparativo. La población de este estudio son las enfermeras de tres instituciones sanitarias: dos hospitales de tercer nivel: uno público que es el Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, y otro privado que es el Hospital General de Catalunya; y por último un centro socio-sanitario que es el Centro socio-sanitario Monterols. Seguidamente se procede a la descripción de estos tres centros

### **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA VALL D'HEBRON**

El Hospital Universitario de la Vall d'Hebron (HUVH)<sup>41</sup> Actualmente el primer complejo hospitalario de Catalunya. Integrado por cuatro grandes centros: Área General, Área Materno-infantil, Área de Traumatología y Rehabilitación, y la unidad de cirugía sin ingreso del Parque Sanitario Pere Virgili. El HUVH acoge prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas con un total de más de 1400 camas. Así como acoge también a centros docentes universitarias y empresas públicas de servicios sanitarios, centros de investigación, laboratorios.

---

<sup>41</sup> Documento interno de la sesión informativa para los mandos del HUVH junio (2003) (documento incluido en anexos)

El Hospital Universitario de la Vall d'Hebron tiene como personal en plantilla 5826 personas de las cuales 3223 son enfermeras. El estudio se realizara en el área general del HUVH donde hay 1425 enfermeras.

#### LA MISIÓN DEL HUVH

. Vall d'Hebron es una institución sanitaria del sistema público catala comprometido con su finalidad social y con sus objetivos esenciales. Contribuye a la vertebración territorial del sistema des de una visión integral y integrada de los recursos de salud.

. Vall d'Hebron se ha convertido en el primer complejo sanitario de Catalunya y por tanto, de los primeros de España, y uno de los que cuentan de todo el mundo. Vall d'Hebron se ha de dotar en todo momento de la organización que mejor garantice un funcionamiento eficiente y unos servicios de alta calidad.

. Vall d'Hebron también concentra conocimientos científicotécnicos, basados en la experiencia acumulada y en la experiencia profesional. Pero esta condición obliga a mantener la capacidad de innovar de manera continuada potenciar la especialización y a concentrar tecnología y recursos cada vez mas sofisticados.

. La primera y fundamental razón de ser Hospital Universitario Vall d'Hebron es la asistencia a los pacientes y a sus familiares. Vall d'Hebron es un centro donde se atienden la totalidad de los problemas de salud que se originan en su zona de influencia directa y también aquellos que por su complejidad o requerimientos superan la capacidad de otros hospitales.

. En coherencia con el punto anterior el Hospital de la Vall d'Hebron es una plataforma para que la investigación la docencia reviertan de una manera plena en la sociedad.

#### LOS VALORES DEL HUVH

**Expertos:** Ser expertos denota conocimientos y práctica profesional. La experiencia ha de llegar todos los ámbitos: asistencia, docencia, investigación, organización y sistemas, gestión entre otros y ha de culminar en una practica de alta calidad.

**Acogedores:** Es acogedora aquella institución de fácil acceso, que esta al alcance de todos y que da un trato atento en un espacio confortable. La Vall d'Hebron ha de ser accesible a los paciente y familiares, ha de potenciar a los equipos de profesionales abiertos interactivos y de rostro humano. Se trata de desarrollar una organización interna transparente.

**Solidarios:** El Hospital Universitario de la Vall d'Hebron ha de basar su compromiso en la colaboración solidaria entre sus profesionales, con los otros organismos institucionales y con los ciudadanos.

EL objetivo general de HUVH:

Conseguir que la calidad de los servicios que el Hospital de a sus clientes, a los pacientes y a sus familiares, se evalúe de forma sistemática y mejore continuamente. Mejorar la calidad de los medios estructurales, de los procesos asistenciales y de los resultados.

#### OBJETIVOS DE LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA:

- . Elaborar estrategias y líneas de futuro de los servicios clínicos (Vall d'Hebron 2010)
- . Desplegar líneas de coordinación entre áreas asistenciales y servicios clínicos centrales
- . Desarrollar guías y protocolos asistenciales
- . Articular programas de coordinación con atención primaria
- . Desarrollar un nuevo modelo de organización del proceso asistencial en las unidades de hospitalización. En el que se incluye:
  - Mejorar el proceso asistencial en las unidades de hospitalización, de forma que se incremente notablemente su valor en la respuesta asistencial i en la mejora global de el hospital.
  - Diseñar un modelo de gestión, organización “estándar” de las unidades de hospitalización.
  - Dinamizar y capacitar los equipos de profesionales de las unidades de hospitalización en la gestión de procesos.
- . Unificación de archivos: fase III

Para conseguir estos objetivos el Hospital de la Vall d'Hebron esta inmerso en un proceso de modernización basado en una dirección por valores y por proceso, de esta manera poder construir las bases de un hospital que tendrá en cuenta la satisfacción de los pacientes y del desarrollo humano y profesional de las personas.

El 12 de noviembre del 2002 se instaura en el HUVH la carrera profesional, se trata de un nuevo sistema retributivo para los diplomados de enfermería<sup>42</sup>.

El proceso asistencial en que se basa la enfermera del HUVH es en el modelo conceptual de Virginia Henderson . Trabajamos basándonos en las catorce necesidades que esta autora propone.

En Junio del 2003 HUVH pasa a la mayor pasa a la mayor parte de su personal una encuesta con el objetivo de conocer el "Clima Social Hospitalario". El personal no conoce resultado de esta encuesta.

#### HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA

El Hospital General de Catalunya inaugurado el año 1978, se creo como un Hospital privado, de sector terciario que se caracterizaba por ofrecer una medicina de alto nivel, pionera en la medicina europea. Fue el primer Hospital de Europa en obtener la Joint Comision International, acreditación en la que se ha reacreditado recientemente y por la cual todas las áreas trabajan siguiendo los estándares de cualidad.

Desde el año 2001 pertenece al grupo Catalana de Diagnósticos y Cirugía, entidad privada, terciaria, de alto nivel medico y tecnológico. Este grupo forma parte de un grupo empresarial privado que gestiona actualmente más de diecisiete centros sanitarios de toda España.

En la actualidad el Hospital dispone de: 250 camas de hospitalización, 22 camas de UCI, 3 camas en Hospital de Día más 7 en urgencias, 10 incubadoras, 16 consultorios en urgencias y 106 consultorios de Consultas Externas.

---

<sup>42</sup> Adjunto en anexos documento. Carrera profesional personal diplomados de enfermería o otros diplomados.

La plantilla del hospital esta constituida por casi 1000 personas de las cuales 200 son enfermeras.

## LA MISIÓN

El Hospital General de Catalunya quiere ser un hospital General, Privado, Integral, con Calidad, Eficiencia y Rentabilidad Económica.

## OBJETIVOS:

- Ser un Hospital abierto a la práctica totalidad de especialidades, desde la Atención Primaria i la medicina preventiva hasta la Hospitalización compleja o la realización de las técnicas más avanzadas, creando y potenciando una imagen de prestigio.
- Ofrecer una asistencia integral al paciente basada en un trato de excelencia y una infraestructura hotelera de alto nivel.
- Dotarse de los mejores recursos, tanto humanos como tecnológicos, con tal de ofrecer la máxima calidad asistencial. El Hospital quiere potenciar el área de Docencia e Investigación de manera que le permita conseguir una posición pionera dentro del marco de la medicina europea.
- Fomentar el intercambio entre profesionales de las actividades que se desarrollan en el grupo para facilitar la consecución de los objetivos i la continuidad del Hospital.

## MARCO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERÍA DEL HGC

El marco de referencia de la enfermería del HGC se sostiene valorando la integridad del individuo a través de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y planificando los cuidados a través de los diagnósticos de la NANDA.

La valoración inicial se realiza durante las primeras 24h de ingreso del enfermo, al igual que la planificación de los cuidados. Sin embargo, aquí hacemos una diferenciación:



- Es posible hacer una planificación standard según patología, procedimiento,... durante las primeras 24h, y posteriormente , si la enfermera considera, un planificación individualizada.
- O bien, realizar un plan de cuidados individualizado desde un primer momento .

La herramienta que utiliza la enfermería es la informática a través de un programa diseñado para dar soporte exclusivamente a enfermería llamado Gacela. Este programa registra toda la información del paciente, desde la valoración, plan de cuidados, grafica de enfermería, evolutivos de los enfermos, hojas de trabajo diario, mapa de camas con signos de alerta, edades, ocupación...

Lleva funcionando desde 1994 y, a lo largo de este tiempo hasta la actualidad se ha ido perfeccionando y, lo que representó una innovación difícil de incorporar en la mayoría de las enfermeras del hospital hoy, es un instrumento muy integrado que se ha hecho imprescindible para la labor diaria de la enfermería.

### CENTRO SOCIO SANITARIO MONTEROLS

El centro Sociosanitario Monterols pertenece al grupo Pere Mata. Está instalado en la ciudad de Reus, provincia de Tarragona. Su dotación de camas es de 105 de Hospitalización y de 20 plazas de Hospital de Día. Las primeras están distribuidas en 3 plantas, con 35 camas en cada una. La primera planta está dividida en 15 plazas de régimen de convalecencia, 15 plazas de régimen de psicogeriatría y 5 plazas privadas de Larga Estancia. Las otras 70 plazas están ocupadas en dos plantas más por un régimen de Larga Estancia.

Está inscrito al programa de Vida als Anys, por lo que mantiene un concierto con la Generalitat de 100 plazas de Hospitalización y 20 plazas de Hospital de Día.

Su plantilla consta de 68 personas, de las cuales 14 son enfermeras/os. Los objetivos del centro son:

- Clarificar mediante estudios de prevalencia y dependencia funcional la estimación de necesidades y presión asistencial potencial en las unidades según la zona de influencia.
- Mejorar los contactos con la red asistencial de zona, a fin de dar a conocer el recurso (centros de salud, hospitales generales, centros sociosanitarios,...) explicando claramente las funciones, objetivos y canales de acceso (UFISS especialmente)
- Insistir en la necesidad de un seguimiento al alta a corto-medio plazo desde la propia UFISS u otros recursos, siguiendo un protocolo de riesgo (fragilidad) y delimitando volúmenes de pacientes asumibles.
- Recomendar la inclusión de facultativos especializados o con un alto grado de experiencia en psicogeriatría como aglutinadores del equipo pluridisciplinar en hospitalización.
- Facilitar la accesibilidad / dotación de medios técnicos diagnósticos (pruebas complementarias) necesarios para la evaluación correcta de un paciente, el carácter del cual es, frecuentemente, agudo o subagudo.
- Estudiar estándares de calidad, selección / clasificación de pacientes, y protocolos de ingreso / estancia ajustados a las idiosincrasias de los pacientes.
- Valorar la instauración de una estancia media de alrededor de 30 días, tiempo que creemos adecuado para solucionar el problema principal de motivo de ingreso sin que haya detrimento de una actitud rehabilitadora de cara al alta a domicilio.
- En este sentido, interesa centrarse en el carácter funcional de la unidad y en la importancia de facilitar y mejorar la implicación y el ambiente del núcleo familiar durante el periodo post-alta.
- Considerar el Hospital de Día como un buen recurso alternativo en el caso de pacientes que necesiten un seguimiento más estrecho, aunque puedan mantener su actividad en su entorno habitual.
- Determinar mecanismos de actuación para identificar el "pool" de pacientes con criterios de reingreso en estos u otros niveles asistenciales con el objetivo de minimizar este riesgo.

## SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Si la población eran las enfermeras de los tres centros sanitarios citados, nuestra muestra son un número representativo de enfermeras de los mismos, pero damos un trato diferente en el socio-sanitario al de los hospitales. La muestra elegida del sociosanitario, coincide con la población del mismo puesto que son 13 las enfermeras de este centro. Para el muestreo de los hospitales decir que limitamos la muestra a los servicios de hospitalización, unidades de críticos y al servicio de urgencias. Se realiza un tipo de muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Para seleccionar el tamaño de la muestra utilizamos el procedimiento de Calvo (1978) partiendo que es una población finita.

$$N = \frac{N_p}{1 + \frac{(N_p - 1)(p - p_{pob})^2}{Z^2 \cdot p \cdot q}}$$

En total se entregan 150 cuestionarios: 13 en CSS Monterols, 69 en Valle Hebrón y 68 en H. Gral Catalunya. De estos se consiguen 126 cuestionarios cumplimentados, que representan el 84% de los entregados.

### **5.7. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos son: la observación en el campo y los cuestionarios previamente validados.

El medio de distribución de los cuestionarios somos los propios investigadores. Se entrega personalmente. Aunque la introducción del cuestionario ya explica la finalidad del mismo, las investigadoras la reforzamos. También reforzamos mantener el anonimato de los cuestionarios, así como asegurarles que no conlleva ninguna repercusión de ningún tipo. Para asegurar el rigor ético, se recogen los cuestionarios depositándolos los mismos profesionales en un sobre conjunto para todos los cuestionarios cumplimentados.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 INTRODUCCIÓN

Con el objeto de poder validar o refutar nuestra hipótesis “El ejercicio del rol autónomo por parte de la enfermería genera motivación en el lugar de trabajo”. Nos disponemos a realizar una búsqueda bibliográfica donde otros investigadores hubieran trabajado alguno de los temas clave de nuestra investigación: rol **autónomo de enfermería** y **motivación**.

Así con la base del marco conceptual creamos nuestro instrumento de recogida de datos, un **cuestionario** con 72 preguntas, de las cuales 6 preguntas son abiertas y 18 preguntas utilizando la escala de valoración de Líker.

Para la validación del instrumento tendremos en cuenta: la pertinencia, la univocidad y la importancia de cada una de las preguntas. Este instrumento es validado por siete personas las cuales están estrechamente vinculadas a la profesión enfermera desde la docencia, la asistencia, la gestión y la investigación:

Montserrat Teixidor Freixa, Directora EU santa Madrona

Carmen Sanz Penón, DUE, Gestión Hospitalaria en ESADE, D..metodología de evaluación y mejora de la calidad en UAB.

Montse Comellas Oliva, DUE, Master en Administración y Gestión en UB Enfermera responsable de Calidad del HGC, survey de calidad de la FAD.

Carme Farré Guerrero, Directora de Enfermeria del Hospital General de Catalunya.

Angeles Barba , DUE, Servicio de Pneumologia del HUVH de BCN

Isabel Bedmer, DUE, es asistencial en el centro sociosanitario Monterols  
Alba Riera, DUE, Supervisora de UCI del HUVH de BCN.

Una vez realizado el proceso de validación y haciendo las modificaciones pertinentes, cuestionario "ad hoc", pasamos a la distribución de los cuestionarios por tres centros: Centro socio sanitario de Tarragona, Hospital General de Catalunya y Hospital Universitario de la Vall d'Hebron de Barcelona. Se inicia la distribución del cuestionario en enero del 2004, se hace de manera personal, somos los propios investigadores los que las distribuimos y las recogemos. Todas las encuestas en la primera página tienen la hipótesis y un breve comentario del objeto de dicha investigación, así como el agradecimiento a la colaboración a las enfermeras/os de los tres centros. También puede leerse el nombre de los investigadores y de los tutores. Se reparten 150 cuestionarios de los cuales obtenemos correctamente cumplimentados 126.

. Para el análisis de estos resultados utilizamos el programa estadístico S.P.S.S. 11.0, y de su explotación los datos de nuestro interés son: porcentajes, medias, comparación t student, correlación de Pearson para el análisis cuantitativo,  $\chi^2$  para el análisis cualitativo. Utilizamos un nivel de confianza de 95% y una significación del 0,05.

Expresamos los datos a través de tablas y gráficos utilizando el programa Word.

Este cuestionario trata de analizar si el desarrollo del rol autónomo fomenta la motivación en el puesto de trabajo de las enfermeras. Las razones del estudio son pues observar las diferentes variables que hacen que las enfermeras estén más o menos motivadas

## 6.2 ANALISIS DESCRIPTIVO

La **edad** de la muestra de profesionales de enfermería se sitúa entorno a los 34,06 años de media, siendo la máxima de 60 años, y la mínima de 21 años, lo cual nos indica que la amplitud de la muestra abarca casi la totalidad de la vida laboral. Volviendo a la media y conociendo que la desviación típica es de 9,9, decir que estamos ante una muestra relativamente joven.

El **género** se distribuye en un 81,7% femenino y el resto en un 18,3% masculino. Como puede observarse se mantiene la predominancia femenina en este sector.

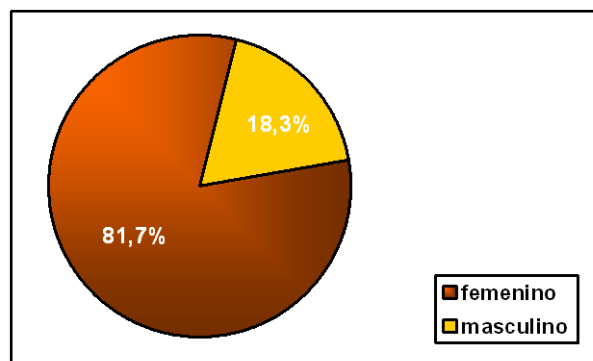


Gráfico 1 distribución del género

La **situación familiar** de los profesionales de enfermería la mostramos en este gráfico en números absolutos de toda la muestra. Así viven en pareja 77 profesionales, que representan el doble de los que viven solos, 38 viven solos y 27 tienen personas a su cargo que representan el 21,8%.

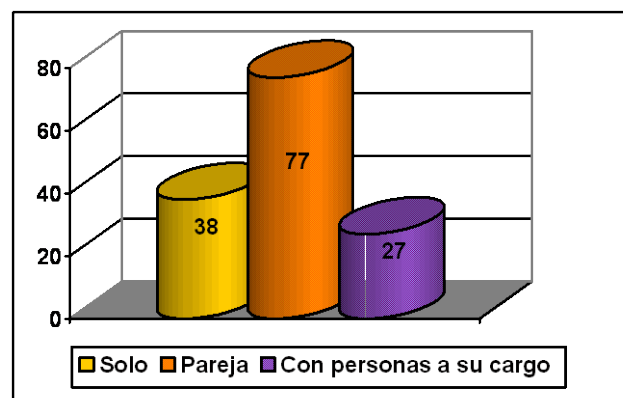
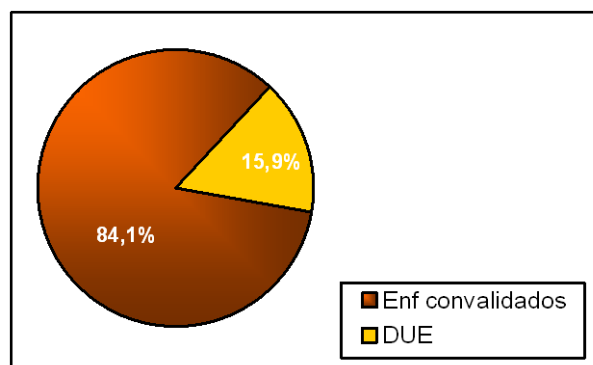


Gráfico 2 distribución de la situación familiar

## **Variables profesionales**

---

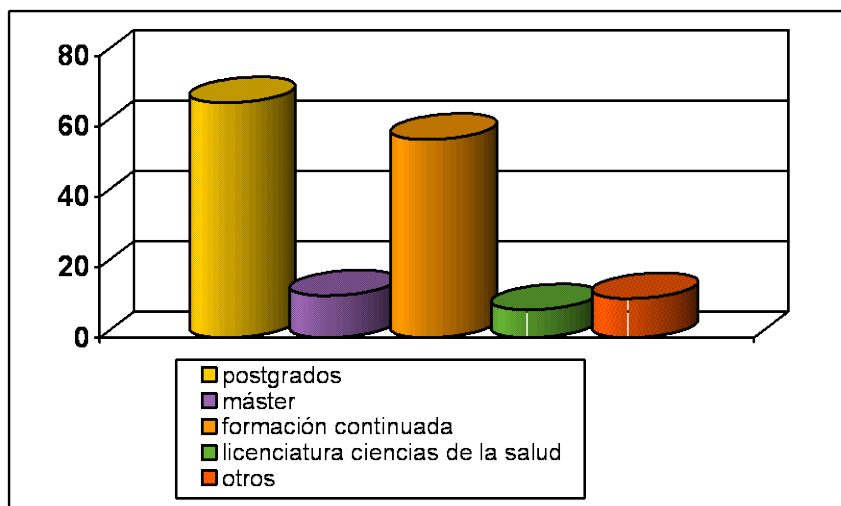
La **titulación académica** de los 126 encuestados nos encontramos con una población de profesionales que han convalidado el título de un 15,9% y un 84,1% de diplomados en enfermería. A destacar que, en la muestra obtenida, no se ha detectado ningún ayudante técnico sanitario.



**Gráfico 3** distribución de la titulación académica

La media del **año de titulación** de los encuestados está situada en el año 1992, abarcando el 70% de la muestra su titulación después de los 90. Siendo la persona con más años de titulación académica del año 1966, y la más reciente del año 2003, concentrándose toda la muestra en 37 años, entre los cuales han habido cambios académicos dentro de la profesión.

La **formación realizada postbásica de enfermería** se subdivide en 5 apartado: el primero son los cursos postgrados de los cuales un 66,7% de la muestra ha realizado alguno durante su carrera profesional, un 11,9% ha realizado algún máster, el 56,3% ha realizado formación continuada, el 7,9% ha realizado la licenciatura en ciencias de la salud, y un 11,1% ha cursado algún otro tipo de formación no relacionada con la profesión, como por ejemplo podología, psicología y antropología.



**Gráfico 4 distribución de la formación de postgrado**

De un total de 126 encuestados. Los **años de experiencia** están comprendidos entre 2 meses y 38 años. La media se sitúa en los 11 años, consideramos que la muestra obtenida en nuestro estudio refleja un nivel de experiencia considerable.



## La carrera profesional

CARRERA PROFESIONAL	SÍ	NO
1. Centro contempla carrera profesional	54,4	45,6
2. Asistencia congresos, jornadas (5 años)	83,2	16,8
3. Publicaciones y comunicaciones (5 años)	31,2	68,8
4. Colaboración actividad docente	46	54

Tabla 1

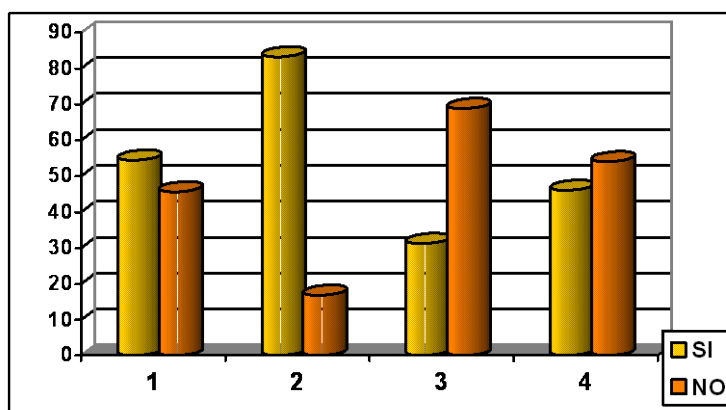


Gráfico 5 distribución de la carrera profesional

Se puede observar que hay una fuerte implicación de este colectivo para la asistencia a congresos, jornadas, talleres...

El 46% de los profesionales encuestados participa en actividad docente, de los cuales 22 personas forman a los estudiantes de enfermería, ya sea en las unidades hospitalarias como en las escuelas; 7 personas realizan formación continuada, 2 personas participan en cursos de auxiliares, 2 como formadores de postgrados y 1 en psicoterapia.

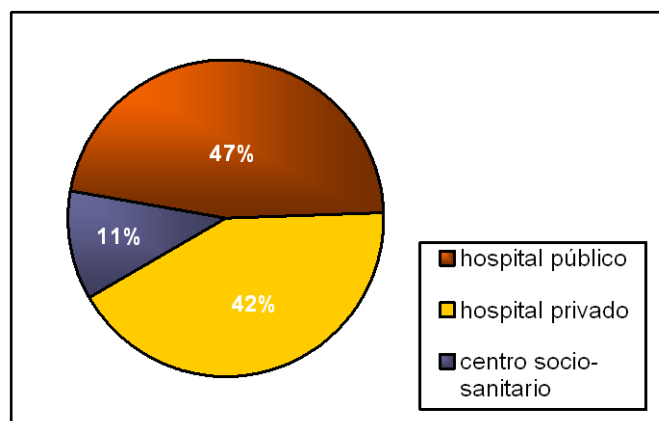
De las 58 personas que han contestado afirmativamente a la pregunta, sólo han especificado en qué actividad docente 34 de las mismas.

Sin embargo la presentación de comunicaciones y/o publicaciones en el campo de la enfermería es relativamente baja, observándose un 31,2%. Aunque valorándolo de forma aislada este porcentaje es más que aceptable dada la poca tradición en el campo de la investigación de enfermería.

Actualmente, el único centro que contempla la carrera profesional es el Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, que supone casi la mitad de nuestra

muestra traduciéndose en el gráfico. Hay que mencionar que la contemplación de la carrera profesional es un hecho muy reciente.

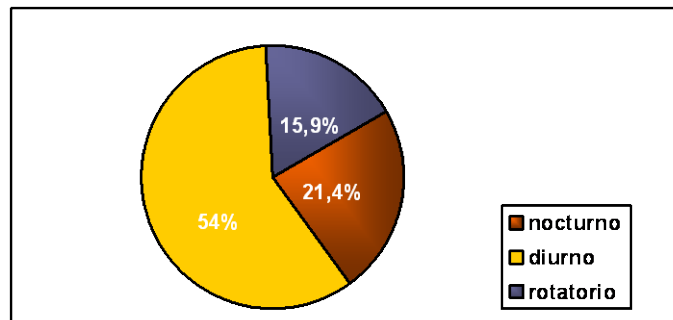
El **tipo de organización** que hemos escogido para la realización de esta investigación son 3 centros: 2 hospitales de tercer nivel, uno público y otro privado, y un centro socio-sanitario. Perteneciendo el 46,8% al hospital público, el 42,1% al privado y el 11,1% al centro socio-sanitario.



**Gráfico 6 distribución del tipo de organización**

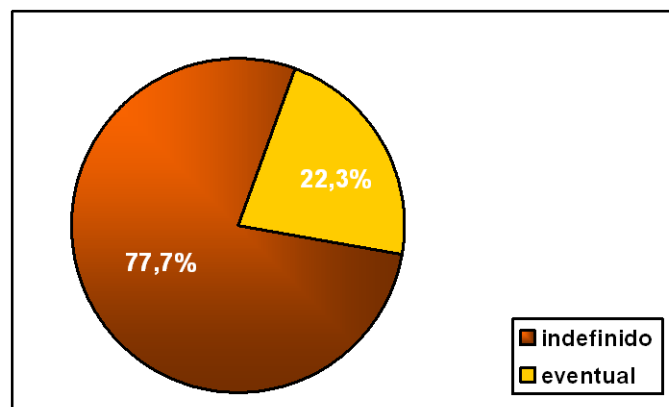
Hemos agrupado los diferentes **horarios de trabajo** en diurnos, nocturnos y rotatorios, obteniendo los siguientes resultados: el grupo más numeroso con un 54% el turno diurno, con un 21,4% turno nocturno y turno rotatorio, variable un 15,9%. De las 126 personas, 7 casos se encuentran en otra situación de turno: 4 cubriendo reducción de jornada, 2 realizando días sueltos y 1 a turno partido.

Esta muestra no es significativa debido a que coincide con los horarios laborales de los investigadores. Aún sabiendo que la población diurna de enfermeras es superior a la nocturna en los centros estudiados.



**Gráfico 7 distribución de los horarios de trabajo**

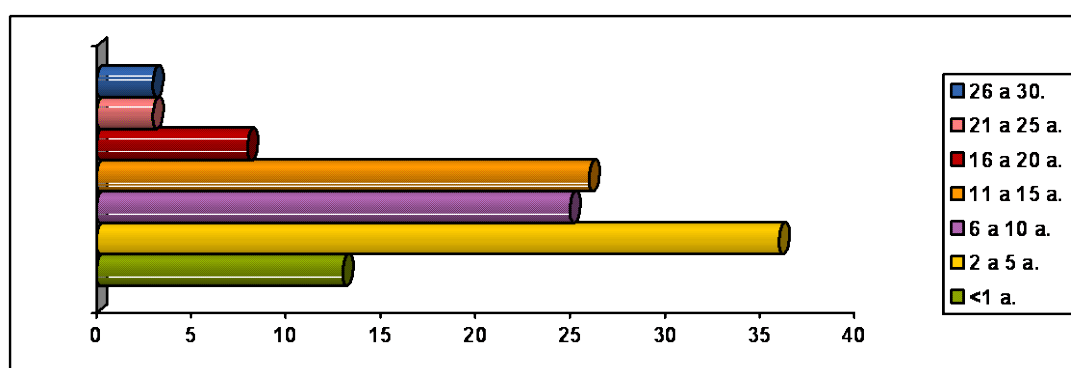
La **situación contractual** se ha dividido en dos grandes grupos: contratos indefinidos y contratos eventuales. De los resultados obtenidos podemos decir que el 77,7% son contratos fijos y el 22,3% son contratos eventuales. Un 7,1% de los indefinidos están en reducción de jornada, mientras que el 6,3% están contratados a tiempo parcial. Entre los contratos eventuales, un 4% son contratos en prácticas y un 4% de interinajes. De ello se puede deducir que de la población estudiada hay mayor estabilidad contractual.



**Gráfico 8 distribución de la situación contractual**

Para nuestra investigación nos hemos centrado en tres grandes **áreas de trabajo**: hospitalización, críticos y urgencias, obteniendo respuestas procedentes de hospitalización 64, de críticos 58 y de urgencias 4 enfermeras.

La **antigüedad en un mismo servicio** oscila entre los 2 meses y los 29 años, siendo la media de 8,05 años y la desviación típica de 6,8 años



**Gráfico 9** distribución de la antigüedad en un mismo servicio

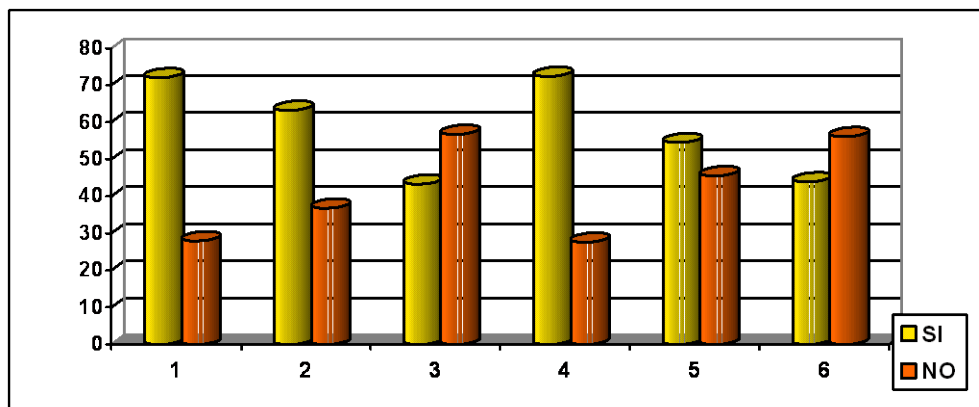
Para valorar la **identificación** que el personal de enfermería tenía con relación a su centro de trabajo, agrupamos 6 cuestiones que vemos en la tabla 2. A través de estos ítems observamos que el personal de enfermería conoce la misión, los valores y el modelo que prevalece en su centro. Pero a pesar de ello llama la atención que el nivel de identificación con la institución en comparación al resto de ítems es menor, un 43,3%, teniendo en cuenta que un 77,7% es personal indefinido.

Observamos que la información tanto institucional: **misión y valores**; como la específica de enfermería: **modelo**, se establece en unos porcentajes semejantes.

En los tres centros donde realizamos la investigación **existe un instrumento de recogida de datos** y observamos que tan solo un 54,5% de los encuestados **la conocen** y de estos **la utilizan** un 43,9%.

CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN		sí	no
1.	Conoces la misión de tu institución	72	28
2.	Conoces los valores de tu institución	63,2	36,8
3.	Te sientes identificado con la institución	43,3	56,7
4.	Conoces el modelo de enfermería	72,4	27,6
5.	Dispones de instrumentos para la recogida de datos	54,5	45,5
6.	Lo utilizas en tu trabajo diario	43,9	56,1

**Tabla 2**



**Gráfico 10** distribución de la situación familiar

## **Variables del rol autónomo de enfermería**

Para valorar el **rol autónomo de enfermería** se han hecho preguntas directas donde la respuesta se ceñía al sí y al no.

Obtenemos un 96,8% de profesionales que **conoce el rol autónomo** de enfermería. Esto nos da a entender que los profesionales de enfermería conocen perfectamente cual son sus funciones.

A destacar que la opinión del 100% de los encuestados coincide en afirmar que es imprescindible una **base teórica** para desarrollar el rol autónomo.

A pesar de que sólo un 25,8% de ellos afirman que sus instituciones valoran el rol autónomo, un 73,7% asume esa **responsabilidad** al mismo nivel que el rol dependiente.

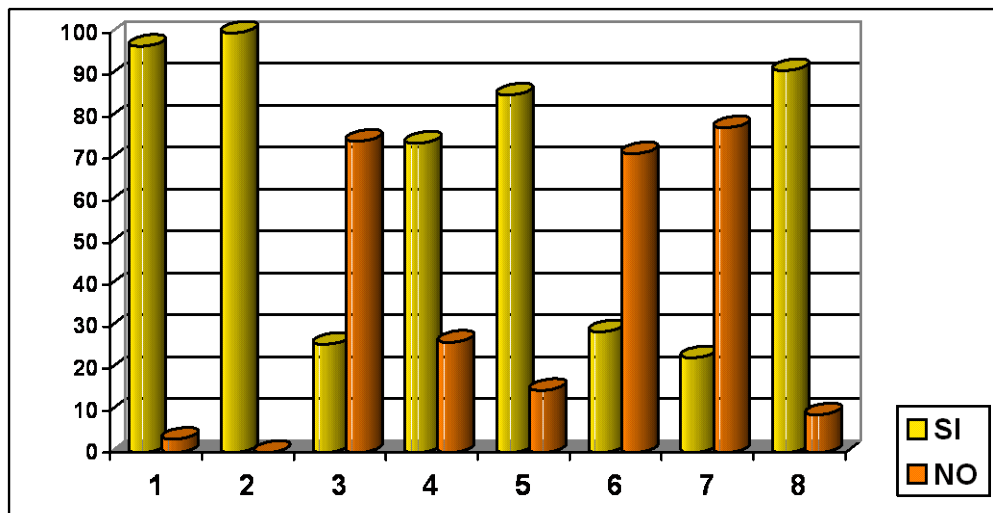
Se observa que los **protocolos** son una herramienta esencial para el desarrollo del ejercicio profesional y un 85,2% lo utilizan.

Es importante señalar la escasa realización de **sesiones clínicas de enfermería y con el equipo multidisciplinar**, posiblemente por la falta de hábito que hay tanto en la institución como en el propio profesional priorizando siempre la atención directa al paciente.

A pesar de los inconvenientes, déficits que conlleva la profesión: Horarios, turnos, remuneración, reconocimiento, etc un 91% de los profesionales se siente **orgulloso de ser enfermera/o** y lo consideramos como un valor a destacar.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>		<b>sí</b>	<b>no</b>
1.	Conoces tu rol autónomo	96,8	3,2
2.	Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	0
3.	Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	25,8	74,2
4.	Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	73,7	26,3
5.	Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	85,2	14,8
6.	Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	28,8	71,2
7.	Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	22,6	77,4
8.	Te sientes orgulloso/a de tu profesión	91	9

**Tabla 3**

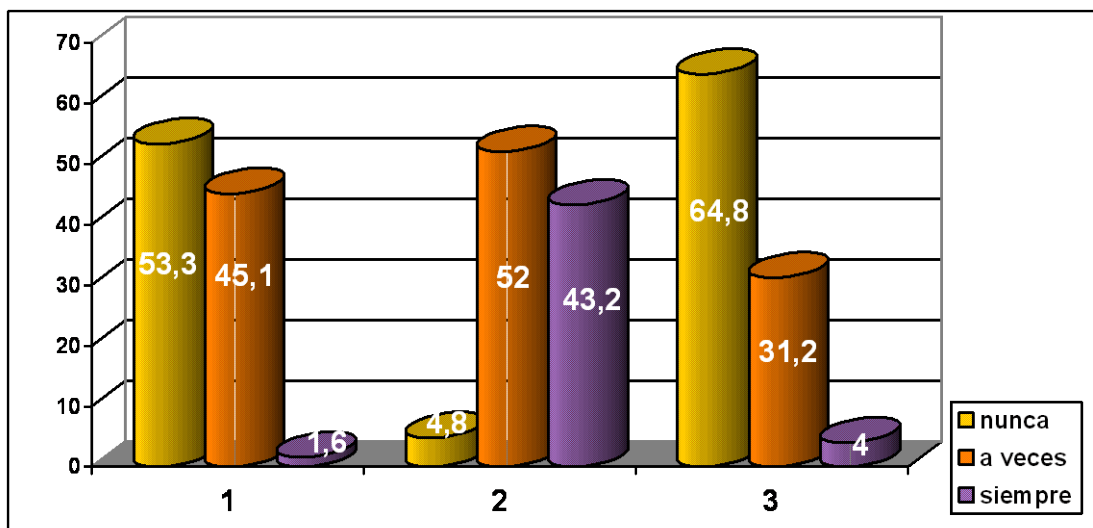


**Gráfico 11** distribución de la situación del rol de enfermería

La participación del personal de enfermería en sesiones tanto de equipo multidisciplinario como de enfermería es escasa. Tan solo un 1,6% asiste siempre a sesiones de enfermería y un 4% a sesiones multidisciplinarias. Más de la mitad de los encuestados nunca participan en ninguna de estas sesiones. A pesar de esta escasa participación, sólo alrededor del 5%, nunca busca soluciones en equipo.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>nunca</b>	<b>a veces</b>	<b>siempre</b>
1. Participas en sesiones de enfermería	53,3	45,1	1,6
2. Buscas soluciones a los problemas de los pacientes conjuntamente con otros miembros del equipo multidisciplinar	4,8	52	43,2
3. Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	64,8	31,2	4

**Tabla 4**



**Gráfico 12** distribución de la participación del personal de enfermería en sesiones



En cuanto a la **valoración inicial del paciente** se puede observar que un 95,3% de los profesionales la formalizan, siendo un 18,3% quienes la realizan en ocasiones y un 77% siempre. Los profesionales de enfermería **planifican los cuidados** en un 87,3% siendo un 50,8% quienes la realizan siempre y un 36,5% quienes la realizan a veces.

Un 73,6% realizan la **evaluación del cumplimiento de los objetivos**, de éstos un 32,8% lo hacen siempre, mientras que un 40,8% lo hacen ocasionalmente.

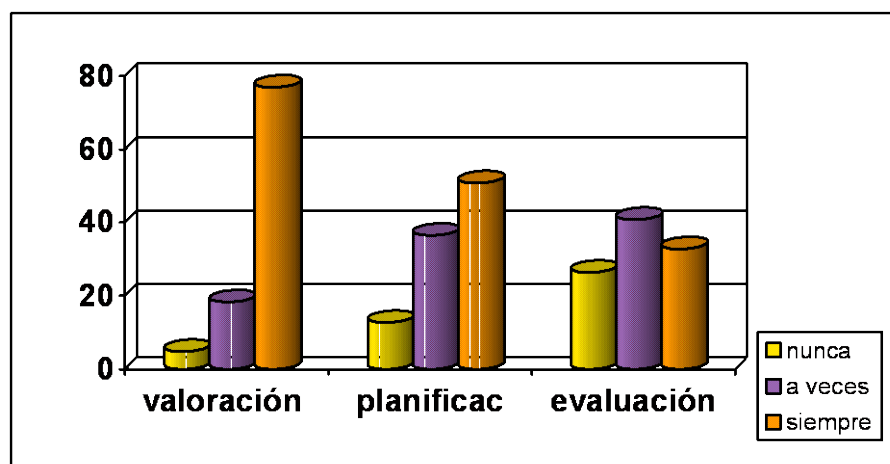


Gráfico 13 nivel de cumplimiento de valoración, planificación y evaluación

Con relación a los **registros sobre valoración, planificación y evaluación** de los cuidados, se puede observar unos porcentajes más bajos que el de los cumplimientos: el registro de valoración inicial se hace en un 91,2%, el registro de la planificación un 84% y el registro de la evaluación de objetivos un 67,4% hacen siempre, mientras que un 40,8% lo hacen ocasionalmente.

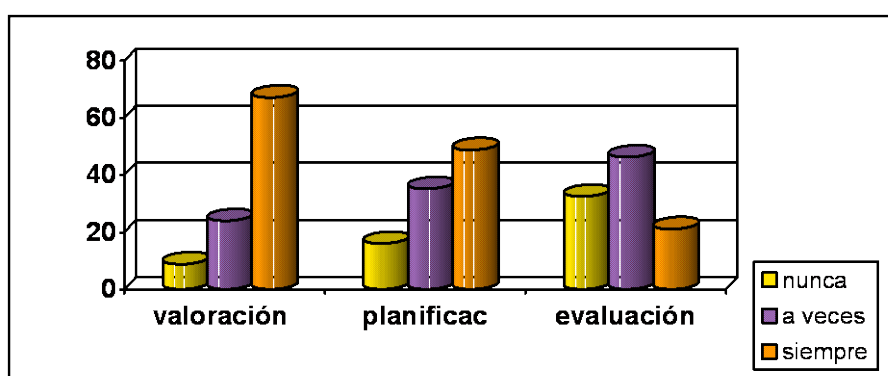
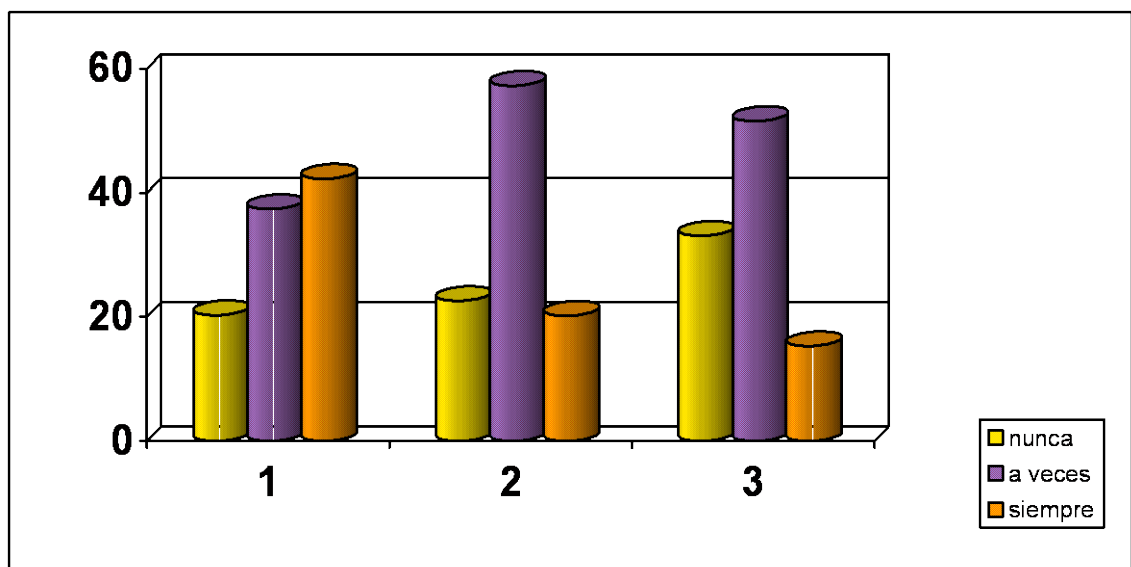


Gráfico 14 nivel de registro de valoración, planificación y evaluación

En función de **la realización y registro de una valoración inicial al ingreso, una planificación de lo cuidados de enfermería y una evaluación** en el cumplimiento de los objetivos se derivan unas acciones que son: la toma de medidas en función de la evaluación realizada practicándose en un 79,7%, el pacto de objetivos de los cuidados con el paciente en un 77,5% y una programación de espacios de educación paciente – familia en un 66,9%, viéndose una gran participación del paciente y la familia en sus cuidados.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>nunca</b>	<b>a veces</b>	<b>siempre</b>
1. Tomas medidas en función de esta evaluación	20,3	37,4	42,3
2. Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	22,6	57,3	20,2
3. Programas espacios de educación para el paciente y familia	33,1	51,6	15,3

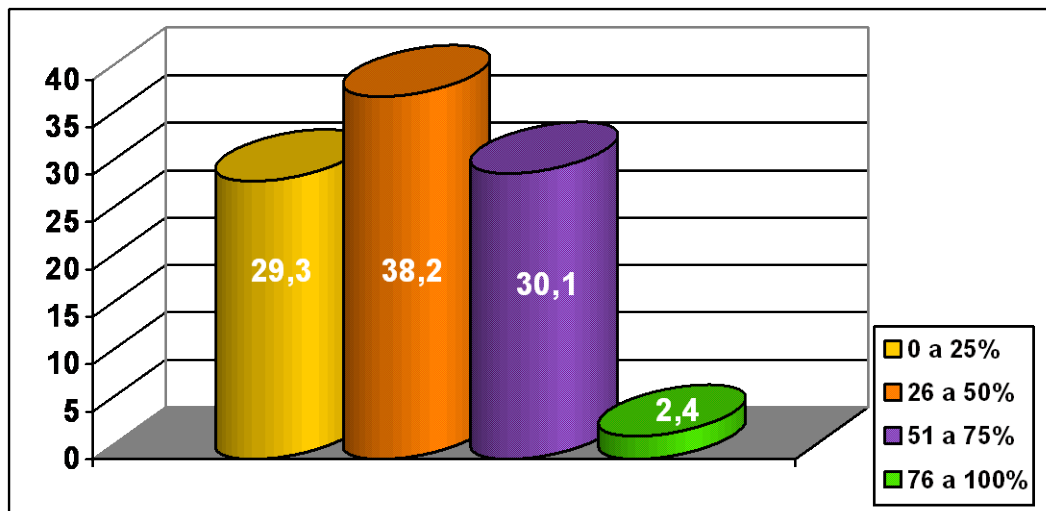
**Tabla 5**



**Gráfico15 acciones derivadas de la valoración, planificación y evaluación de los cuidados**

Un 67,5% de los profesionales dedican menos del 50% **de su tiempo de trabajo a la realización del rol autónomo** y un 32,5% le dedican entre un 51% y un 100%.

Analizando estas cifras se puede observar que aún existe un abismo entre la importancia que se da en las escuelas del rol autónomo y la realidad práctica. También sería importante analizar cuál sería la causa de esta situación y si esto dependiese de la institución o de los propios profesionales.



**Gráfico 16** práctica diaria dedicada al rol autónomo

## **Variables de motivación**

---

El nivel de motivación profesional en cuanto al ejercicio del rol autónomo en una escala cuantitativa del 1 al 10, siendo el 1 el más bajo y el 10 el más alto, la media se sitúa en el 6,75, con una desviación típica del 1,9 estableciéndose una moda que oscila entre el 7 y el 8.

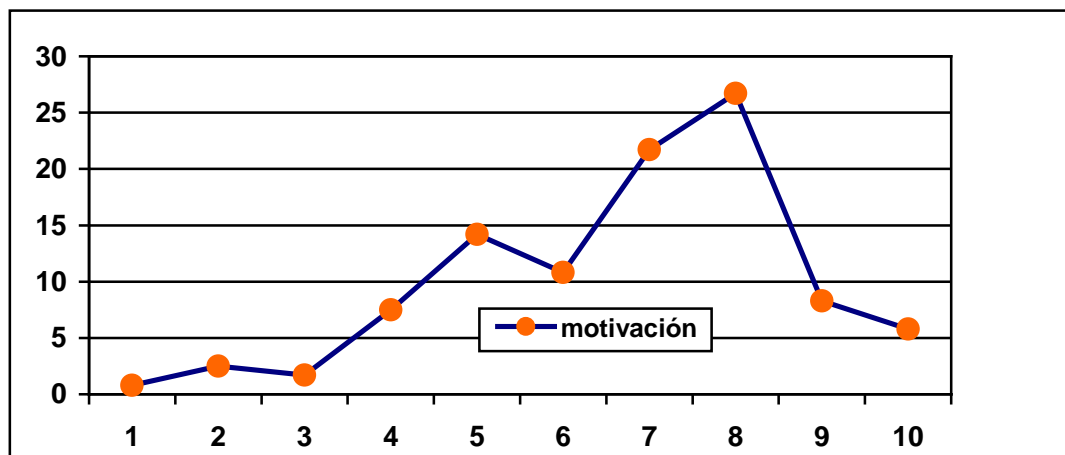


Gráfico 17 nivel de motivación profesional en cuanto al ejercicio del rol autónomo

## **MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA**

En tener un empleo seguro podemos encontrar que a un 79,3% le motiva bastante o mucho, mientras que un 20,6% no le motiva o le motiva poco.

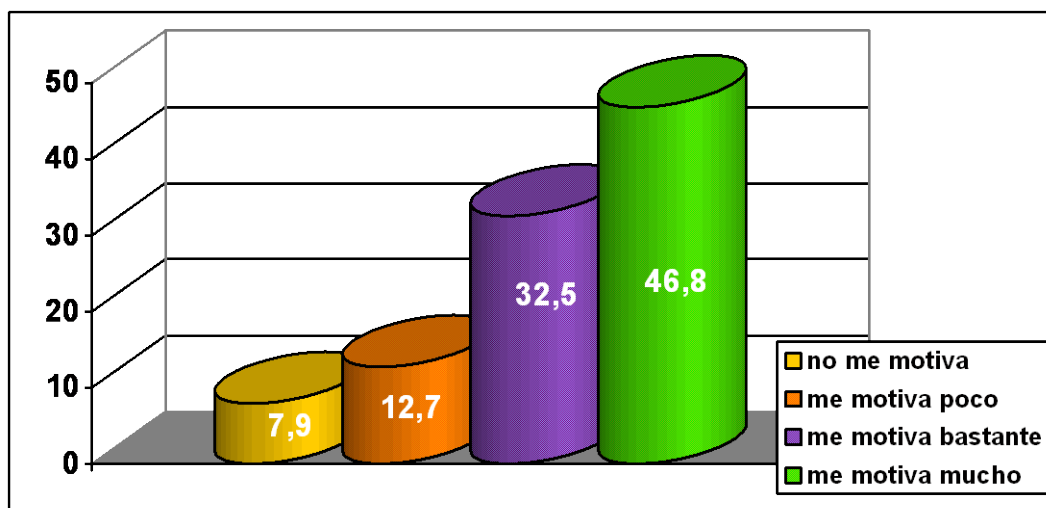


Gráfico 18 empleo seguro

**Ganar máximo dinero posible** un 54% considera entre mucho y bastante motivador, y un 46% considera entre poco y nada motivador por encima de otros conceptos. En los resultados obtenidos no se detecta una diferencia significativa.

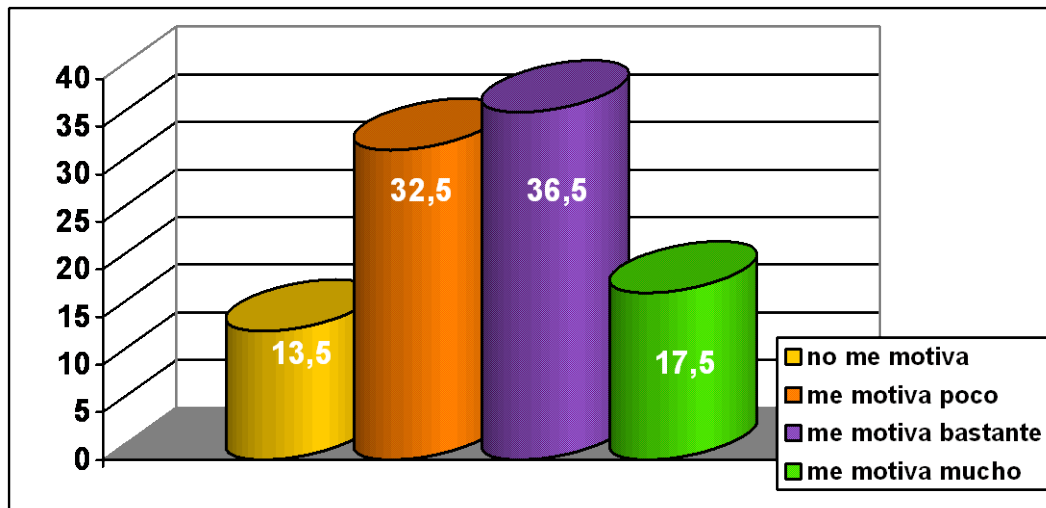


Gráfico 19 ganar máximo dinero

**Tener promoción profesional** supone para un 47,2% una motivación elevada en comparación al 3,2% que no le motiva en absoluto.

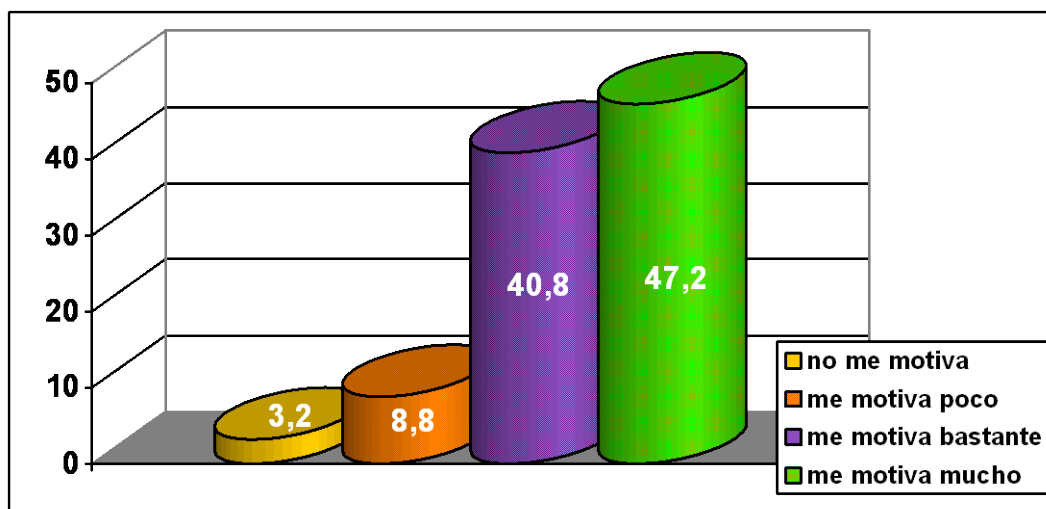


Gráfico 20 promoción profesional

La **elección del servicio en el lugar de trabajo** no supone o poca motivación en un 9,5% en cambio para el 90,5% de la muestra se siente motivado ante la elección.

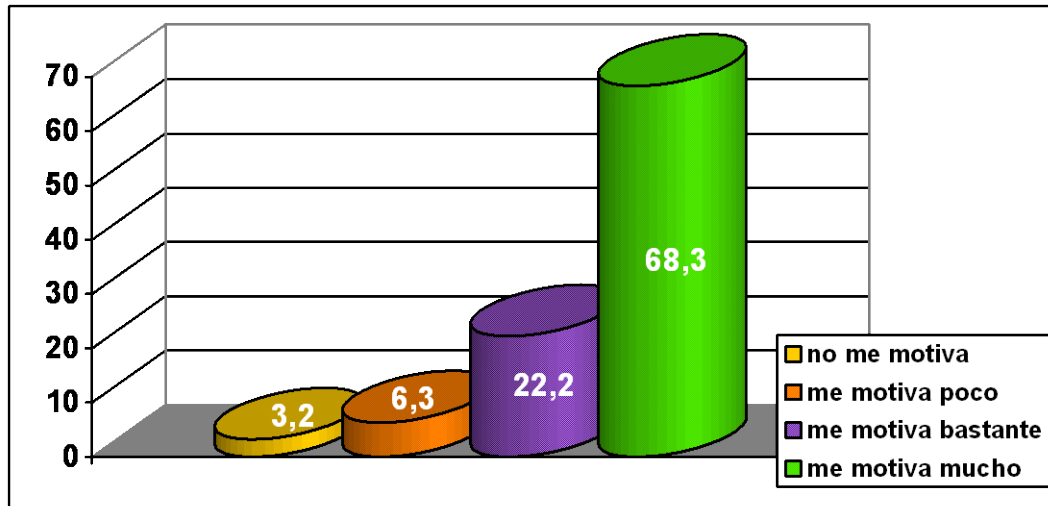


Gráfico 21 elección del servicio

Tener **reconocimiento de la calidad del trabajo profesional** supone un alto nivel de motivación al 73% de la muestra, mientras que a ninguno de los encuestados consideró este ítem como no motivador.

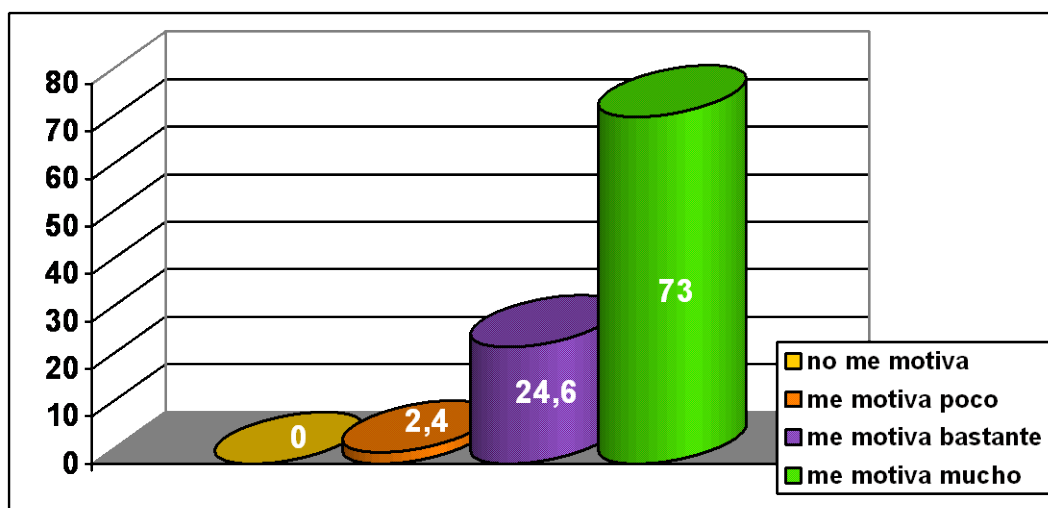
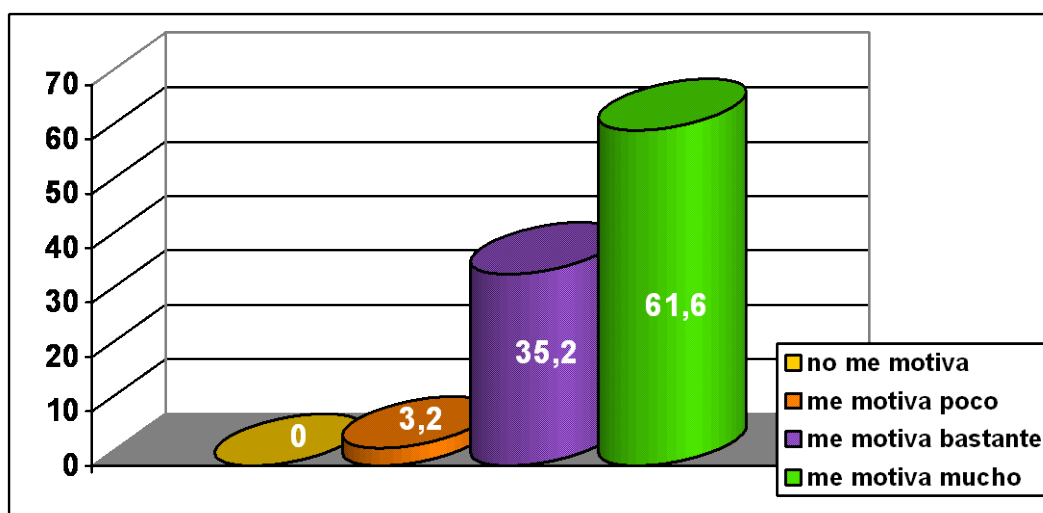


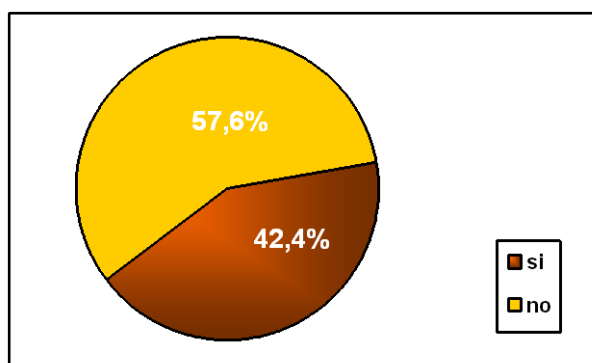
Gráfico 22 reconocimiento de la calidad del trabajo

**Motivación al disponer de autonomía en el desarrollo de la profesión** en el 96,8% de profesionales les motiva mucho o bastante el hecho de poder tener autonomía, mientras que, al 3,2% le motiva poco.



**Gráfico 23** motiva disponer autonomía en el desarrollo profesional

Ante la pregunta de **tener suficiente autonomía para el desarrollo del trabajo profesional**, un 42,4% ha respondido que sí, sobre un 57,6% que ha respondido que no.



**Gráfico 24** tener autonomía en el desarrollo profesional

El 90,2% de los profesionales **se sienten motivados cuando su superior les hace partícipe de proyectos futuros**, a tan sólo el 9,8% no les motiva dicha participación.

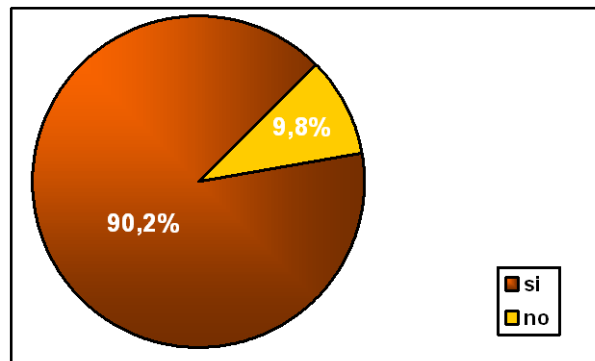


Gráfico 25 motivación en proyectos futuros

El 49,6% de los profesionales afirman que se les permite **realizar su trabajo con suficiente autonomía** por parte de su **superior**, y un 58,1% por parte de los **miembros de su equipo**. Sólo el 4% de los encuestados refieren no poder realizar su rol con autonomía ya sea por su superior como por los miembros del equipo.

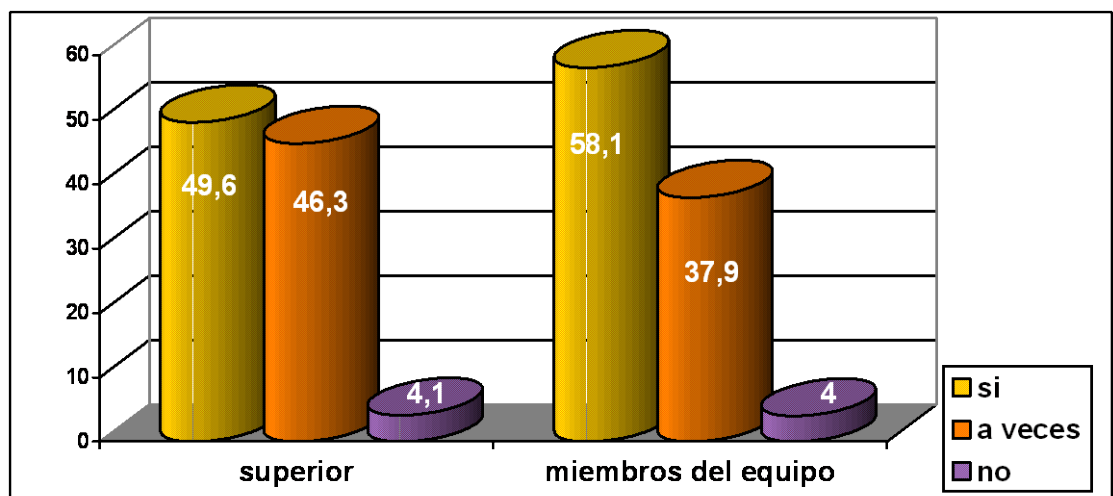
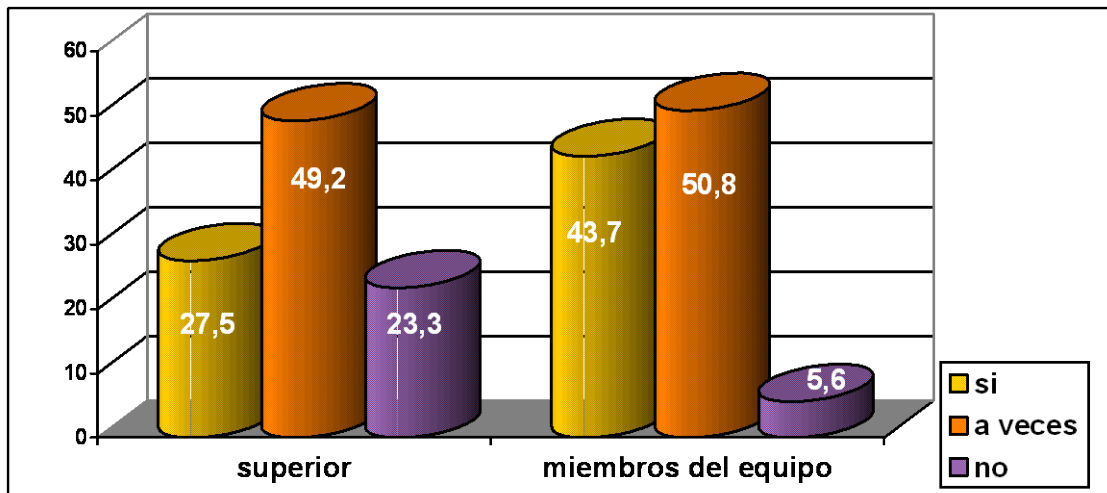


Gráfico 26 autonomía en el rol



**El reconocimiento por parte del superior y los miembros del equipo** no siempre se percibe. Un 23,3% creen que su superior no les valora y un 49,2% son valorados en ocasiones. Por el resto del equipo hay una mayor aceptación, el 50,8% se sienten valorados a veces, y el 43,7% siempre.



**Gráfico 27 valoración de aportaciones**

## MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

El 96,8% de la muestra creen estar **motivados por ejercer la profesión en el puesto de trabajo interesante por su contenido o valor**. Tan sólo el 3,2% no lo cree así.

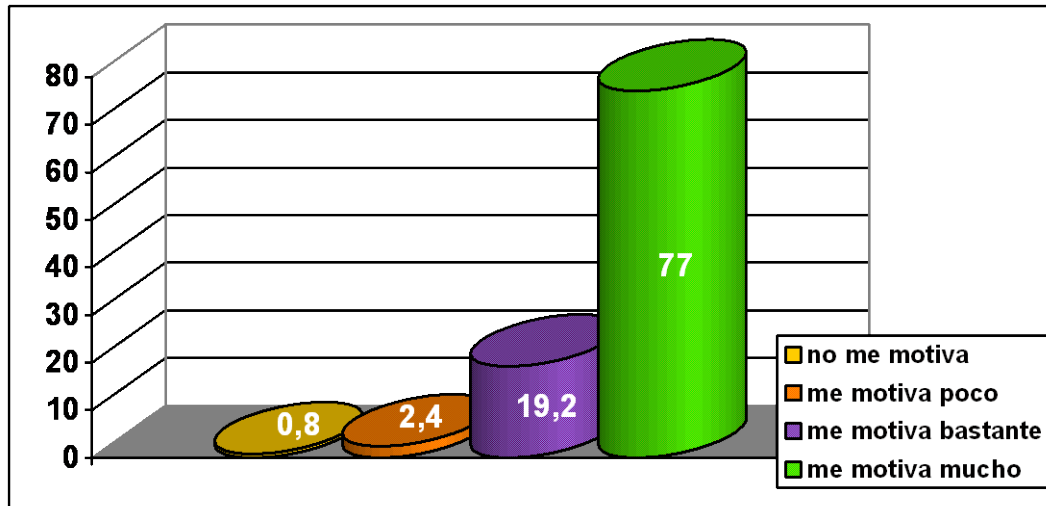


Gráfico 28 motivación por ejercer la profesión en un servicio interesante

Un 98,4% de los profesionales dan importancia a **la formación para mejorar su desarrollo profesional**. Nadie cree que la formación no sea importante para su profesión. Esto podría indicar la importancia de la formación continuada en este colectivo.

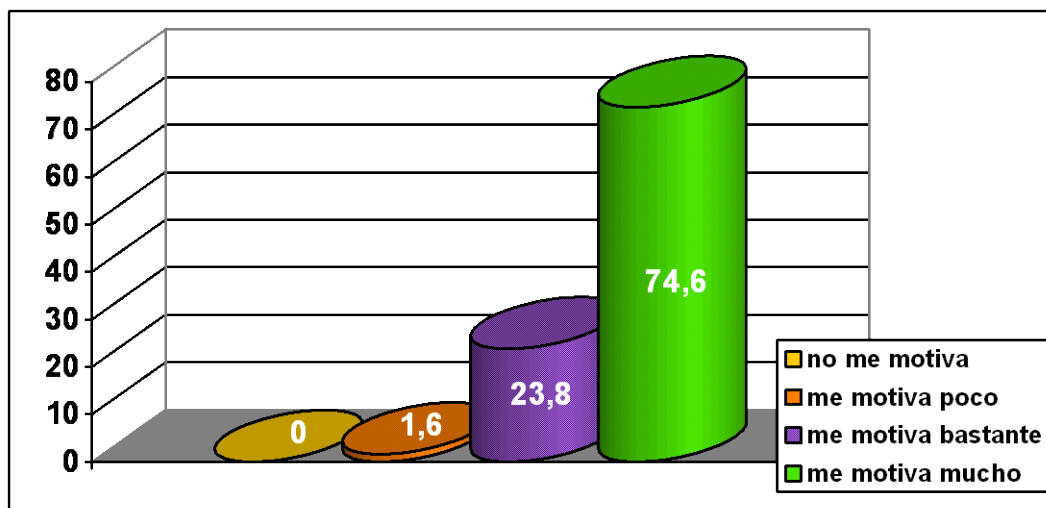


Gráfico 29 formación para mejorar el desarrollo profesional

Referente a la **motivación en el trabajo diario**, un 88,8% creen que realmente es motivador el tipo de trabajo que deben realizar. No hay que despreciar el 11,2% de profesionales que se consideran no o poco motivados en su trabajo diario.

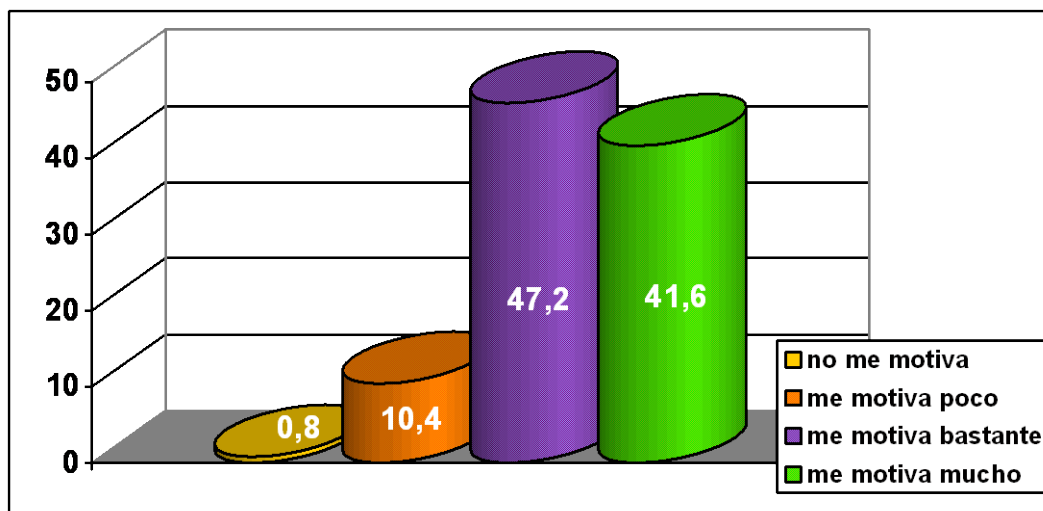


Gráfico 30 motivación en el trabajo diario

El 96% de la muestra opina que les motiva **tener responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con la profesión**, tan solo el 4% de los mismos afirman que les motiva poco dicha responsabilidad.

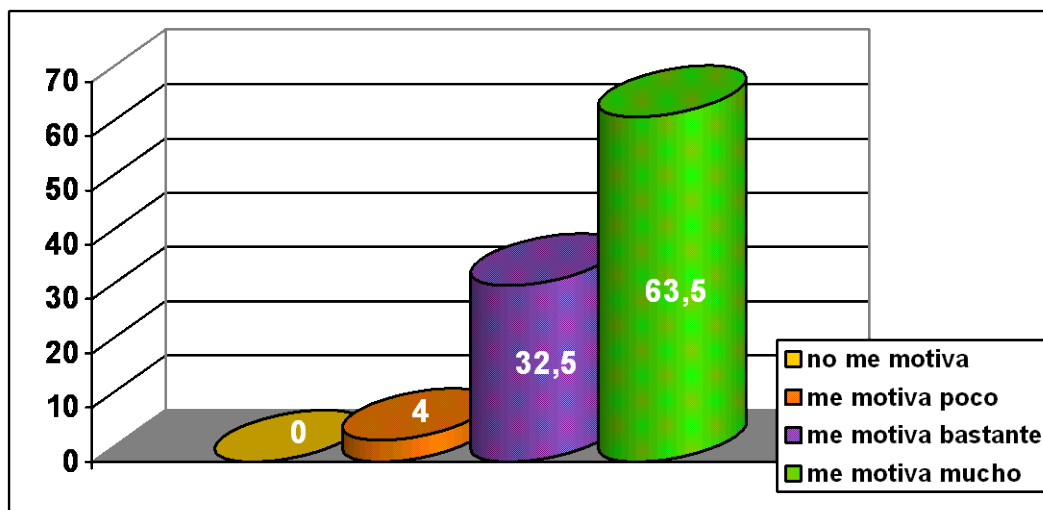
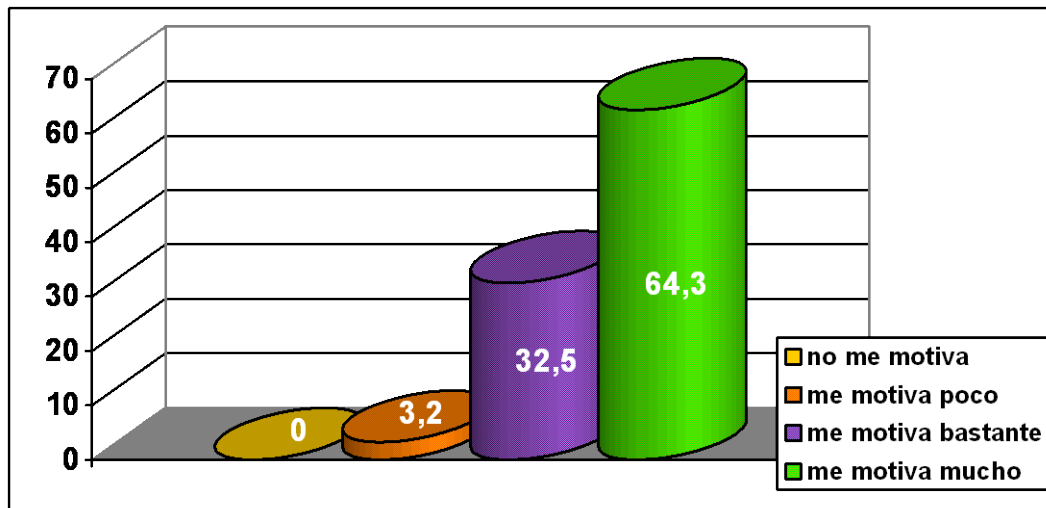


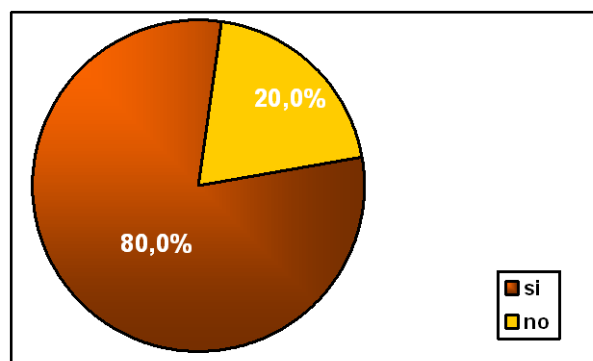
Gráfico 31 responsabilidad en la toma de decisiones

La calidad en el trabajo es verdaderamente importante para enfermería, el 96,8% de los cuestionados opina que realmente les motiva **realizar los cuidados a los pacientes con la mejor calidad y con los recursos de que dispone**. Sólo un 3,2% opina que les motiva poco.



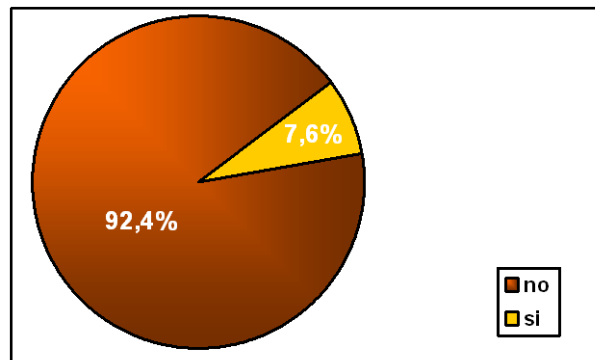
**Gráfico 32 mejora de la calidad de los cuidados enfermeros**

Aunque un 20% de los profesionales opina que podrían estar en otro **servicio que les motive** más, un 80% creen que están ejerciendo su profesión en el lugar que ellos desean.



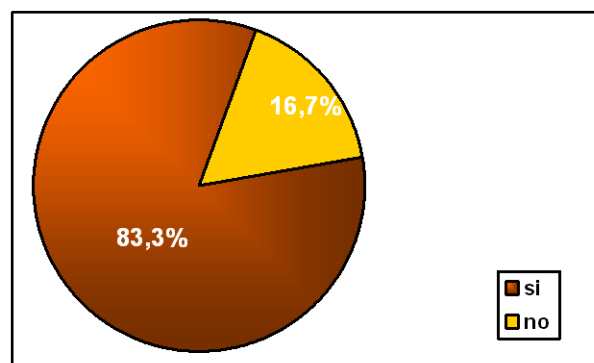
**Gráfico 33 enfermería y servicio deseado**

A pesar de que el 92,4% opinan que están realizando **la profesión que ellos quieren**, un 7,6% cambiarían de profesión bajo las mismas condiciones laborales de sueldos y horarios.

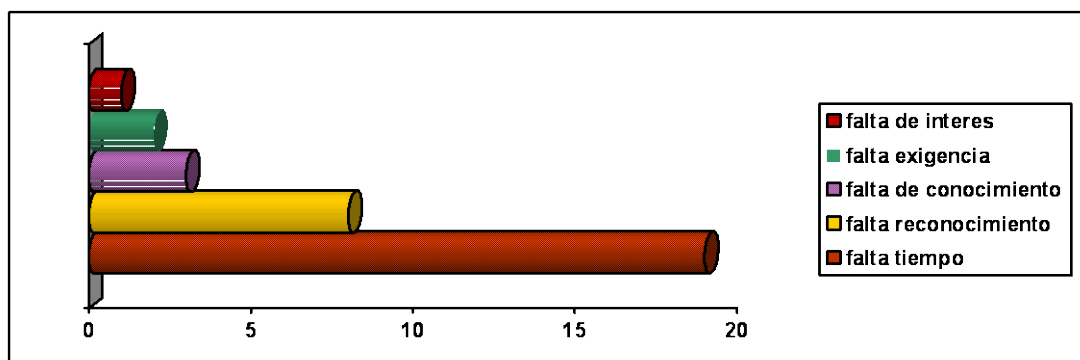


**Gráfico 34 cambio de profesión en iguales condiciones laborales**

El 83,3% de los profesionales opinan que realizan los **cuidados de enfermería con la mejor calidad posible**. El 16,7% restante cree que no lo hacen adecuadamente. (ver gráfico 34). 19 personas consideran que es debido a la falta de tiempo, 8 por falta de reconocimiento, 3 por no disponer de los conocimientos necesarios para hacerlo mejor, 2 porque el servicio no exige que se haga mejor y, tan solo 1 persona comenta que sea por falta de interés personal. (ver gráfico 35)



**Gráfico 35 cuidados de enfermería con la mejor calidad posible**



**Gráfico 36 motivos de la falta de calidad en los cuidados**

## MOTIVACIÓN TRASCENDENTE

El **sentirse partícipe en la mejora asistencial del servicio motiva** bastante o mucho en un 95,2% de los profesionales de enfermería. Sólo un 4,8% expresan que les motiva poco.

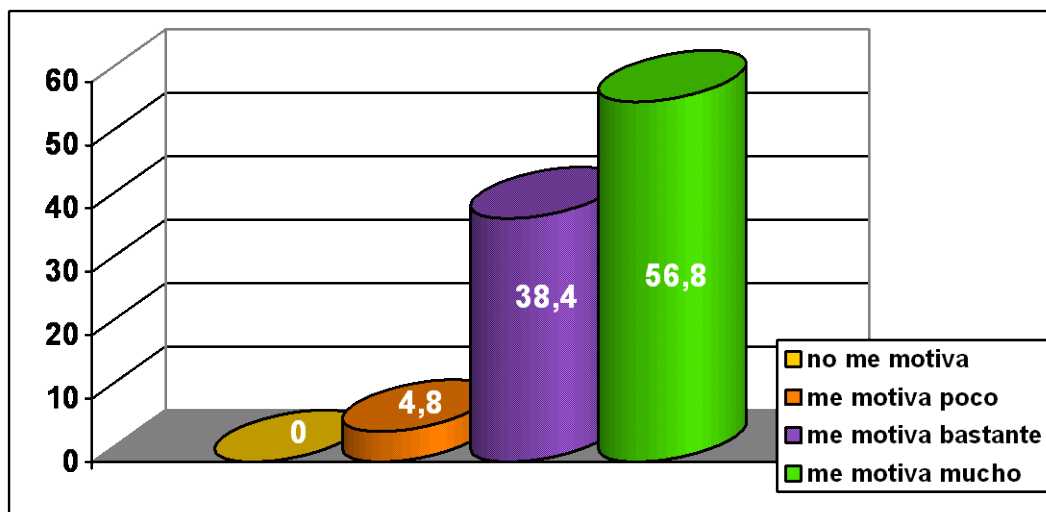


Gráfico 37 motivación al participar en innovaciones del servicio

Las **relaciones entre los distintos profesionales en su trabajo diario** es uno de los conceptos también importantes para enfermería. El 97,6% opina que les motiva el mantener unas buenas relaciones laborales con el resto del personal del centro.

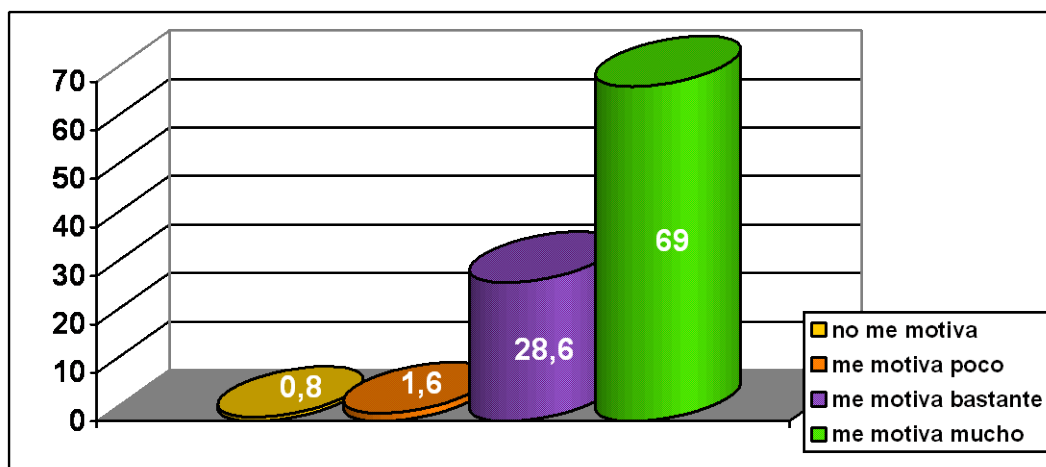


Gráfico 38 relación interpersonal con los miembros del equipo

Un 46% de los profesionales **les motiva mucho promocionar la salud**, sobre un 39,5% que les motiva bastante. A pesar de ser éste un pilar importante del rol enfermero, un 14,5% de éstos mantienen que les motiva poco fomentar la salud.

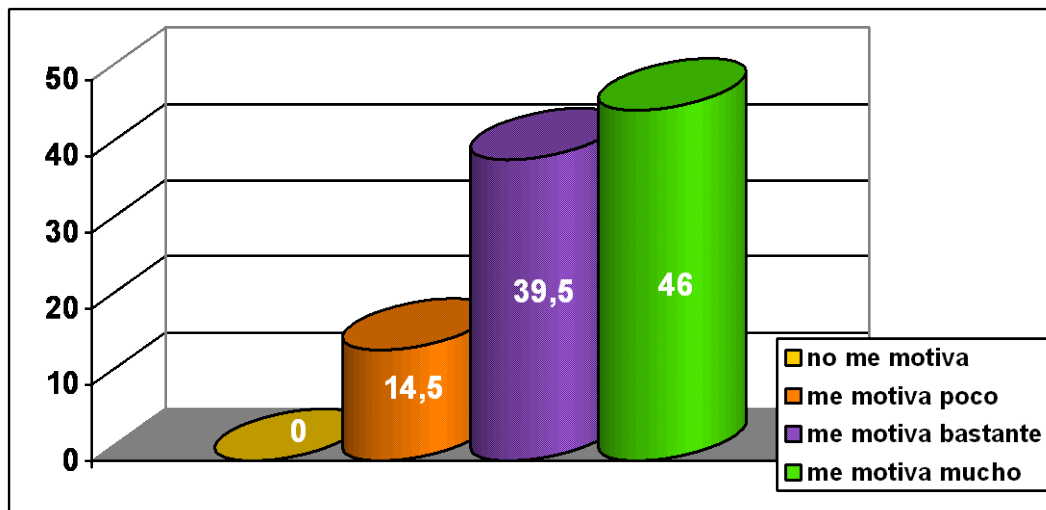


Gráfico 39 promoción de la salud

Para el 94,4% de los encuestados les motiva bastante o mucho ser una **ayuda para el resto del equipo**. Tan sólo el 5,6% les motiva poco ser de ayuda.

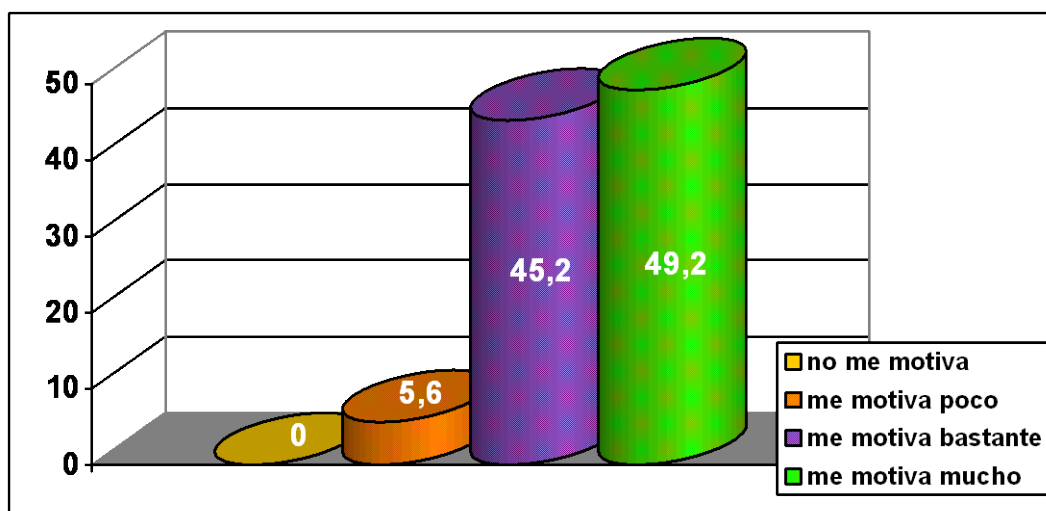


Gráfico 40 ayuda para los miembros del equipo



Un 64% de la muestra se siente **motivada por realizar esfuerzos y dedicación de manera altruista para mejorar la profesión**, mientras que un 36% se siente motivada en dicha dedicación.

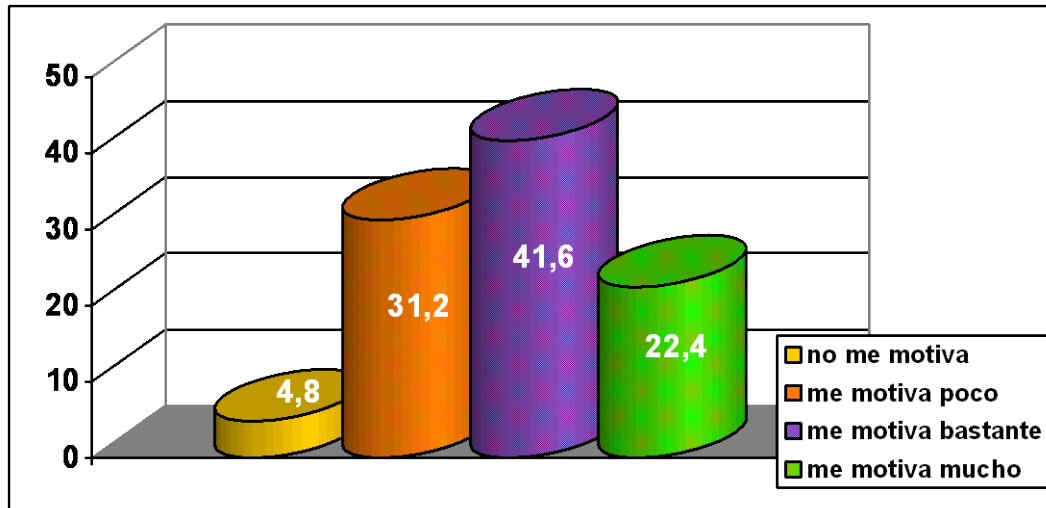


Gráfico 41 motivación por dedicación altruista

Se han agrupado en 4 intervalos el **tiempo que se dedica a la profesión fuera del horario laboral**. El 49,9% de los profesionales dedican entre 1 y 5 horas semanales, el 34,7% entre 6 y 10 horas semanales, el 8,6% entre 11 y 15 horas semanales y, un 6,5% entre 15 y 20 horas semanales.

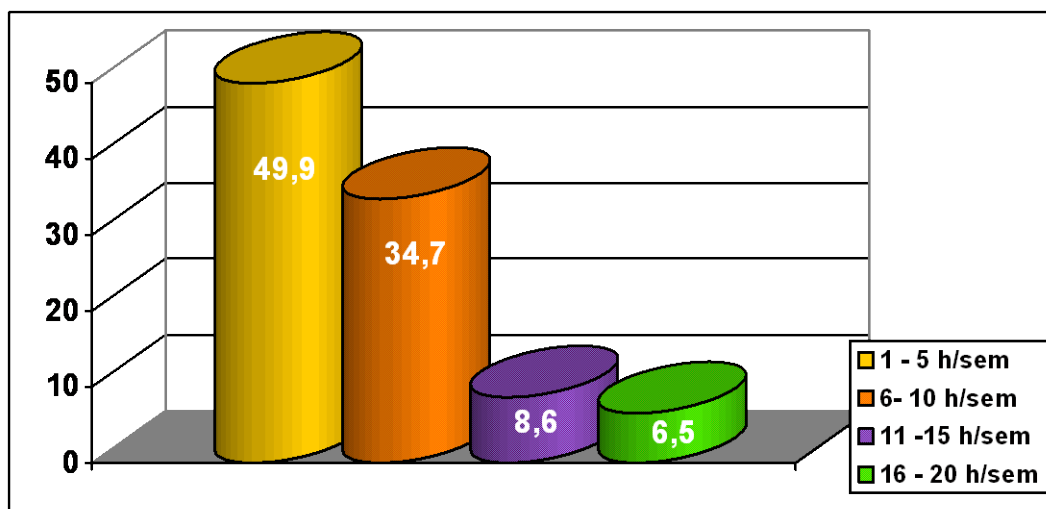


Gráfico 42 tiempo de dedicación a la profesión fuera del horario laboral



Para **valorar la motivación de enfermería** una de las preguntas utilizada en nuestro cuestionario fue: **¿Cómo crees que podría mejorarse la motivación de enfermería?** Utilizamos esta pregunta con respuesta abierta obteniendo un 58,7% de respuestas del total de los encuestados. Por lo que más de la mitad de los encuestados, con las formulas que nos expresan podrían estar más motivados en su profesión. Del total de las fórmulas para aumentar la motivación que hemos obtenido las hemos agrupado en los siguientes apartados:

- La enfermería estaría más motivada si tuviera más reconocimiento dentro del equipo multidisciplinar y también más reconocimiento social.
- Estaría más motivada si dispusiera de material adecuado a los tiempos en que vivimos, con soporte tecnológico, mejorando los servicios asistenciales.
- Estaría más motivada si hubiera promoción profesional donde la experiencia laboral y la formación de postgrado fuera recompensada económicamente o otros incentivos.
- Estaría más motivada si aumentaran el salario. Mejoras en los horarios o que estos sean recompensados económicamente. Y mejoras en los contratos.
- Estaría más motivada si el ratio enfermera / paciente fuera inferior y no hubiera tanta carga de trabajo, trabajo en muchas ocasiones burocrático y no asistencial.
- Estaría más motivada si la formación continuada fuera una realidad con formación actual y dentro del horario laboral. La existencia de estudios superiores reglados, licenciatura de enfermería, doctorado...
- Estaría más motivada si los profesionales pudieran realizar especialidades y pudieran optar a un puesto de trabajo con relación a su especialidad y no que ahora somos considerados generalistas y nos pueden colocar en el servicio que lo necesiten estés formado para ello o no, te guste o no.

- Estaría más motivada si aumentáramos la responsabilidad en el rol propio de la enfermería.

También para valorar la motivación preguntamos: **¿Tiempo que dedicas a tu profesión fuera del horario laboral?** y **¿En qué?**. De esta pregunta obtenemos 14,2% de respuestas, y que una vez agrupadas vemos que la mayoría de los encuestados, a lo que más dedican, a su profesión fuera del horario es:

A formación en cursos de postgrado con el fin de aumentar conocimientos de su profesión.

Leer revistas y artículos especializados del servicio donde están desarrollando su profesión.

En colaboraciones docentes en escuelas de enfermería.

A la atención a personas mayores en su domicilio.

### 6.3. ANÁLISIS INFERENCIAL

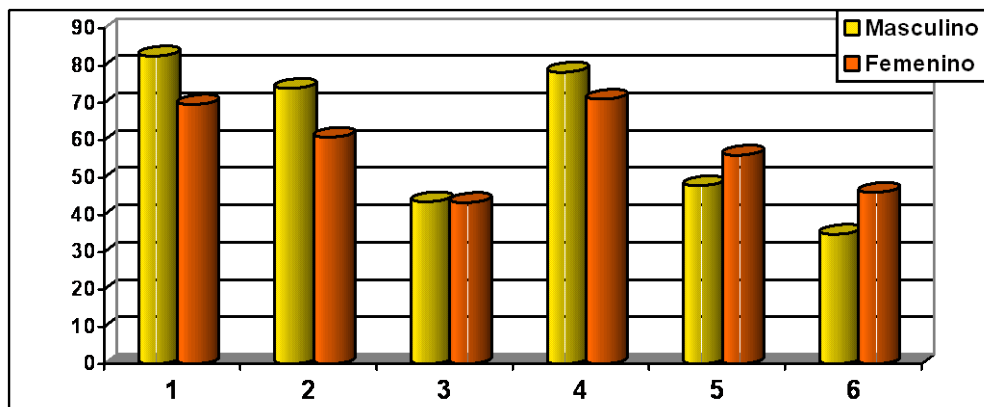
Análisis del rol autónomo en función del **GENERO**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función del **GÉNERO**

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>	masculino	femenino	significaci	diferencia
1. Conoces la misión de tu institución	82,6	69,6		
2. Conoces los valores de tu institución	73,9	60,8		
3. Te sientes identificado con la institución	43,5	43,3		
4. Conoces el modelo de enfermería	78,3	71		
5. Dispones de instrumentos para la recogida de datos	47,8	56		
6. Lo utilizas en tu trabajo diario	34,8	46		

Tabla 6

Gráfico 43 conocimiento de la institución en función del género



Aunque no hay significación en la tabla 6, se observa que el género masculino es más conocedor de temas institucionales (misión, valores, modelo), mientras que el género femenino utiliza más los instrumentos prácticos de su trabajo diario. A pesar de la diferenciación entre géneros: masculino más teórico, femenino más práctico, la identificación con la institución es igual.

**Variables del rol autónomo de enfermería**

ROL AUTÓNOMO	masc	fem	sig	dif
1. Conoces tu rol autónomo	100	96		
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	99		
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	30,4	24,7		
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	65	75,5		
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	87	84,8		
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	34,8	27,5		
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	26,1	21,8		
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	91,3	90,9		

Tabla 7

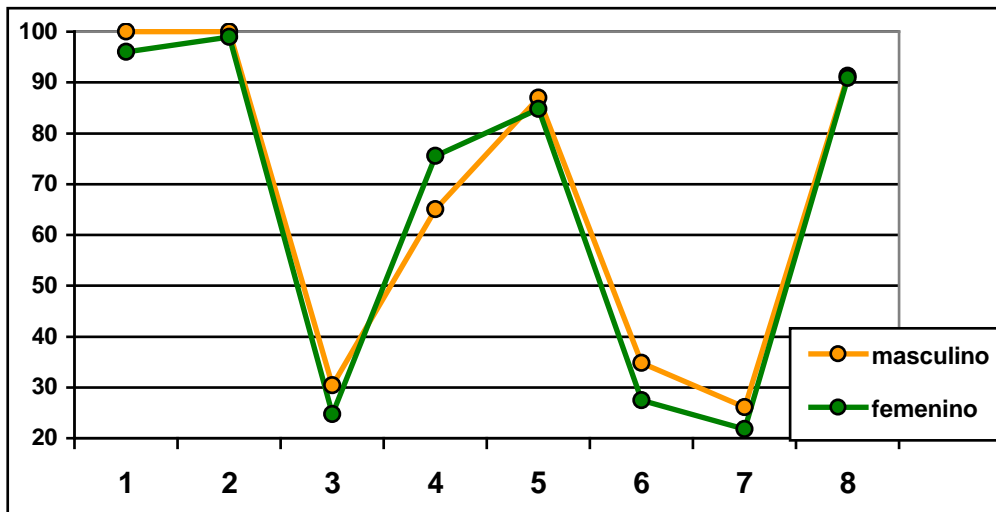


Gráfico 44 rol autónomo en función del género

En el ámbito asistencial, la mujer asume más la responsabilidad del rol autónomo que el hombre que es más técnico a nivel asistencial. Se podría entrever aún, el papel de cuidadora que ha acompañado y que acompaña a la mujer a lo larga de la historia.

ROL AUTÓNOMO	masculino	femenino	significac	diferencia
1. Participas en sesiones de enfermería	1,59	1,46		
2. Buscas soluciones colaboradoras con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,39	2,38		
3. Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,48	1,37		
4. Haces la valoración inicial al ingreso	2,65	2,74		
5. La registras	2,61	2,58		
6. Planificas los cuidados de enfermería	2,17	2,43		
7. Los registras	2,22	2,35		
8. Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2	2,08		
9. Los registras	1,96	1,87		
10. Tomas medidas en función de esta evaluación	2,39	2,18		
11. Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	1,91	1,99		
12. Programas espacios educación para paciente-familia	1,78	1,83		

Tabla 8

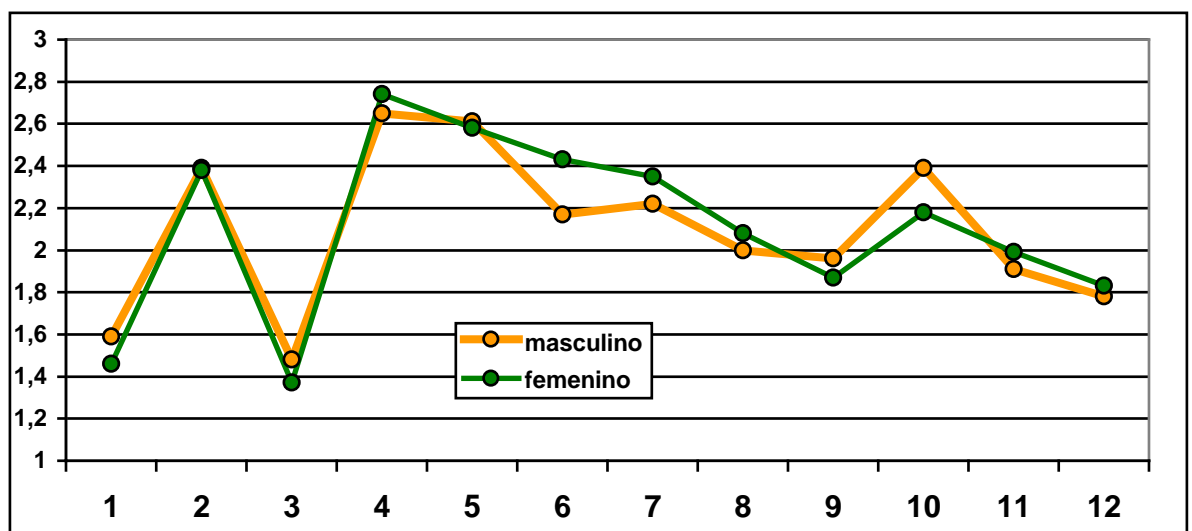
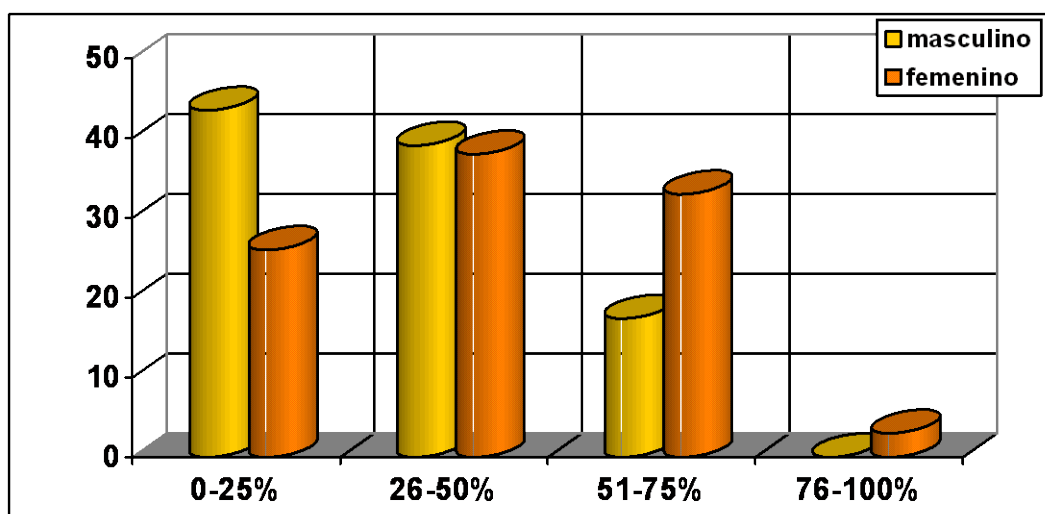


Gráfico 45 rol autónomo en función del género.

Los datos obtenidos en esta tabla no difieren entre género. Lo más destacable está en que el género femenino planifica más los cuidados que el masculino.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>masculino</b>	<b>femenino</b>	<b>significac</b>	<b>diferenc</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo				
0 – 25%	43,5	26		
26 – 50%	39,1	38		
51 – 75%	17,4	33		
76 – 100%	0	3		

**Tabla 9**

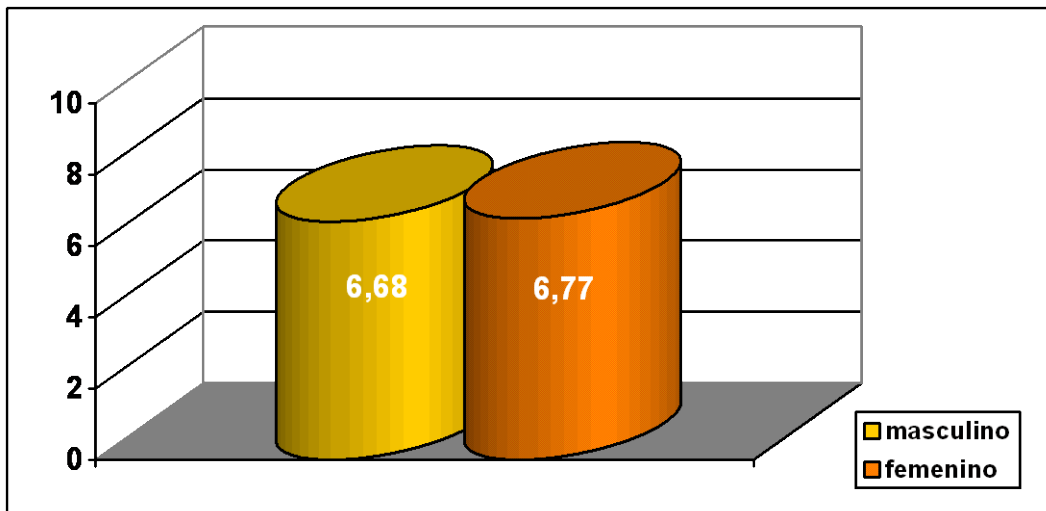


**Gráfico 46** porcentaje de dedicación al rol autónomo en función del género

Se observa que el porcentaje de dedicación al rol autónomo es superior en la mujer que en el hombre, corroborando el ítem anterior “asumir el rol autónomo y la responsabilidad del mismo” donde ya se responsabilizaba y asumía el rol autónomo en mayor porcentaje.

### **Variables del Motivación de enfermería**

En el ítem de motivación profesional que tiene el ejercicio del rol autónomo se puede ver que la motivación en la mujer (6,77) es ligeramente superior que en el hombre (6,68) no llegando a ser significativo.



**Gráfico 47 nivel de motivación en el rol autónomo en función del género**

MOTIVACIÓN	masculino	femenino	significac	diferencia
1. Tener un empleo seguro	3,04	3,21		
2. Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,43	2,61		
3. Tener promoción profesional	3,32	3,32		
4. Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,35	3,60		
5. Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,48	3,79	,003	1<2
6. Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,43	3,80	,000	1<2
7. Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,41	3,54	,016	1<2
8. El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,30	3,29		
9. Disponer de suficiente autonomía	3,52	3,60		
10. Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,61	3,73		
11. Responsabilidad en la toma de decisiones	3,52	3,61		
12. Buena relación interpersonal con el equipo	3,48	3,70	,000	1<2
13. Promoción de la salud	3,09	3,37		
14. Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,30	3,47		
15. Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,83	2,81		
16. Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,57	3,62		

Tabla 10

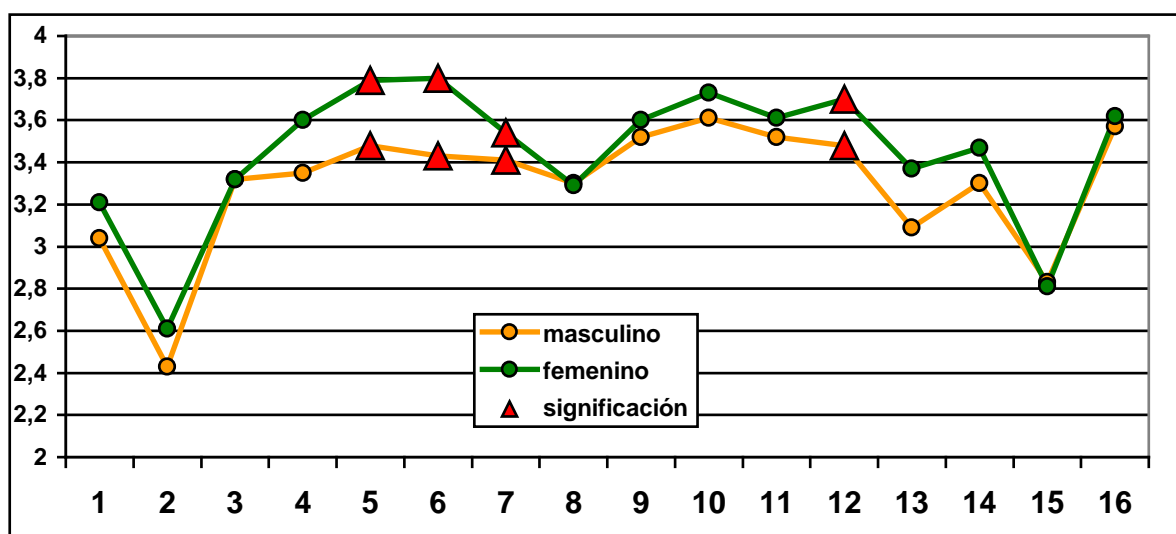


Gráfico 48 motivación en función del género



En la tabla 10 hay significación en 4 ítems relacionados con el ejercicio de la profesión en un lugar de trabajo interesante, la formación en el desarrollo profesional, la mejora asistencial y la buena relación con el equipo. En todas ellas se observa que son las mujeres quienes están más motivadas por dichos ítems.

A destacar que tanto mujeres como hombres han respondido igual en el ítem de la promoción profesional y muy similar en el trabajo a realizar en la práctica diaria.

MOTIVACIÓN	masculino	femenino	signif	diferencia
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	43,5	42,2		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	87	90,9		
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	87	78,4		
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	9,1	7,2		
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	78,3	84,5		
6. Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	60,9	47		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	82,6	52,5	,027	1>2
8. Tu superior valora tus aportaciones	39,1	24,7		
9. Tu equipo valora tus aportaciones	52,2	41,7		

Tabla 11

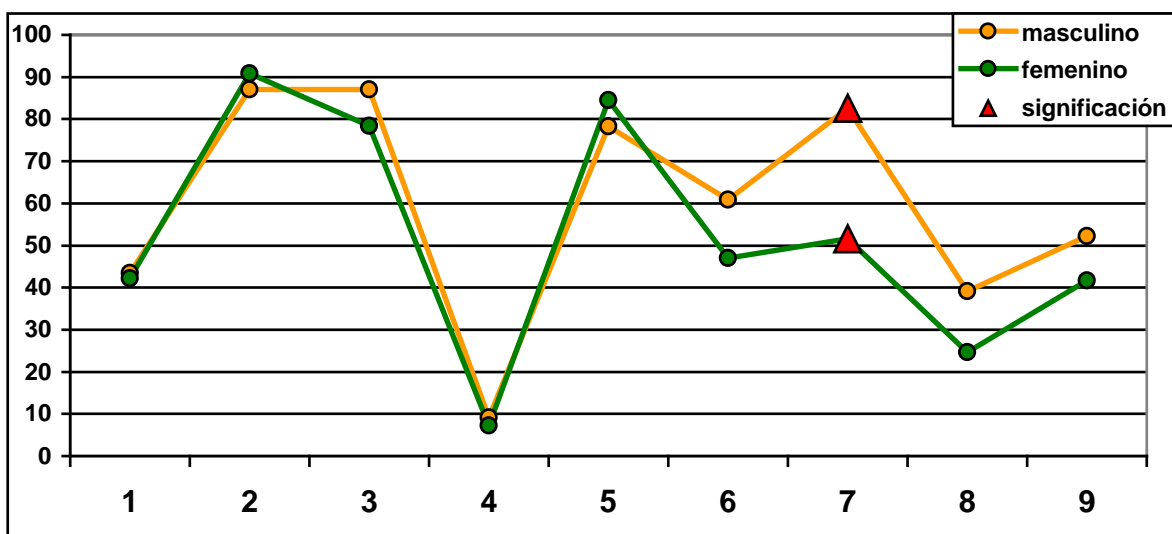


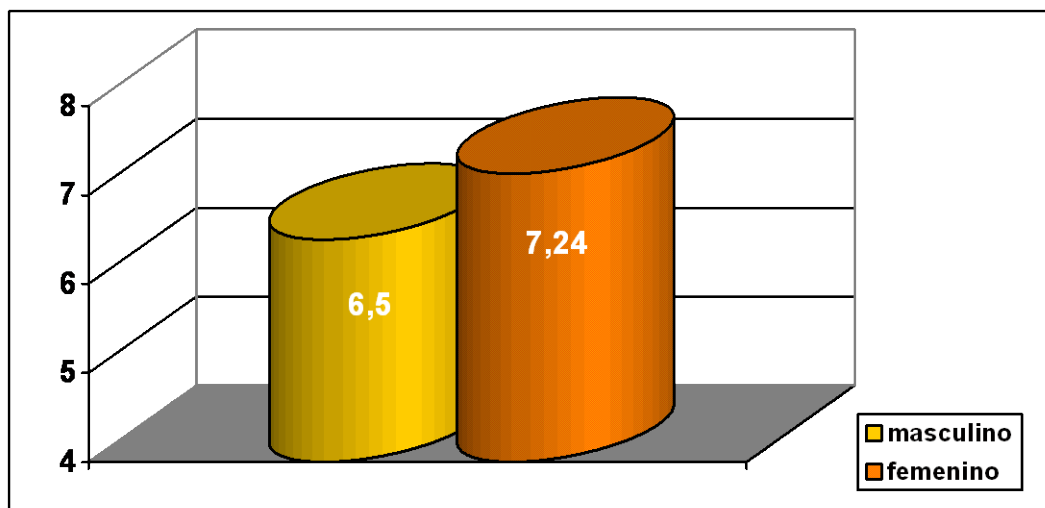
Gráfico 49 motivación en función del género

En el gráfico 49 se puede observar que hay significación en la pregunta “los miembros de tu equipo, ¿te permiten realizar tu rol con autonomía?” Siendo los hombres los que se sienten con más autonomía, se podría dejar en entredicho si es una característica cultural de la sociedad donde se ha realizado el estudio.

Los hombres se sienten más valorados tanto por su superior como por su equipo.

MOTIVACIÓN	masculino	femenino	signif	diferencia
1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	6,50	7,24		

**Tabla 12**



**Gráfico 50** dedicación a profesión fuera horario laboral en función del género

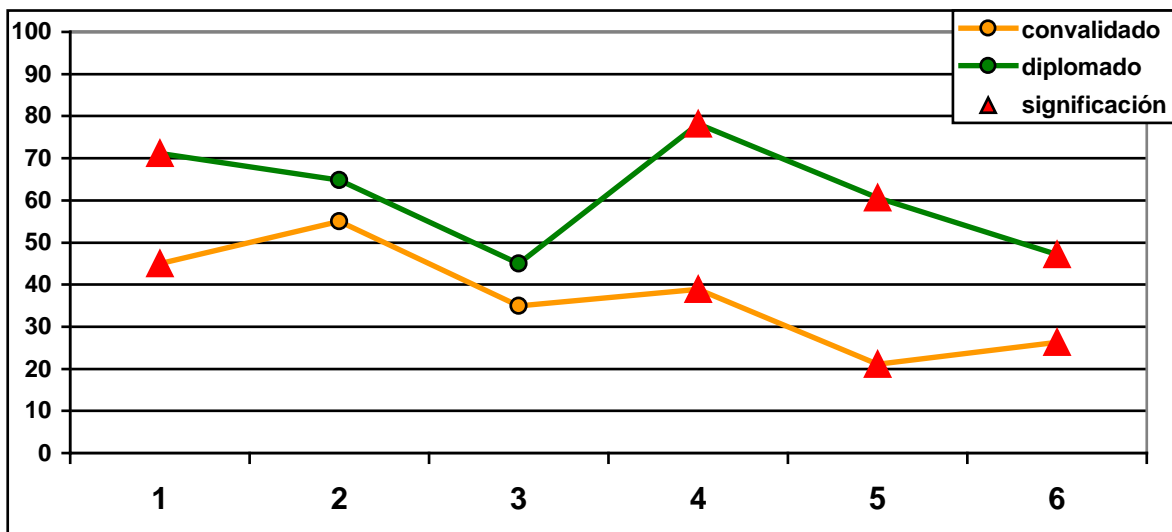
En la tabla 12 no se observa significación, pero si que hay mayor dedicación a la profesión fuera del horario laboral en la mujer, aunque habría que tener en cuenta todo un conjunto de factores que pueden influir en dicha dedicación, como por ejemplo: personas a su cargo, otra actividad laboral complementaria...

### Análisis del rol autónomo en función de la **TITULACIÓN**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función a la **TITULACIÓN**.

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>	convalidado	diplomado	significación	diferencia
1. Conoces la misión de tu institución	45	71,1	,003	1<2
2. Conoces los valores de tu institución	55	64,8		
3. Te sientes identificado con la institución	35	45		
4. Conoces el modelo de enfermería	38,9	78,1	,001	1<2
5. Dispones de instrumentos para la recogida de datos	21,1	60,6	,001	1<2
6. Lo utilizas en tu trabajo diario	26,3	47,1	,001	1<2

**Tabla 13**



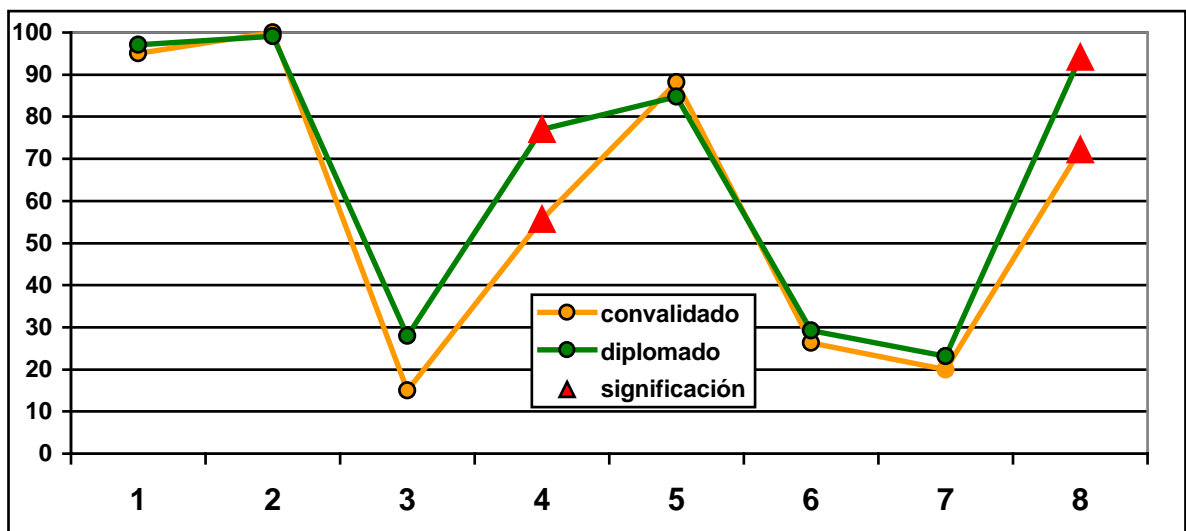
**Gráfico 51 conocimiento de la institución en función de la titulación**

En la tabla anterior se observa que hay muchos puntos de significación entre diplomados y convalidados. Los diplomados conocen mejor el modelo de enfermería y lo aplican más en su trabajo, utilizando instrumentos suficientes para la recogida de datos. También son mejores conocedores de la misión de su institución aunque en el ámbito de los valores institucionales e identificación con su centro de trabajo no se observa tanta diferencia.

### **Variables del rol autónomo de enfermería**

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>conval</b>	<b>diplo</b>	<b>sig</b>	<b>dife</b>
1. Conoces tu rol autónomo	95	97,1		
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	99,1		
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	15	28		
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	55,6	77	,057	1<2
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	88,2	84,8		
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	26,3	29,2		
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	20	23,1		
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	72,2	94,2	,003	1<2

**Tabla 14**



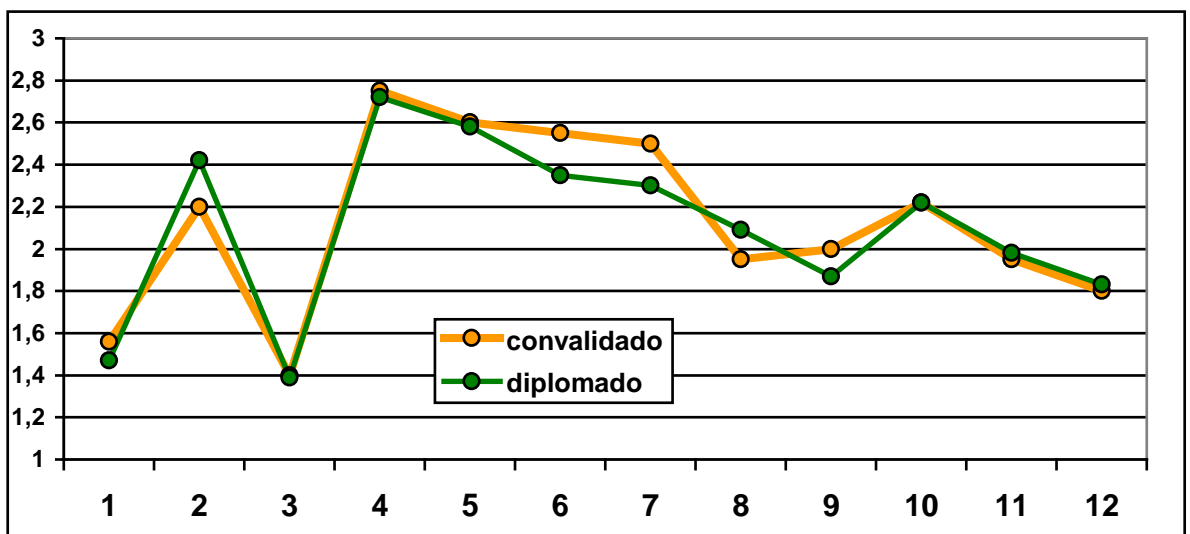
**Gráfico 52 rol autónomo en función de la titulación**

En la tabla 14 se observa que las opiniones de convalidados y diplomados son muy similares, a excepción de los ítems sobre asumir la responsabilidad del rol autónomo y el sentirse orgulloso de su profesión, donde

las respuestas son más significativas, siendo los diplomados quienes se sienten más responsables y orgullosos de su actividad profesional.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	convalidado	diplomado	significac	diferencia
1. Participas en sesiones de enfermería	1,56	1,47		
2. Buscas soluciones colaborativas con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,20	2,42		
3. Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,40	1,39		
4. Haces la valoración inicial al ingreso	2,75	2,72		
5. La registras	2,60	2,58		
6. Planificas los cuidados de enfermería	2,55	2,35		
7. Los registras	2,50	2,30		
8. Evalúas el cumplimiento de los objetivos	1,95	2,09		
9. Los registras	2	1,87		
10. Tomas medidas en función de esta evaluación	2,22	2,22		
11. Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	1,95	1,98		
12. Programas espacios educación para paciente-familia	1,80	1,83		

**Tabla 15**

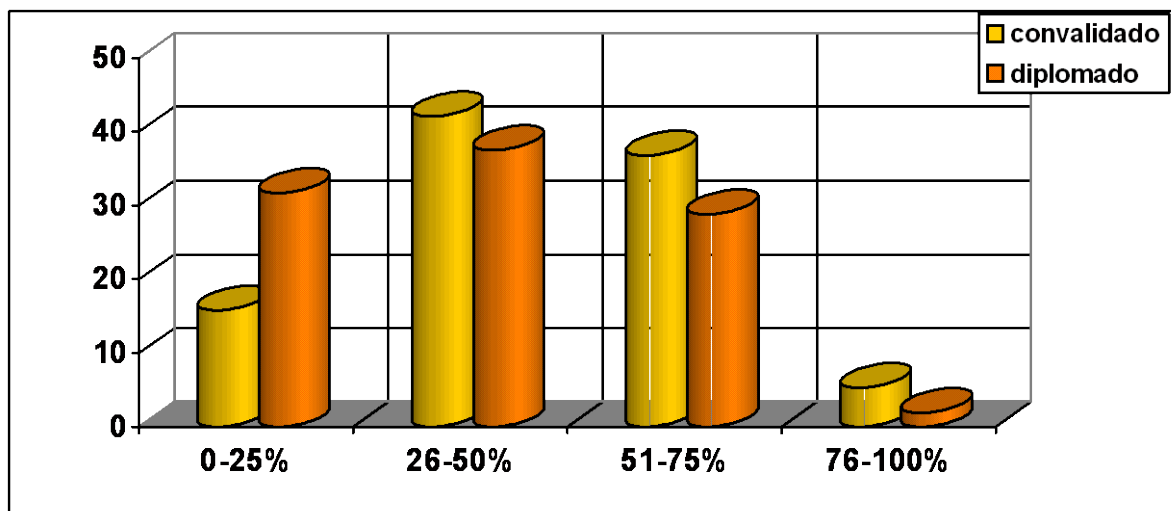


**Gráfico 53** sesiones y registros de enfermería en función de la titulación

Se observa en la tabla 15 que no hay diferencias significativas entre el trabajo en equipo y el ejercicio del rol autónomo entre profesionales convalidados y diplomados.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>Convalidado</b>	<b>diplomado</b>	<b>significac</b>	<b>diferencia</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo				
0 - 25%	15,8	31,7		
26 - 50%	42,1	37,5		
51 - 75%	36,8	28,8		
76 - 100%	5,3	1,9		

**Tabla 16**

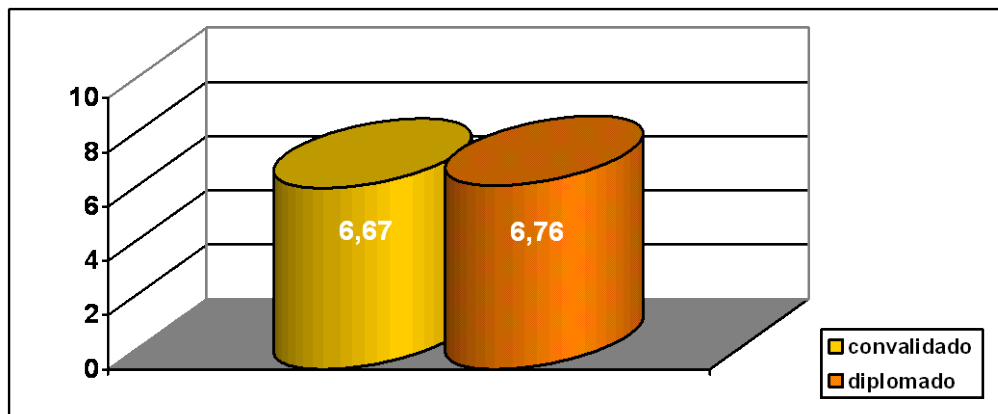


**Gráfico 54** dedicación al rol autónomo en función de la titulación

Resulta contradictorio pero se puede observar que el personal con título convalidado dedican más tiempo al ejercicio del rol autónomo que los profesionales diplomados. La distribución de la muestra de convalidados y diplomados se concentra entre los intervalos del 26 al 75% del tiempo dedicado al rol autónomo.

### **Variables de Motivación de enfermería**

En los resultados obtenidos en cuanto al nivel de motivación en el ejercicio del rol autónomo no se observan diferencias significativas entre los profesionales convalidados (6,67%) y los profesionales diplomados.



**Gráfico 55 nivel de motivación en el ejercicio del rol autónomo en función del título**

<b>MOTIVACIÓN</b>	<b>convalida</b>	<b>diplomad</b>	<b>significac</b>	<b>diferencia</b>
1. Tener un empleo seguro	2,95	3,23		
2. Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,70	2,58		
3. Tener promoción profesional	3,20	3,34		
4. Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,50	3,57		
5. Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,50	3,77	,000	1<2
6. Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,75	3,73		
7. Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,45	3,53		
8. El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,20	3,31		
9. Disponer de suficiente autonomía	3,55	3,59		
10. Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,65	3,72		
11. Responsabilidad en la toma de decisiones	3,65	3,58		
12. Buena relación interpersonal con el equipo	3,80	3,63	,014	1>2
13. Promoción de la salud	3,53	3,28		
14. Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,40	3,44		
15. Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,95	2,79		
16. Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,50	3,63		

**Tabla 17**

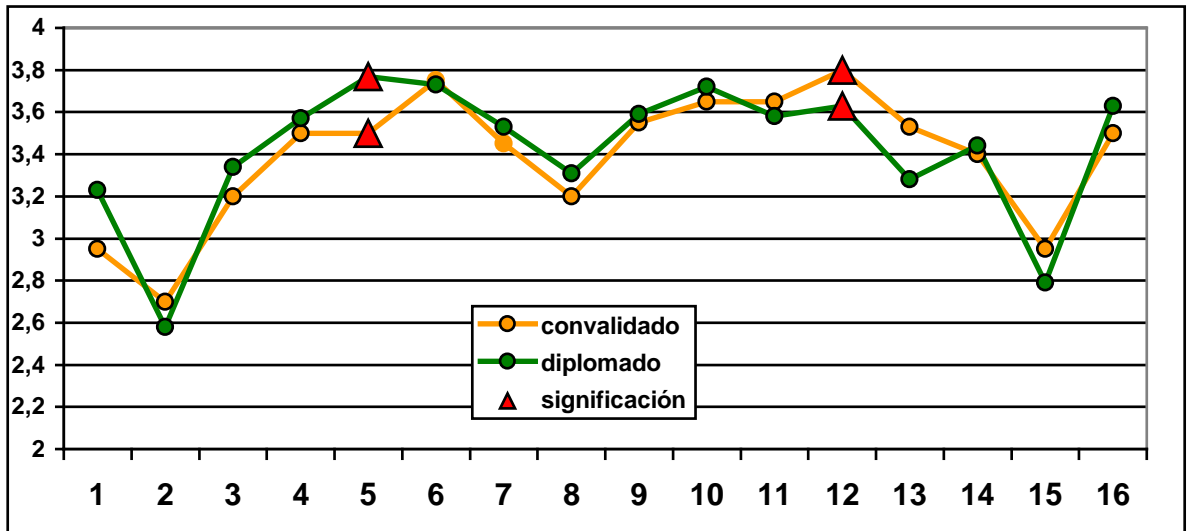


Gráfico 56 motivación en función de la titulación

Se observa que los diplomados se sienten más motivados por conseguir un puesto de trabajo interesante, en cambio los convalidados refieren estar más motivados teniendo una buena relación con el equipo de trabajo. Las medias de motivación son muy similares en el resto de ítems sobre motivación de la tabla anterior.



MOTIVACIÓN	convalidado	diplomado	significac	diferencia
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	35	43,8		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	63,2	95,1		
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	84,2	79,2		
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	16,7	5,9		
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	95	81,1		
6. Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	50	49,5		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	55,6	58,5		
8. Tu superior valora tus aportaciones	5,9	31,1	,000	1<2
9. Tu equipo valora tus aportaciones	25	47,2	,047	1<2

Tabla 18

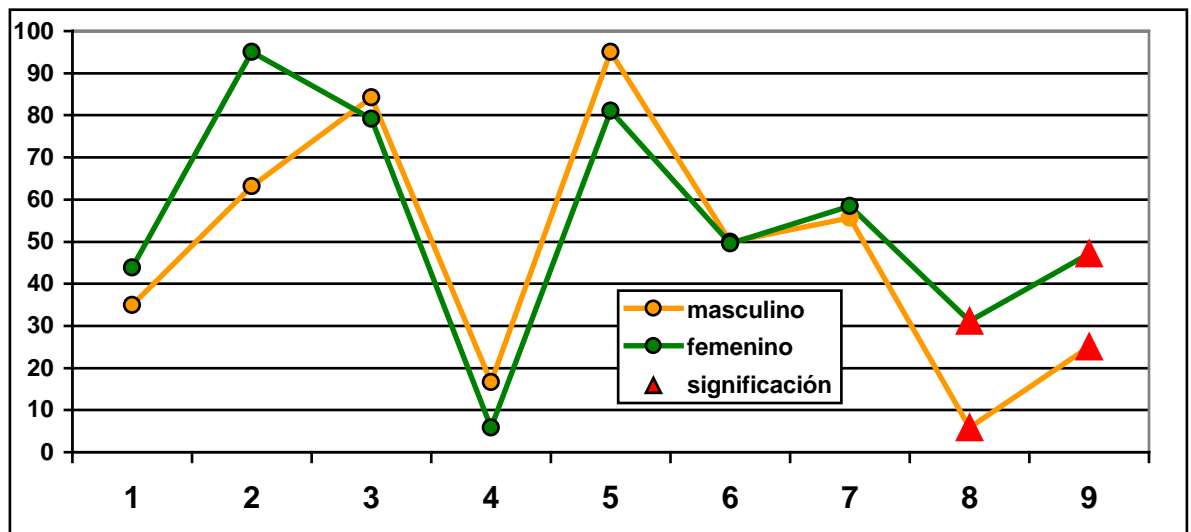
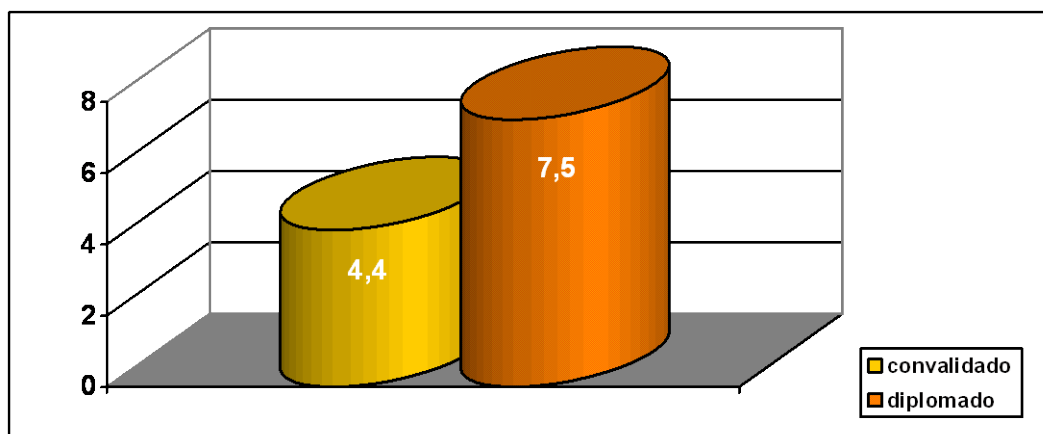


Gráfico 57 motivación en función de la titulación

En general, los diplomados se sienten más motivados cuando sus aportaciones son reconocidas tanto por sus superiores como por su equipo. También se observa una diferencia importante en la motivación entre diplomados y convalidados en relación con la participación de nuevos proyectos.

MOTIVACIÓN	convalidado	diplomado	significac	diferencia
1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	4,4	7,5		

**Tabla 19**



**Gráfico 58** dedicación a la profesión fuera del horario laboral en función de la titulación

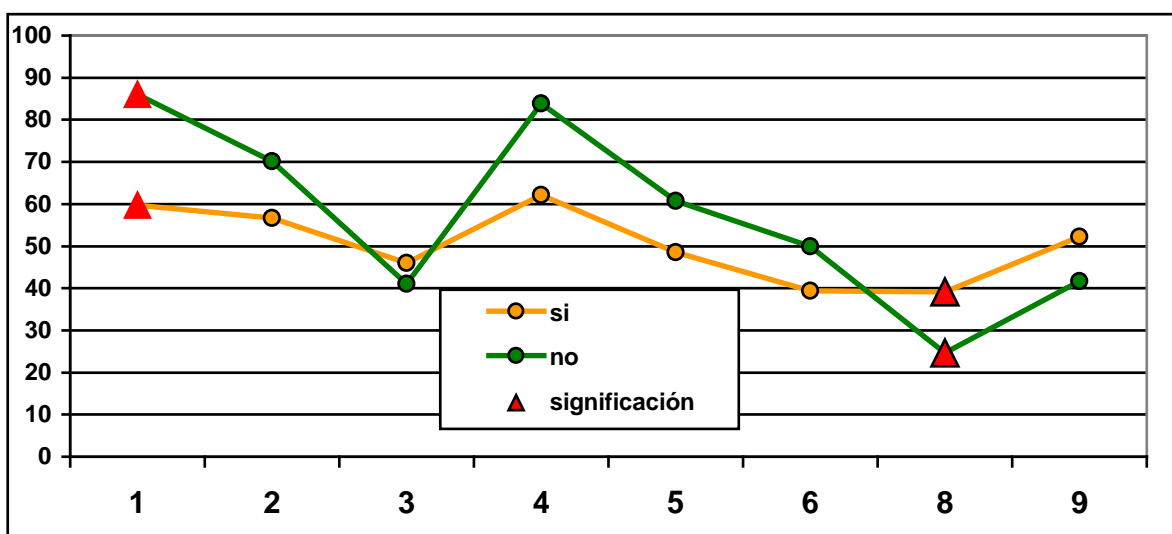
El tiempo que se dedica a la profesión fuera del horario laboral es marcadamente superior en los diplomados que en los convalidados.

### Análisis del rol autónomo en función **CARRERA PROFESIONAL**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función a la **CARRERA PROFESIONAL**.

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>	<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dife</b>
1. Conoces la misión de tu institución	59,7	86	,001	1<2
2. Conoces los valores de tu institución	56,7	70,2		
3. Te sientes identificado con la institución	46	41,1		
4. Conoces el modelo de enfermería	62,1	83,9	,007	1<2
5. Dispones de instrumentos para la recogida de datos	48,5	60,7		
6. Lo utilizas en tu trabajo diario	39,4	50		

**Tabla 20**



**Gráfico 59** conocimiento de la institución en función si existe carrera profesional

Los profesionales que no tienen carrera profesional conocen mejor los modelos de enfermería y la misión de su institución que los que tienen carrera profesional, aunque en los dos ítems hay significación sería conveniente aclarar que la carrera profesional solo existe en uno de los centros donde se ha llevado a cabo el estudio.

### Variables del rol autónomo de enfermería

ROL AUTÓNOMO	si	no	sig	dife
1. Conoces tu rol autónomo	94	100	,063	2>1
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	98,2		
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	16,9	37	,013	2>1
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	69,8	77,8		
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	84,8	85,5		
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	27,9	28,6		
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	14,9	30,4	,039	2>1
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	90,6	91,2		

Tabla 21

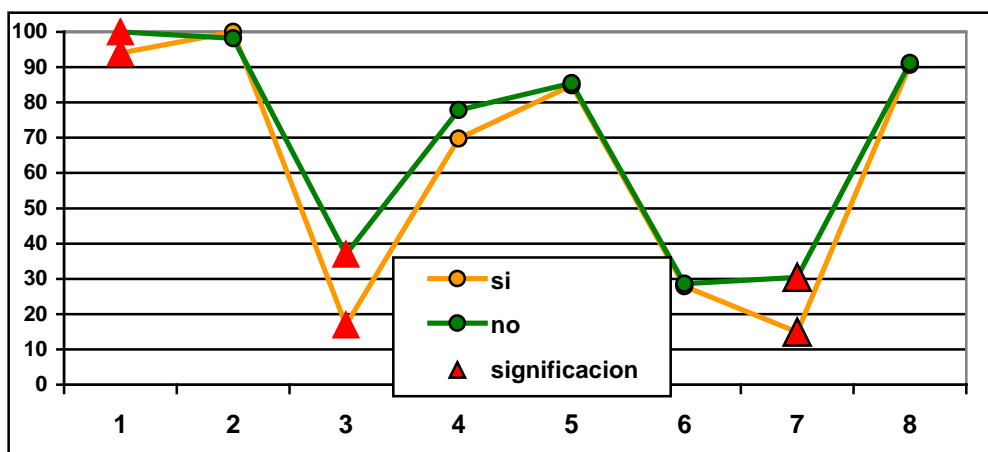


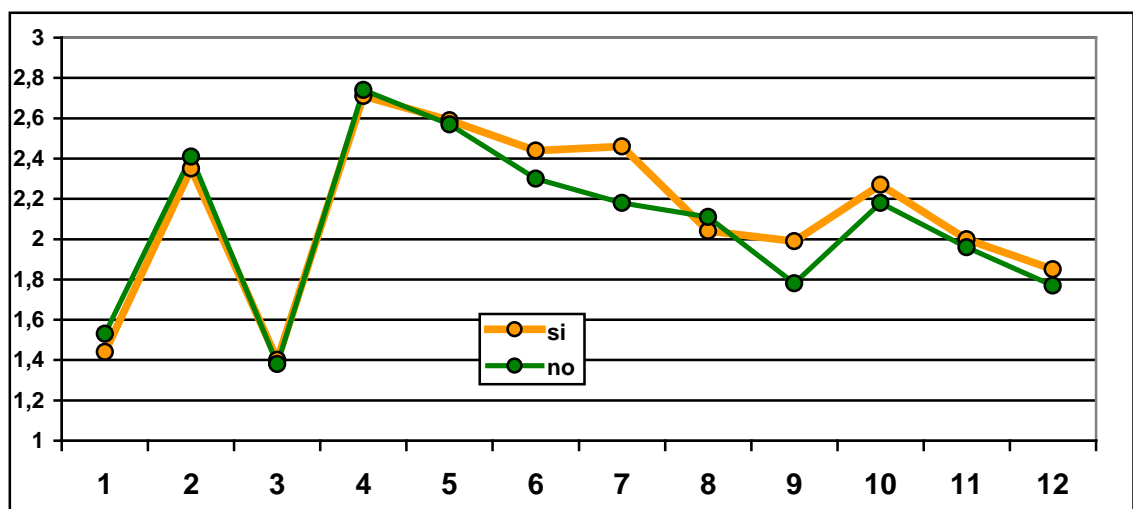
Gráfico 60 rol autónomo en función si existe carrera profesional

En el gráfico anterior se puede ver claramente que los profesionales con carrera profesional no son mejor conocedores de su rol autónomo, pero si consideran que su institución da más importancia a este rol y se hacen más sesiones en equipo que en el resto de centros donde no hay la carrera profesional.

Hay que nombrar que los profesionales de los centros donde no existe la carrera profesional se sienten más orgullosos de su profesión.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif<sup>a</sup></b>
1. Participas en sesiones de enfermería	1,44	1,53		
2. Buscas soluciones colaborativas con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,35	2,41		
3. Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,40	1,38		
4. Haces la valoración inicial al ingreso	2,71	2,74		
5. La registras	2,59	2,57		
6. Planificas los cuidados de enfermería	2,44	2,30		
7. Los registras	2,46	2,18		
8. Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2,04	2,11		
9. Los registras	1,99	1,78		
10. Tomas medidas en función de esta evaluación	2,27	2,18		
11. Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	2,00	1,96		
12. Programas espacios educación para paciente-familia	1,85	1,77		

**Tabla 23**



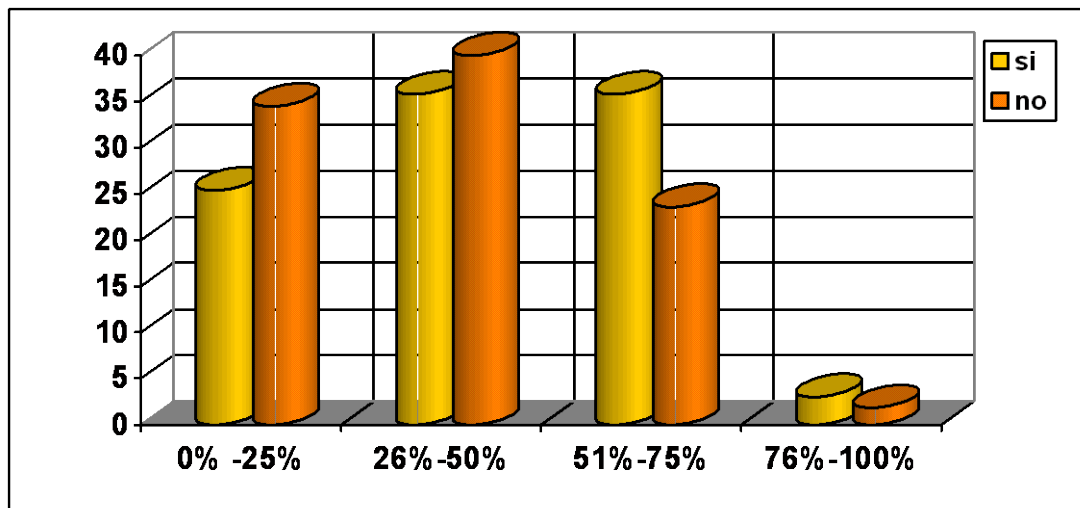
**Gráfico 61** rol autónomo en relación si existe carrera profesional

Los resultados obtenidos en este apartado con respecto a la participación de enfermería en la evaluación, planificación, educación y registro

de los cuidados del paciente, es similar en ambos colectivos y no se obtiene ninguna significación.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo				
0 - 25%	25,4	34,5		
26 - 50%	35,8	40		
51 - 75%	35,8	23,6		
76 - 100%	3	1,8		

**Tabla 23**

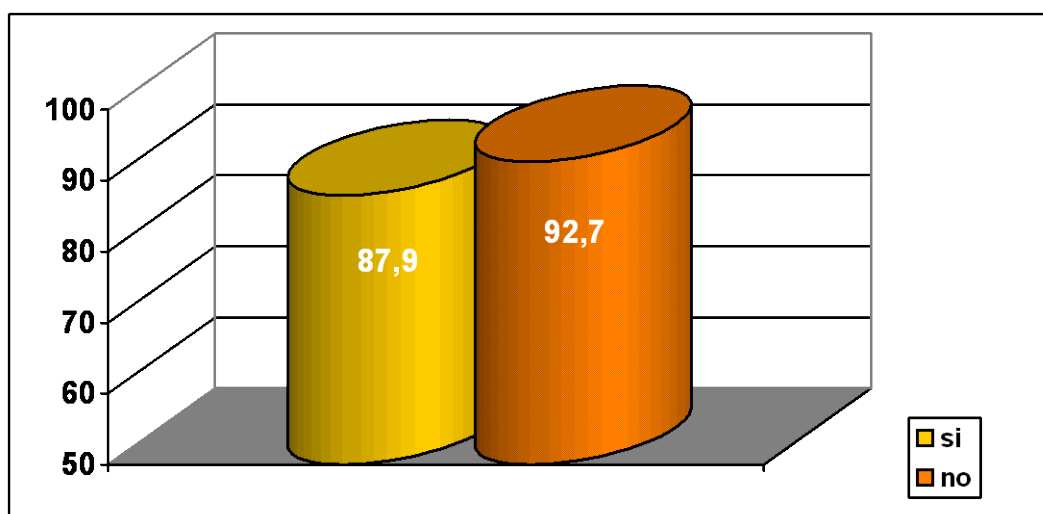


**Gráfico 62 tiempo de dedicación al rol autónomo en función si existe carrera profesional**

Aunque no hay significación alguna sobre el tiempo que dedican los profesionales al rol autónomo si en general se podría decir que los profesionales que en su centro no tienen carrera profesional dedican más tiempo a su rol autónomo que los profesionales que tienen dicha carrera.

### **Variables de motivación de enfermería**

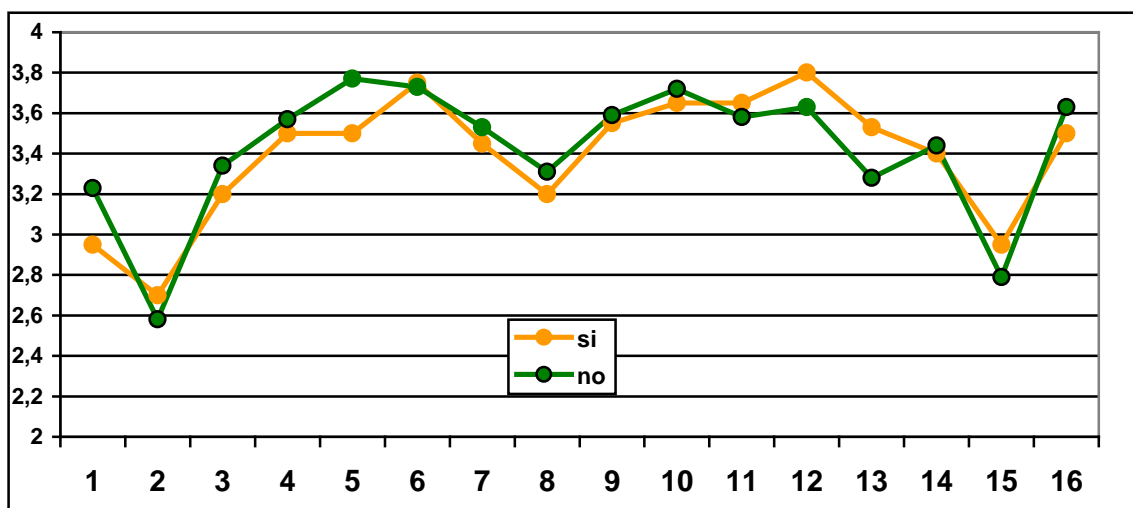
Aunque no hay significación se observa que la motivación en cuanto a los profesionales que tienen carrera profesional en su centro es más baja (87,95) que los profesionales que se encuentran en centros donde no existe dicha carrera ( 92,7).



**Gráfico 63 motivación en función si existe carrera profesional**

<b>MOTIVACIÓN</b>	si	no	sign	difer
1. Tener un empleo seguro	3,25	3,09		
2. Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,46	2,70		
3. Tener promoción profesional	3,22	3,45		
4. Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,66	3,42		
5. Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,75	3,70		
6. Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,74	3,72		
7. Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,47	3,57		
8. El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,34	3,25		
9. Disponer de suficiente autonomía	3,54	3,63		
10. Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,71	3,70		
11. Responsabilidad en la toma de decisiones	3,56	3,63		
12. Buena relación interpersonal con el equipo	3,74	3,56		
13. Promoción de la salud	3,36	3,27		
14. Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,47	3,40		
15. Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,88	2,73		
16. Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,59	3,65		

**Tabla 24**



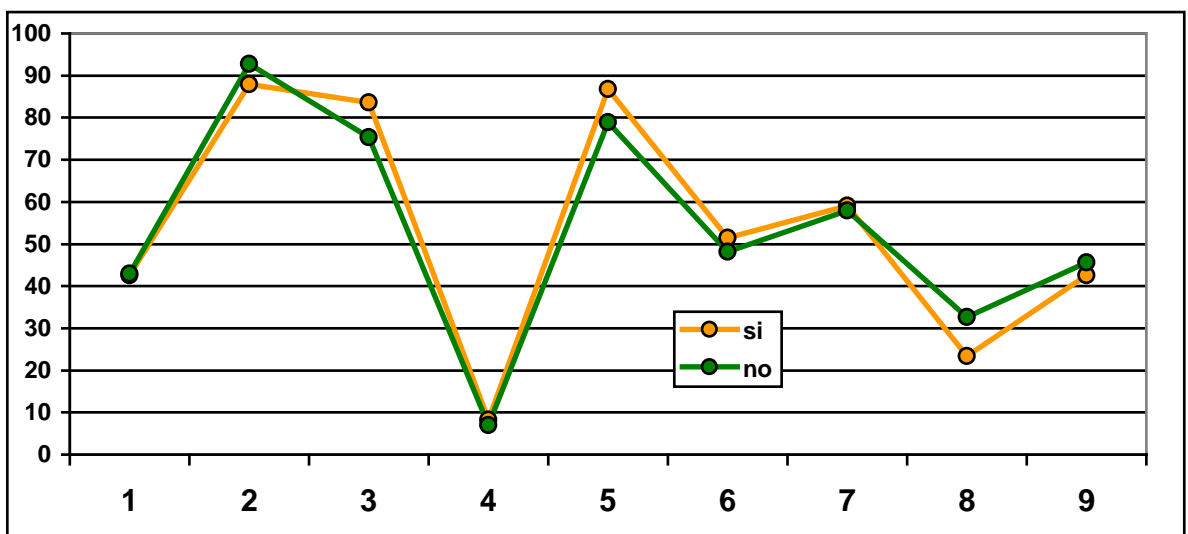
**Gráfico 64 motivación en función si existe carrera profesional**

Los ítems valorados en la tabla 24 demuestran que no hay significación entre el colectivo de profesionales que en su centro tienen carrera profesional y los profesionales que trabajan en una institución donde no se contempla dicha carrera.



<b>MOTIVACIÓN</b>	si	no	signif	dif
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	42,6	42,9		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	87,9	92,7		
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	83,6	75,4		
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	8,2	7		
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	86,8	78,9		
6. Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	51,5	48,2		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	59,1	57,9		
8. Tu superior valora tus aportaciones	23,4	32,7		
9. Tu equipo valora tus aportaciones	42,6	45,6		

**Tabla 25**

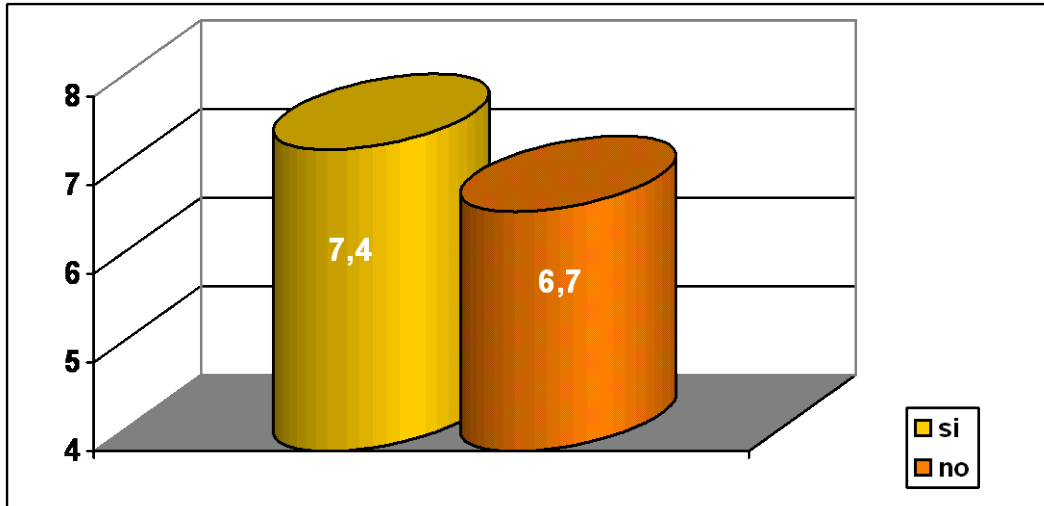


**Gráfico 65 motivación en función si existe carrera profesional**

En la tabla 25 tampoco aparece ningún ítem de los valorados con significación aunque si se observa algunas diferencias considerables entre ambos colectivos en cuanto a la valoración por parte de sus superiores y en cuanto a participar en proyectos (se sienten más motivados los que no tienen carrera profesional) mientras que los que tienen carrera profesional les motiva más el realizar los cuidados con la mayor calidad posible y el poder estar en el servicio deseado.

MOTIVACIÓN	sí	no	signif	dif
1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	7,4	6,7		

**Tabla 26**



**Gráfico 66** dedicación a la profesión fuera del horario laboral

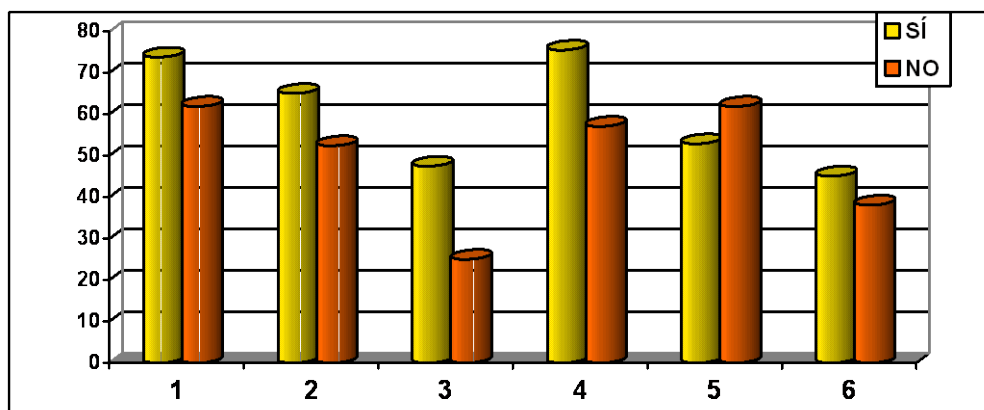
La dedicación a la profesión fuera del horario laboral tampoco revela significación alguna, aunque si es algo superior en los que tienen carrera profesional

## Análisis del rol autónomo en función de la **ASISTENCIA A CONGRESOS**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función de la **ASISTENCIA A CONGRESOS**.

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>	<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
1. Conoces la misión de tu institución	73,8	61,9		
2. Conoces los valores de tu institución	65	52,4		
3. Te sientes identificado con la institución	47,5	25		
4. Conoces el modelo de enfermería	75,5	57,1		
5. Dispones de instrumentos para la recogida de datos	52,9	61,9		
6. Lo utilizas en tu trabajo diario	45,1	38,1		

**Tabla 27**



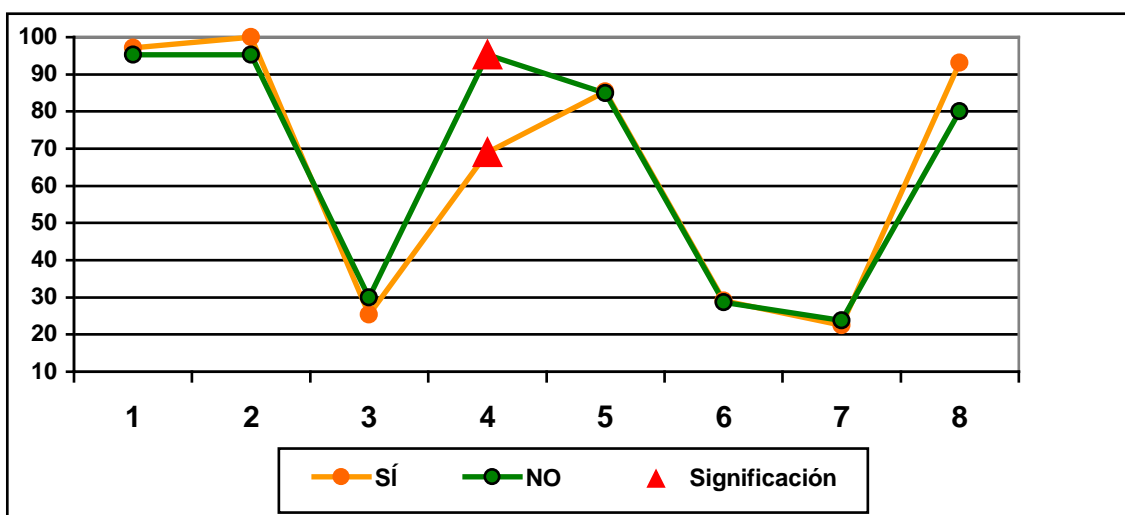
**Gráfico 67** conocimiento de la institución en relación a la asistencia a congresos

Se observa que aquellas personas que asisten a congresos o jornadas se sienten más identificadas con la institución y con las actividades relacionadas con la profesión; a pesar de que aquellos que no asisten a congresos refieren que carecen de instrumentos de trabajo para la recogida de datos.

### **Variables del rol autónomo de enfermería**

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>signif</b>	<b>difer.</b>
1. Conoces tu rol autónomo	97,1	95,2		
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	95,2		
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	25,3	30		
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	68,8	95,2	,013	1<2
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	85,3	85		
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	29,1	28,6		
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	22,5	23,8		
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	93,1	80		

**Tabla 28**



**Gráfico 68 rol autónomo en función a la asistencia a congresos**

Los profesionales que no asisten a congresos o jornadas asumen al mismo nivel el rol dependiente y el rol autónomo en comparación a los que sí asisten a tales eventos. También cabe destacar que los que asisten a congresos se sienten más orgullosos de su profesión.

ROL AUTÓNOMO	sí	no	signif	difer
1. Participas en sesiones de enfermería	1,53	1,24	,000	1>2
2. Buscas soluciones colaborativas con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,39	2,38		
3. Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,40	1,33		
4. Haces la valoración inicial al ingreso	2,76	2,52	,001	1>2
5. La registras	2,58	2,57		
6. Planificas los cuidados de enfermería	2,42	2,14		
7. Los registras	2,34	2,24		
8. Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2,14	1,76		
9. Los registras	1,91	1,76		
10. Tomas medidas en función de esta evaluación	2,29	1,86		
11. Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	2,01	1,76		
12. Programas espacios educación para paciente-familia	1,88	1,52		

Tabla 29

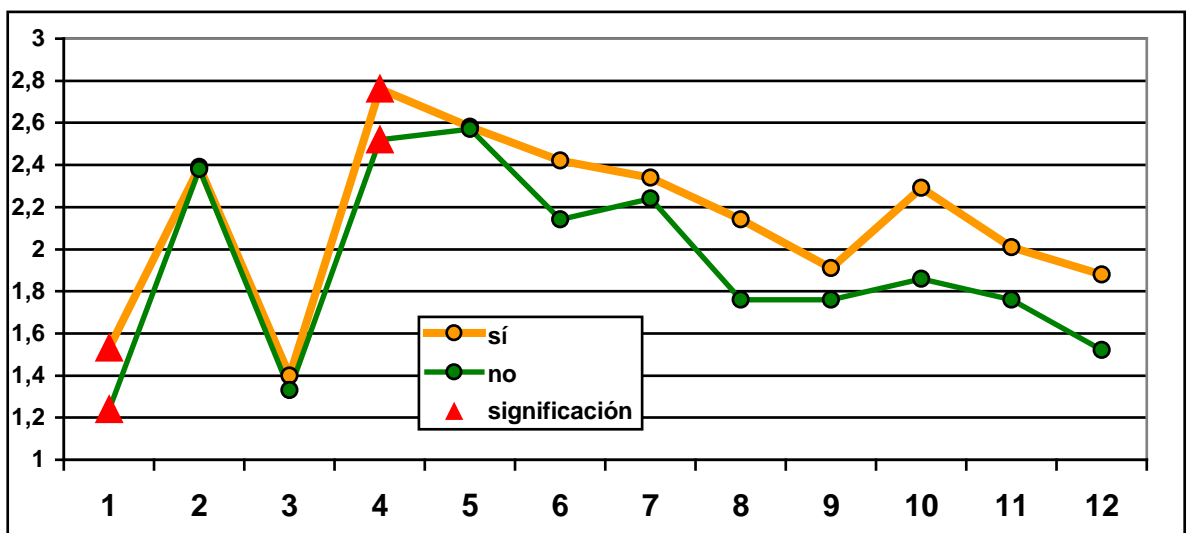
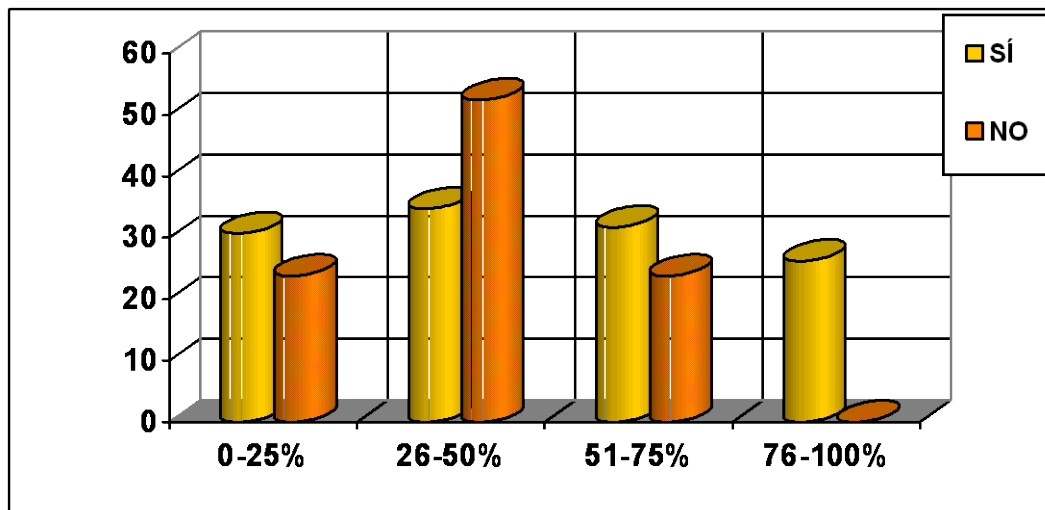


Gráfico 69 rol autónomo en función a la asistencia a congresos

Los profesionales que asisten a congresos se sienten más integrados dentro de su profesión, ya que participan más de las sesiones de enfermería y del equipo multidisciplinario, al mismo tiempo que son más estrictos en la Ejecución de su trabajo diario.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo				
0 – 25%	30,7	23,8		
26 – 50%	34,7	52,4		
51 – 75%	31,7	23,8		
76 – 100%	3	0		

**Tabla 30**

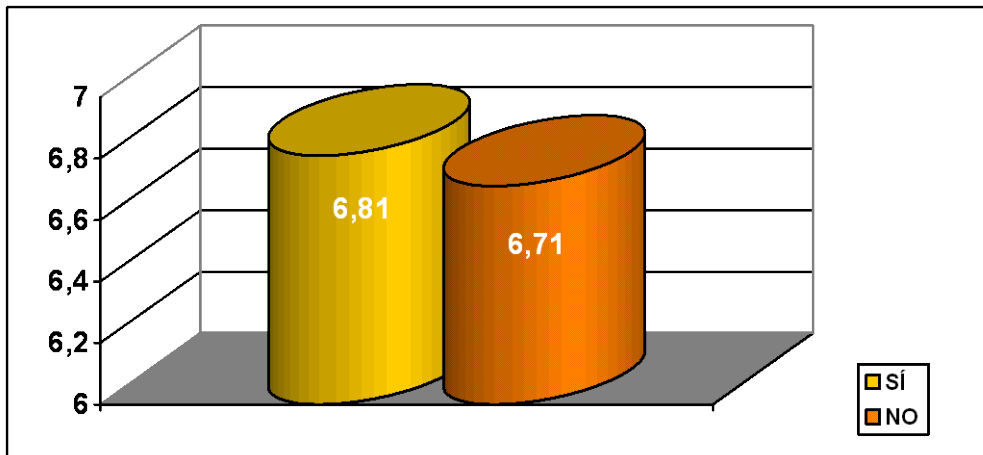


**Gráfico 70 rol autónomo en relación a la asistencia a congresos**

El colectivo profesional de los que no asisten a congresos son los que dedican entre un 26 y un 50% de su tiempo al rol autónomo, en cambio los que asisten a congresos dedican al rol autónomo entre un 51 al 100% de su tiempo.

## **Variables de la motivación de enfermería**

No existen diferencias significativas en cuanto a la motivación en el ejercicio del rol autónomo en ambos colectivos. Siendo de un 6,81% los profesionales que asisten a congresos y de un 6,71% los profesionales que no asisten a congresos.



**Gráfico 71 motivación en el ejercicio del rol en función de la asistencia a congresos**

MOTIVACIÓN	sí	no	signi	difer
1. Tener un empleo seguro	3,19	3,24		
2. Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,63	2,43		
3. Tener promoción profesional	3,36	3,25		
4. Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,61	3,43		
5. Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,72	3,76		
6. Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,76	3,62		
7. Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,54	3,38		
8. El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,30	3,24	,039	1>2
9. Disponer de suficiente autonomía	3,62	3,38		
10. Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,69	3,76		
11. Responsabilidad en la toma de decisiones	3,63	3,38		
12. Buena relación interpersonal con el equipo	3,67	3,57		
13. Promoción de la salud	3,31	3,29		
14. Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,44	3,43		
15. Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,87	2,52		
16. Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,63	3,57		

Tabla 31

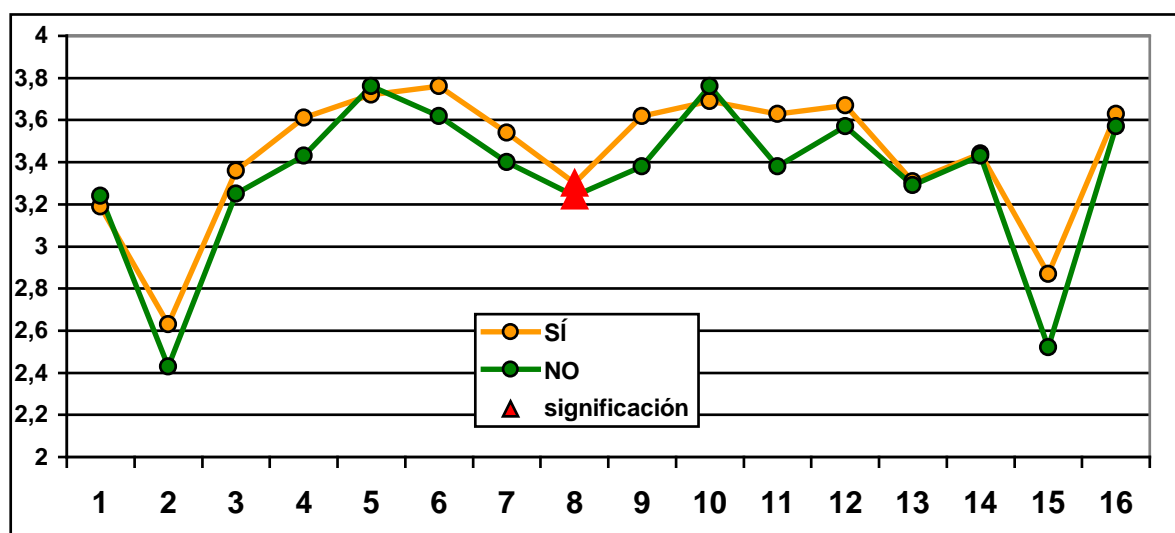


Gráfico 72 motivación en el ejercicio del rol autónomo

El personal que asiste a congresos se siente mucho más motivado con relación a la mayoría de actividades, como disponer de mayor autonomía en el



trabajo o poder escoger el servicio que más le guste. Destaca la significación de la asistencia en la motivación del trabajo diario.

MOTIVACIÓN	sí	no	sig	dif
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	40,8	52,4		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	91,2	89,5		
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	80,6	76,2		
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	5,1	15,8		
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	83,7	81		
6. Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	48	57,1		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	59,2	52,4		
8. Tu superior valora tus aportaciones	31,3	10		
9. Tu equipo valora tus aportaciones	46,2	33,3		

Tabla 32

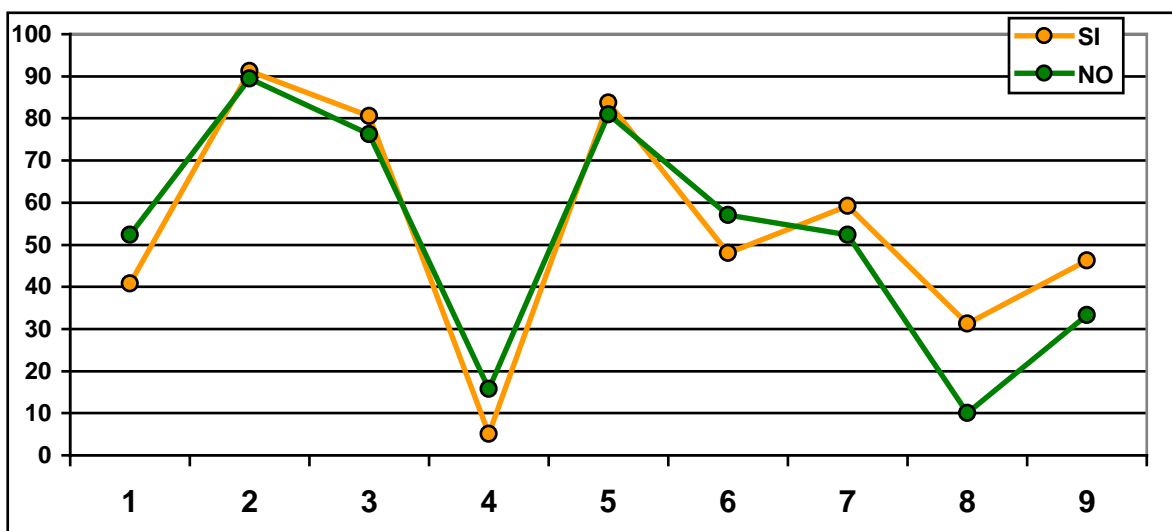


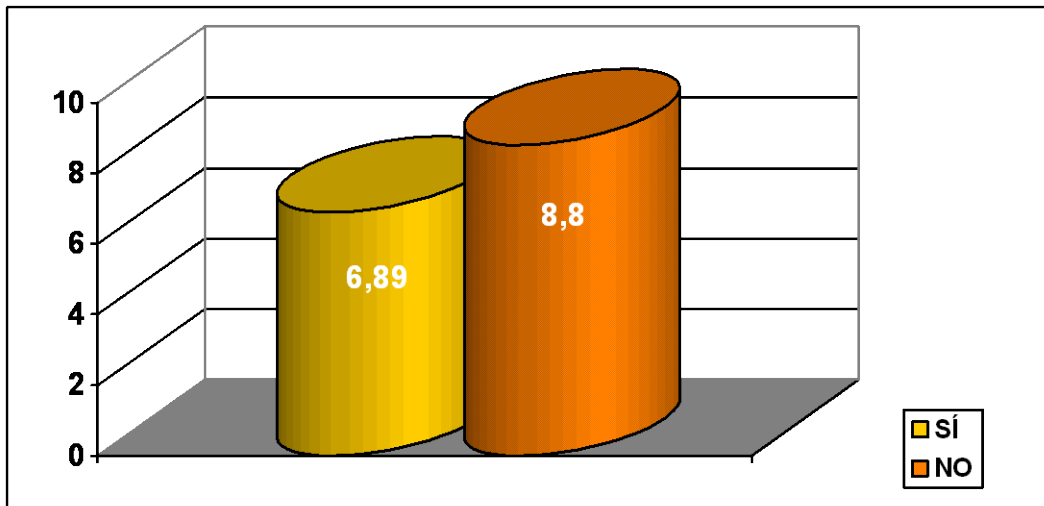
Gráfico 73 motivación en el ejercicio del rol en relación a la asistencia a congresos

La asistencia a congresos provoca que el personal se sienta motivado por el reconocimiento que le pueda dar el equipo o su superior y realizar los cuidados con la mayor calidad. Se observa que los profesionales que asisten a congresos se sienten más implicados en su profesión y la viven más intensamente de tal manera que en igualdad de condiciones, no cambiarían su actividad profesional actual por otra.

Otro punto a destacar es que los que asisten a congresos se sienten menos autónomos en su actividad profesional que los que no asisten.

MOTIVACIÓN	sí	no	sig	dif
1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	6,89	8,80		

**Tabla 33**



**Gráfico 74** dedicación a la profesión fuera del horario laboral en función a congresos

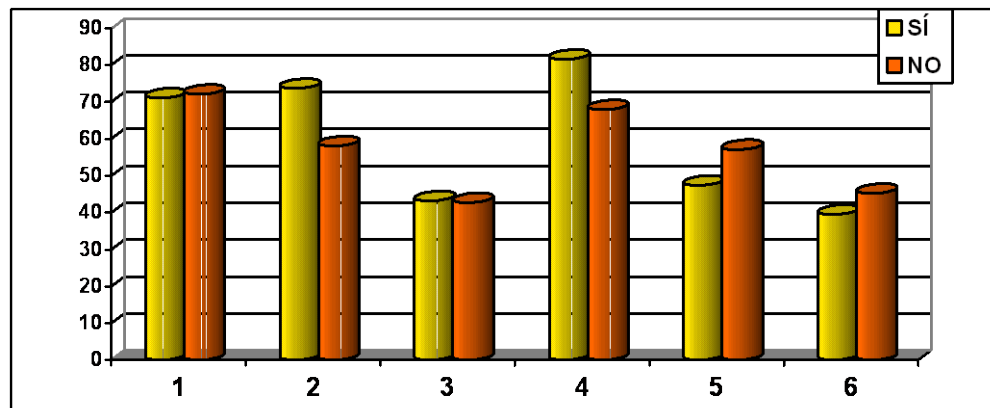
Los profesionales que no asisten a congresos dedican más tiempo fuera de su horario laboral a la profesión de enfermería.

**Análisis del rol autónomo en función de las PUBLICACIONES:**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función de las **PUBLICACIONES**

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>		<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
1.	Conoces la misión de tu institución	71,1	72,1		
2.	Conoces los valores de tu institución	73,7	58,1		
3.	Te sientes identificado con la institución	43,2	42,7		
4.	Conoces el modelo de enfermería	81,6	67,9		
5.	Dispones de instrumentos para la recogida de datos	47,4	57,1		
6.	Lo utilizas en tu trabajo diario	39,5	45,2		

**Tabla 34**



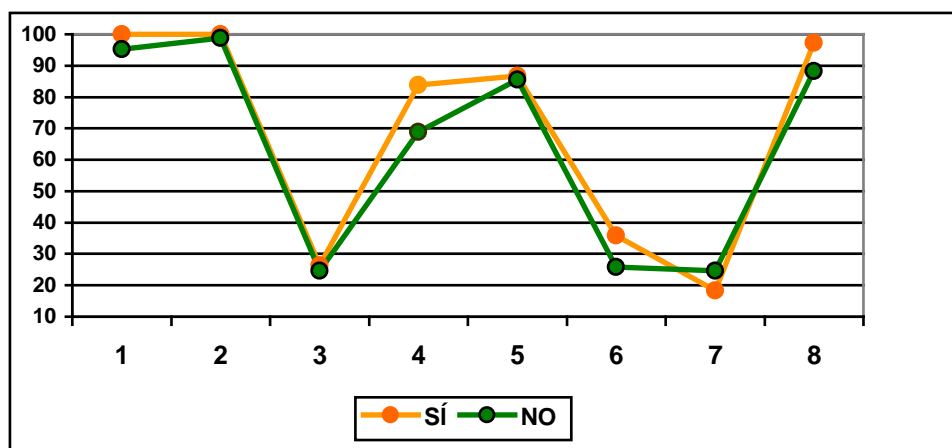
**Gráfico 75 conocimiento de la institución en función a las publicaciones**

No se han registrado diferencias significativas en el conocimiento de la institución entre aquellas personas que realizan o no realizan publicaciones. A pesar de ello, podemos observar que aquellas que han realizado algún tipo de publicación durante su carrera tienen un mayor conocimiento de los valores de la institución y del modelo de enfermería que utilizan, y expresan no disponer de instrumentos de recogida de datos adecuados.

### **Variables del rol autónomo de enfermería**

<b>ROL AUTÓNOMO</b>		<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
1.	Conoces tu rol autónomo	100	95,3		
2.	Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	98,8		
3.	Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	26,3	24,7		
4.	Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	83,8	68,8		
5.	Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	86,8	85,5		
6.	Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	35,9	25,9		
7.	Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	18,4	24,7		
8.	Te sientes orgulloso/a de tu profesión	97,2	88,2		

**Tabla 35**



**Gráfico 76 rol autónomo relacionado a las publicaciones**

La realización de publicaciones en el ejercicio profesional provoca que enfermería sienta una mayor responsabilidad en ejercer el rol autónomo al mismo nivel que el rol dependiente, a pesar de que, en general, haya un alto porcentaje de enfermeras/os que crean en dicha responsabilidad. El 100% de los profesionales que han hecho publicaciones conocen su rol autónomo y creen necesario una base teórica para desarrollarlo, y existe un mayor orgullo

de la profesión entre los enfermeros que han realizado alguna publicación que entre los que no han publicado.

ROL AUTÓNOMO		sí	no	sig	dif
1.	Participas en sesiones de enfermería	1,59	1,44	,047	1>2
2.	Buscas soluciones colaborativas con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,38	2,39		
3.	Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,38	1,40		
4.	Haces la valoración inicial al ingreso	2,67	2,74		
5.	La registras	2,64	2,55		
6.	Planificas los cuidados de enfermería	2,49	2,26		
7.	Los registras	2,05	2,07		
8.	Evalúas el cumplimiento de los objetivos	1,89	1,89		
9.	Los registras	2,39	2,14		
10.	Tomas medidas en función de esta evaluación	2,08	1,93		
11.	Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	2	1,75		
12.	Programas espacios educación para paciente-familia	6,97	6,65	,042	1>2

Tabla 36

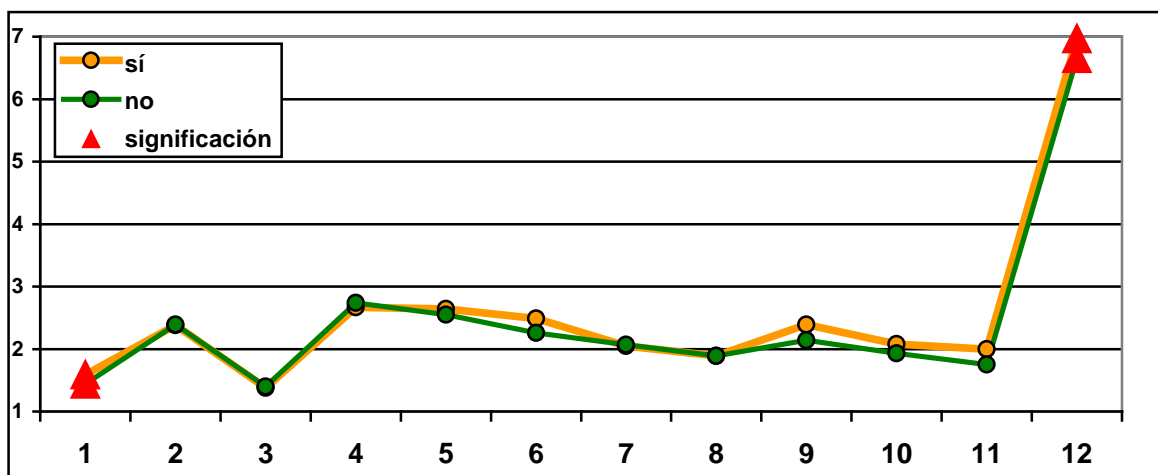


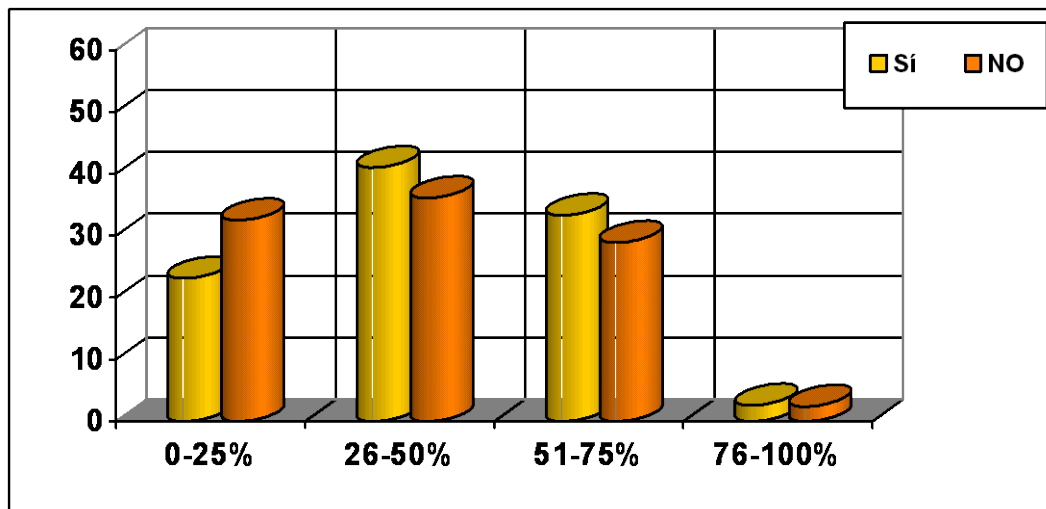
Gráfico 77 rol autónomo relacionado a las publicaciones

Existen diferencias significativas entre aquellos profesionales que han realizado publicaciones y aquellos que no han publicado. En referencia a la participación en sesiones de enfermería y a la programación de espacios de

educación para paciente-familia, siendo los que publican quienes más realizan estas actividades. En el resto de ítems no se objetivan diferencias significativas en ambos grupos.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo				
0 a 25%	23,1	32,5		
26 a 50%	41	36,1		
51 a 75%	33,3	28,9		
76 a 100%	2,6	2,4		

**Tabla 37**



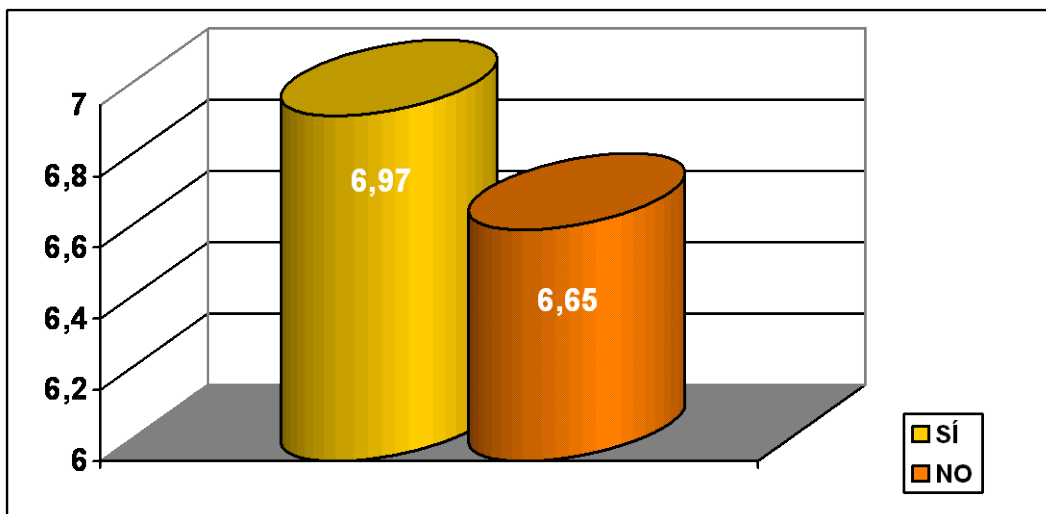
**Gráfico78** porcentaje de dedicación al rol autónomo relacionado a las publicaciones

Se observa que quienes han realizado algún tipo de publicación son los que más tiempo dedican de su horario laboral a la realización del rol autónomo, en cambio, los que no han realizado publicaciones son aquellos que declaran dedicar tan sólo un máximo de un 25% del tiempo al rol autónomo.

## **Variables de Motivación en enfermería**

---

En la pregunta referente a la motivación profesional en el ejercicio del rol autónomo se puede observar que la media es ligeramente superior en aquellas personas que han realizado alguna publicación (6,97) que en aquellas que no han publicado (6,65), no llegando a ser significativo.



**Gráfico 79 motivación en el ejercicio del rol autónomo en relación a las publicaciones**

MOTIVACIÓN		sí	no	sig	dif
1.	Tener un empleo seguro	3,21	3,19		
2.	Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,31	2,71	,035	1<2
3.	Tener promoción profesional	3,38	3,31		
4.	Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,72	3,49	,019	1>2
5.	Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,79	3,71		
6.	Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,77	3,71		
7.	Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,59	3,49		
8.	El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,33	3,28		
9.	Disponer de suficiente autonomía	3,67	3,54		
10.	Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,74	3,70		
11.	Responsabilidad en la toma de decisiones	3,69	3,56	,052	1>2
12.	Buena relación interpersonal con el equipo	3,77	3,62	,020	1>2
13.	Promoción de la salud	3,37	3,31		
14.	Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,51	3,41		
15.	Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,92	2,78		
16.	Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,62	3,62		

Tabla 38

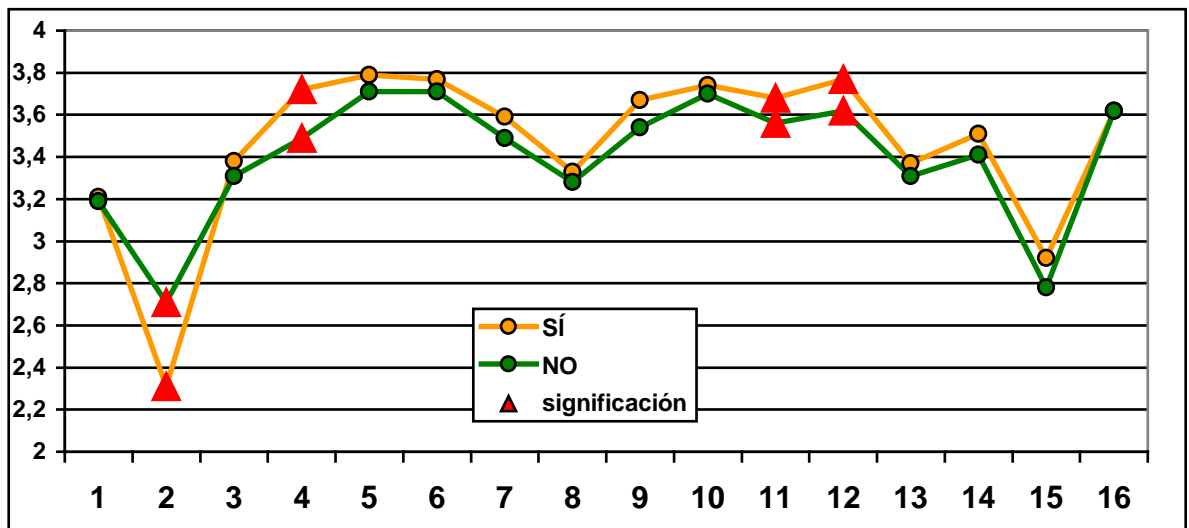


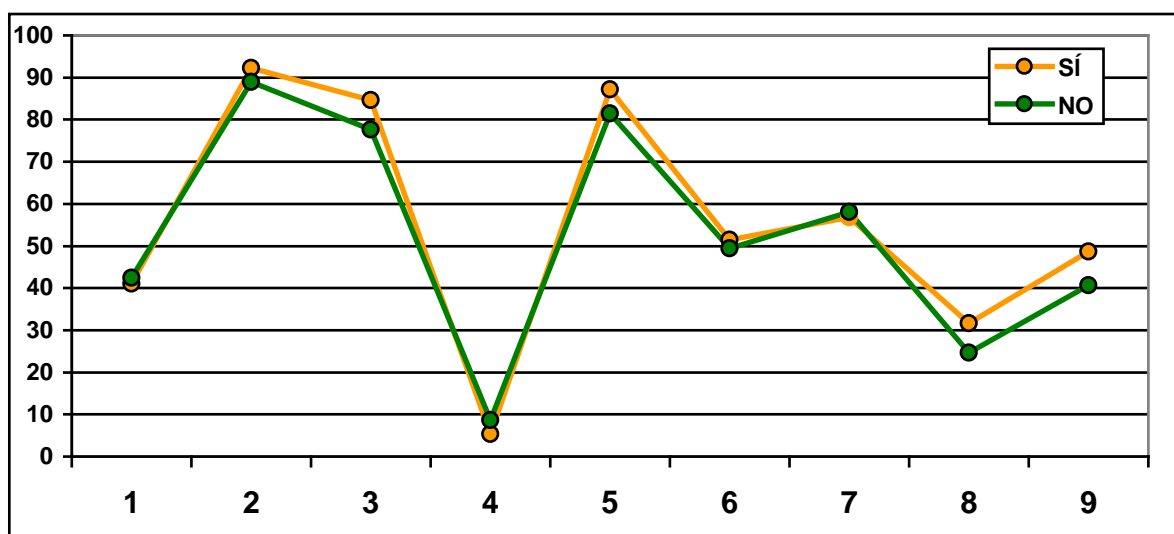
Gráfico 80 motivación relacionada a las publicaciones



Poder elegir el servicio en el lugar de trabajo, asumir responsabilidades en la toma de decisiones y mantener una buena relación interpersonal con el equipo son una serie de conceptos motivadores para aquellos enfermeros que realizan o han realizado algún tipo de publicación, siendo el ítem de ganar el máximo dinero posible con el trabajo el menos motivante para estos mismos profesionales. En el resto de preguntas no hay diferencias significativas entre enfermeros que han publicado o no.

<b>MOTIVACIÓN</b>		<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
1.	Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	41	42,4		
2.	Te motiva si tu superior te hace participe en proyectos	92,3	89		
3.	Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	84,6	77,6		
4.	Cambiarías de profesión en iguales condiciones	5,4	8,6		
5.	Realizas los cuidados con la mayor calidad	87,2	81,4		
6.	Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	51,4	49,4		
7.	Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	56,8	58,1		
8.	Tu superior valora tus aportaciones	31,6	24,7		
9.	Tu equipo valora tus aportaciones	48,7	40,7		

**Tabla 39**



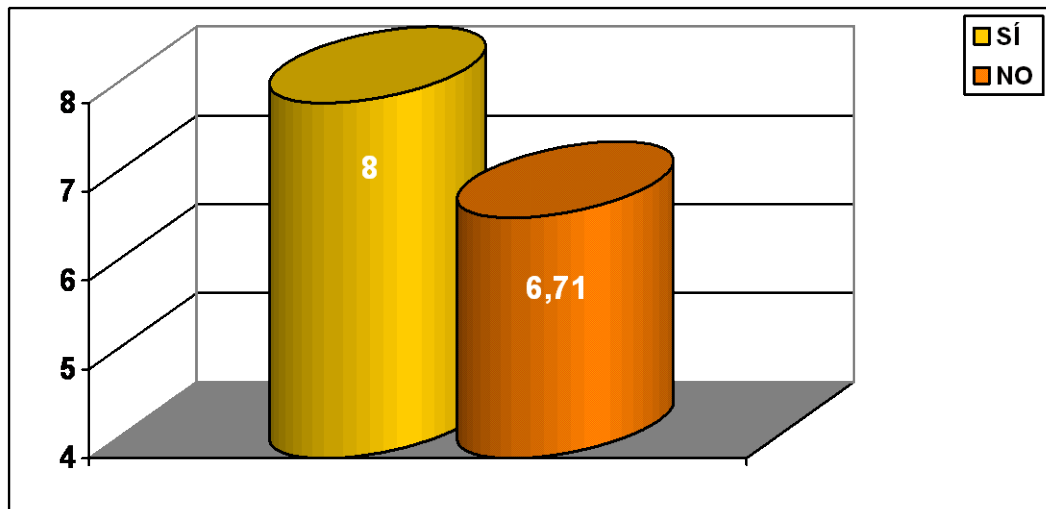
**Gráfico 81** motivación relacionado a las publicaciones

Aquellos profesionales que no realizan publicaciones consideran en un porcentaje superior a los que sí realizan publicaciones que se cambiarían de

profesión si las condiciones fueran las mismas, creyendo también que su equipo les permite realizar su trabajo con mayor autonomía. En cambio, son aquellos que realizan publicaciones los que se consideran más reconocidos por su superior y que les hacen más partícipes en nuevos proyectos, quienes ejercen su profesión en el servicio deseado y que realizan los cuidados con la mayor calidad posible.

MOTIVACIÓN		sí	no	sig	dif
1.	Dedicación a profesión fuera horario laboral	8	6,71		

**Tabla 40**



**Gráfico 82 dedicación fuera del horario laboral relacionado a las publicaciones**

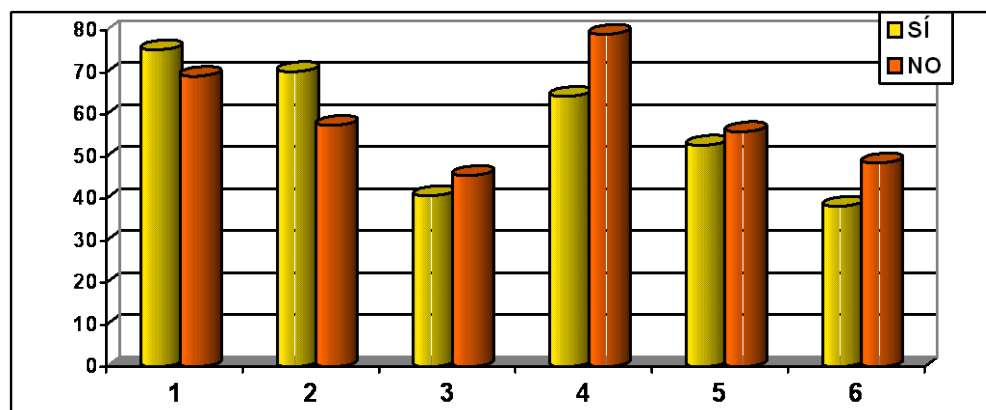
El tiempo de dedicación en horas semanales a la profesión fuera del horario laboral es superior en enfermeros/as que realizan algún tipo de publicación en comparación a los profesionales que no realizan. La diferencia reside en 1,29 horas.

### Análisis del rol autónomo en función de la **DOCENCIA**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función de la **DOCENCIA**.

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>	sí	no	sig	dif
1. Conoces la misión de tu institución	75,4	69,1		
2. Conoces los valores de tu institución	70,2	57,4		
3. Te sientes identificado con la institución	40,7	45,5		
4. Conoces el modelo de enfermería	64,3	79,1		
5. Dispones de instrumentos para la recogida de datos	52,7	55,9		
6. Lo utilizas en tu trabajo diario	38,2	48,5		

**Tabla 41**



**Gráfico 83** conocimiento de la institución en relación a la docencia

Los enfermeros que no realizan docencia son aquellos que se sienten más identificados con su profesión. Son más conocedores del modelo de enfermería y quienes creen que disponen de los instrumentos necesarios para la recogida de datos, utilizándolos en el trabajo diario. En cambio, los profesionales que realizan docencia son quienes conocen mejor la misión y los valores de la institución.

### Variables del rol autónomo de enfermería

ROL AUTÓNOMO	sí	no	signif	diferen
1. Conoces tu rol autónomo	96,4	97,1		
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	98,5		
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	12,5	37,5		
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	74,1	73,4		
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	80,7	89,2		
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	22,4	34,3		
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	14	29,9	,036	1<2
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	87	94,1		

Tabla 42

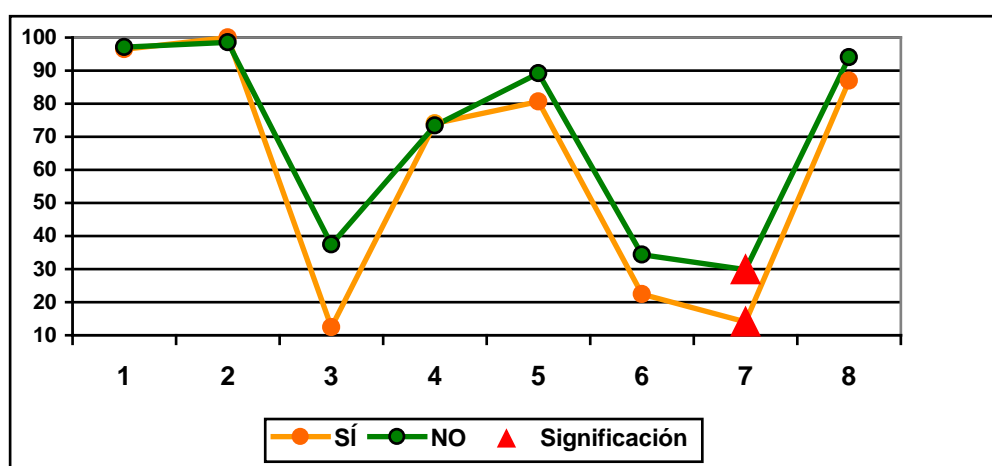


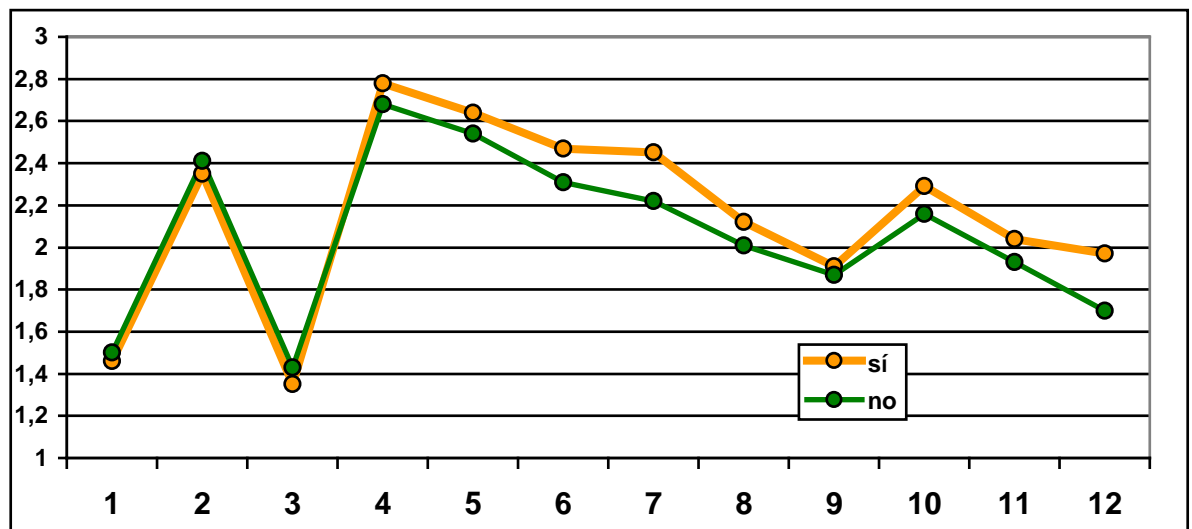
Gráfico 84 rol autónomo en relación a la docencia

El ítem referente a si se realizan sesiones de equipo multidisciplinar en el centro de trabajo es significativo a favor de quienes no realizan docencia profesional, los cuales creen que sí se realizan estas sesiones. Además, estos mismos profesionales también consideran que en su institución se realizan

sesiones de enfermería y valora sus aportaciones. Ambos colectivos creen necesario una base teórica para desarrollar el rol autónomo y asumen la responsabilidad del rol autónomo al mismo nivel que el rol dependiente.

ROL AUTÓNOMO		sí	no	sig	dif
1.	Participas en sesiones de enfermería	1,46	1,5		
2.	Buscas soluciones colaborativas con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,35	2,41		
3.	Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,35	1,43		
4.	Haces la valoración inicial al ingreso	2,78	2,68		
5.	La registras	2,64	2,54		
6.	Planificas los cuidados de enfermería	2,47	2,31		
7.	Los registras	2,45	2,22		
8.	Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2,12	2,01		
9.	Los registras	1,91	1,87		
10.	Tomas medidas en función de esta evaluación	2,29	2,16		
11.	Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	2,04	1,93		
12.	Programas espacios educación para paciente-familia	1,97	1,70		

**Tabla 43**

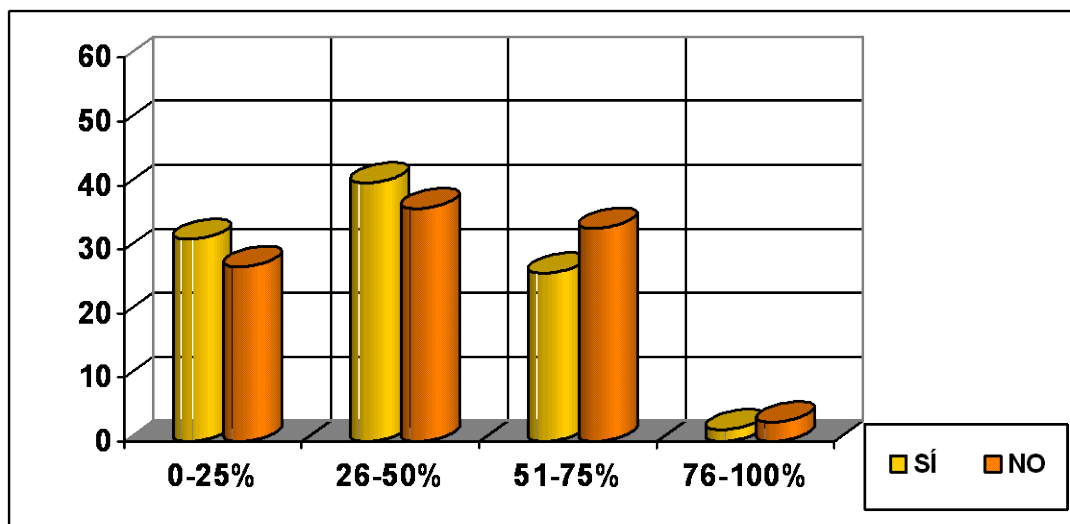


**Gráfico 85** rol autónomo en función de la docencia

Se observa que aquellos profesionales que realizan docencia son quienes más implicados están en valorar, planificar y evaluar los cuidados de enfermería, así como su registro. En cambio, quienes no realizan docencia, son los que más participan en sesiones de enfermería, multidisciplinares, y buscan soluciones con todo el equipo.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>sí</b>	<b>no</b>	<b>sig</b>	<b>dif</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo				
0 – 25%	31,6	27,3		
26 – 50 %	40,4	36,4		
51 – 75%	26,3	33,3		
76 – 100%	1,8	3		

**Tabla 44**

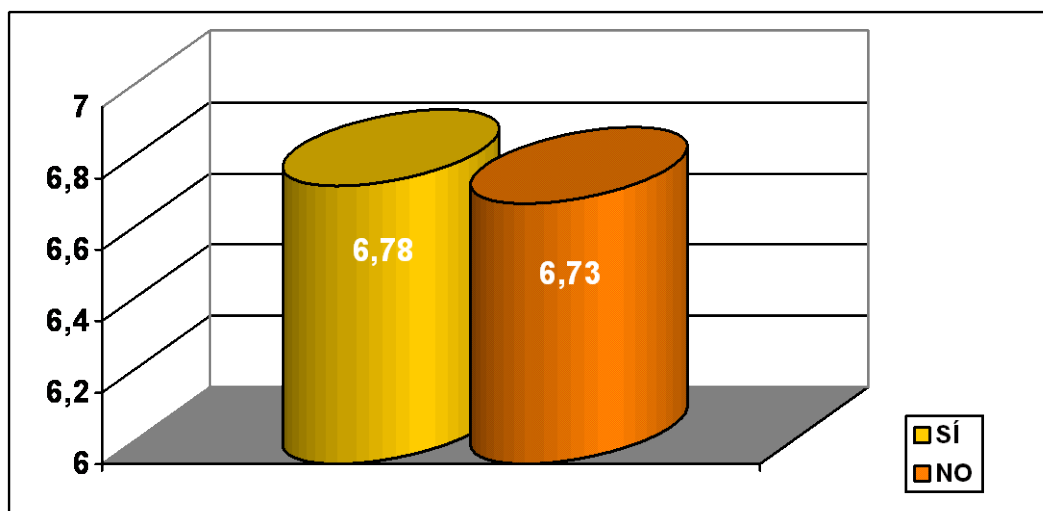


**Gráfico 86** porcentaje de dedicación al rol autónomo según docencia

Los profesionales que realizan docencia son los que dedican un máximo del 50% del tiempo al rol autónomo, en cambio aquellos que no practican la docencia son quienes dedican entre un 50 y un 100% de su tiempo al rol autónomo.

### **Variables de la motivación de enfermería**

No se observan diferencias significativas en el nivel de motivación del ejercicio del rol autónomo según la práctica (6,78) o no de la docencia (6,73).



**Gráfico 87** nivel de motivación en el ejercicio del rol según docencia

MOTIVACIÓN	sí	no	sig	dif
1. Tener un empleo seguro	3,00	3,34		
2. Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,40	2,74	,045	1<2
3. Tener promoción profesional	3,29	3,34		
4. Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,48	3,62		
5. Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,71	3,75		
6. Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,69	3,76		
7. Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,60	3,46		
8. El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,32	3,28		
9. Disponer de suficiente autonomía	3,67	3,51		
10. Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,78	3,65	,003	1>2
11. Responsabilidad en la toma de decisiones	3,67	3,53	,018	1>2
12. Buena relación interpersonal con el equipo	3,72	3,60	,014	1>2
13. Promoción de la salud	3,36	3,28	,009	1>2
14. Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,53	3,35		
15. Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,84	2,79		
16. Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,60	3,62		

Tabla 45

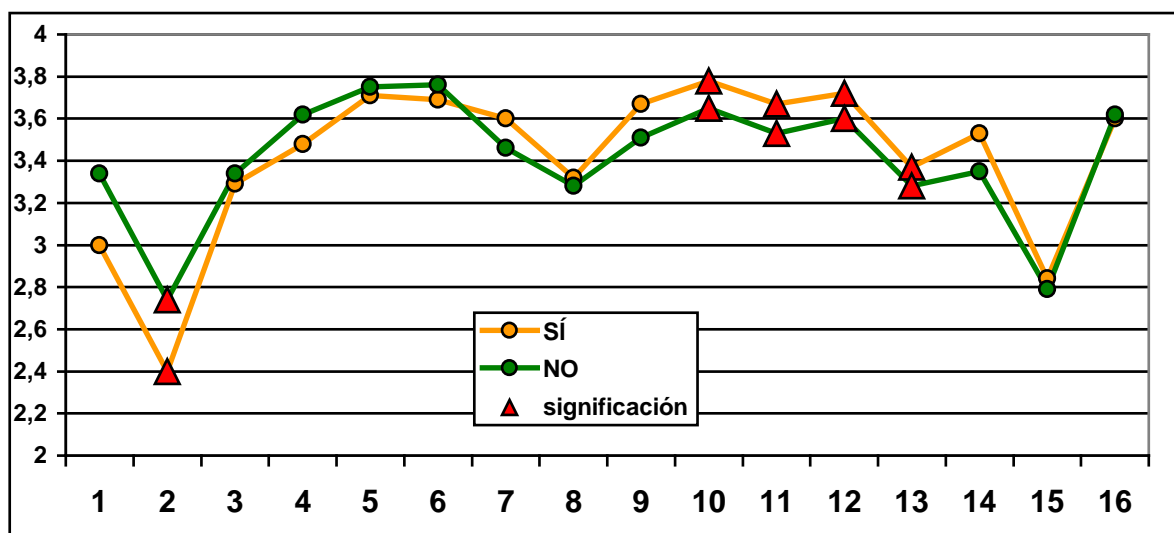


Gráfico 88 motivación en el ejercicio del rol autónomo en relación con la docencia

Para los profesionales que no realizan actividad docente les motiva más ganar el máximo dinero posible. En cambio, los que realizan docencia se sienten más motivados por el reconocimiento de la calidad de los cuidados, la



asunción de responsabilidad de la toma de decisiones, el mantenimiento de una buena relación con los miembros del equipo y la promoción de la salud.

MOTIVACIÓN	sí	no	sig	dif
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	35,1	48,5		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	90,7	89,7		
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	80,7	79,4		
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	13,2	3	,037	1>2
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	84,5	82,4		
6. Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	41,1	56,7		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	50	64,7		
8. Tu superior valora tus aportaciones	27,3	27,7		
9. Tu equipo valora tus aportaciones	37,9	48,5		

Tabla 46

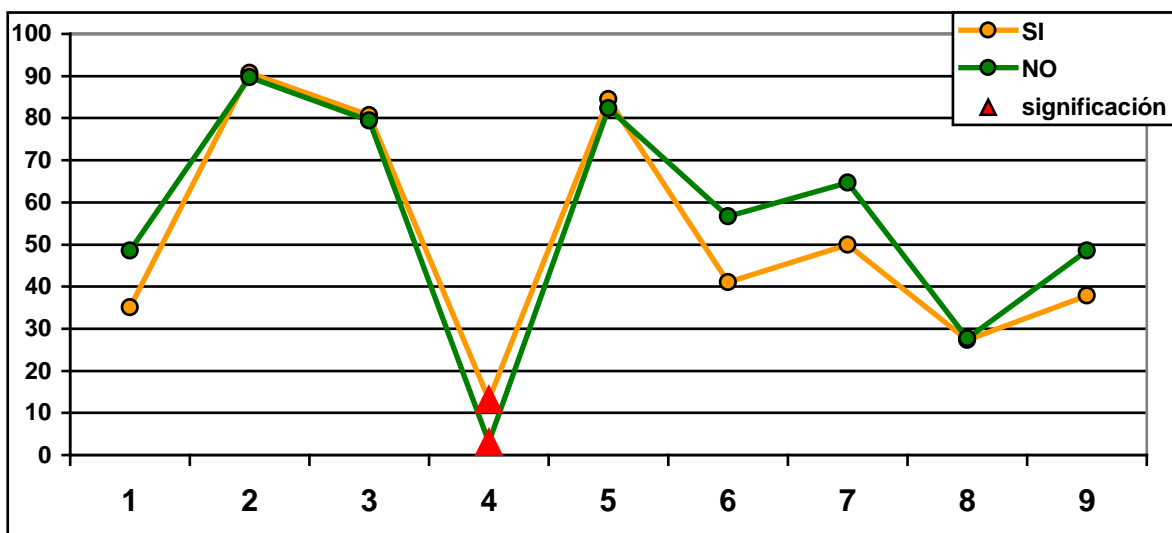


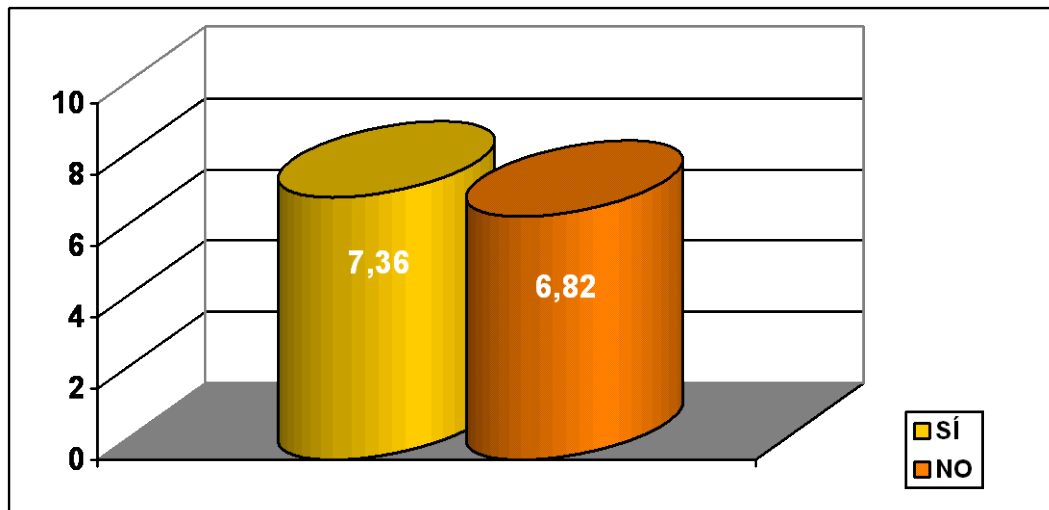
Gráfico 89 motivación en el ejercicio del rol autónomo en relación con la docencia

En el ítem referente a si cambiarías de trabajo bajo las mismas condiciones laborales, se observa que son los que realizan docencia quienes están más motivados por cambiar. En cambio, los que no realizan docencia se sienten más motivados por el hecho de que su superior jerárquico y su equipo les permitan realizar su rol con autonomía. También éstos se sienten motivados

por tener suficiente autonomía en el desarrollo de su profesión y por la valoración de sus aportaciones por parte del equipo.

MOTIVACIÓN	sí	no	sig	dif
1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	7,36	6,82		

**Tabla 47**



**Gráfico 90** dedicación fuera del horario laboral en relación con la docencia

La dedicación a la profesión fuera del horario laboral es ligeramente superior en los profesionales docentes en comparación a los que no la realizan. A pesar de ello, la diferencia no es significativa.

### Análisis del rol autónomo en función del TIPO DE ORGANIZACIÓN

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función del **TIPO DE ORGANIZACIÓN**

CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN		hosp. 3er nivel público	hosp 3er nivel privado	centro socio-sanitar	signif	diferencia
1.	Conoces la misión de tu institución	51,7	94,3	71,4	,000	2 >3>1
2.	Conoces los valores de tu institución	48,3	83	50	,000	2 >3>1
3.	Te sientes identificado con la institución	40,4	38,8	71,4		
4.	Conoces el modelo de enfermería	57,9	84,6	85,7	,004	3 >2>1
5.	Dispones de instrumentos de recogida datos	38,6	65,4	78,6	,003	3 >2>1
6.	Lo utilizas en tu trabajo diario	33,3	44,2	85,7	,002	3 >2>1

Tabla 48

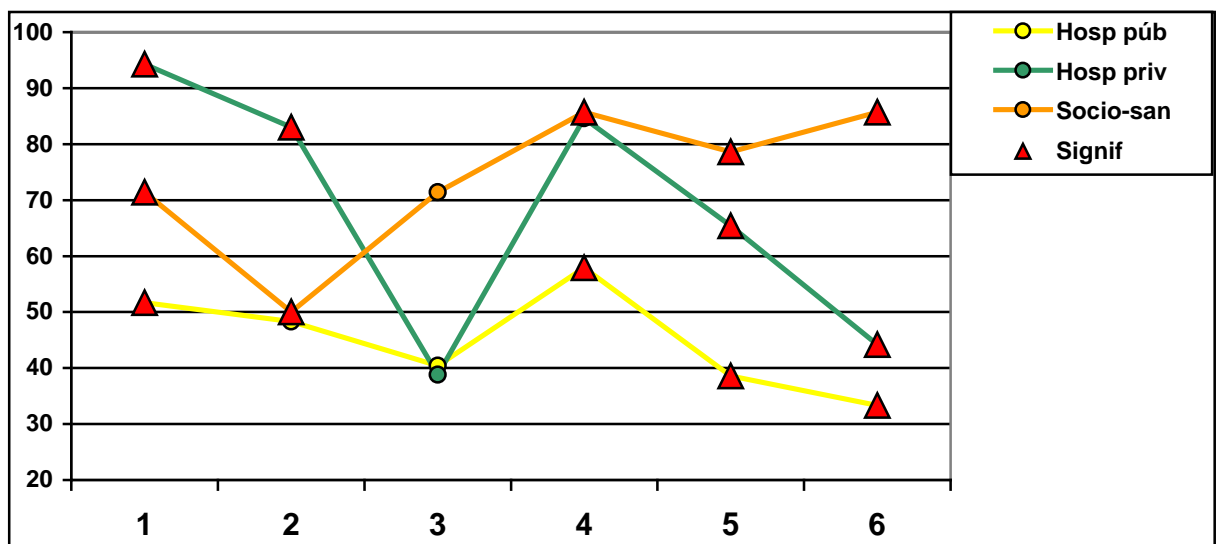


Gráfico 91 conocimiento de la institución relacionado con el tipo de organización

Cuando se analiza en la tabla 48 las diferentes organizaciones donde se basa nuestro estudio se observan diferencias significativas acerca del conocimiento de la institución. Son pues las enfermeras/os del hospital privado los que mayor conocimiento tienen de la filosofía en que se basa dicha

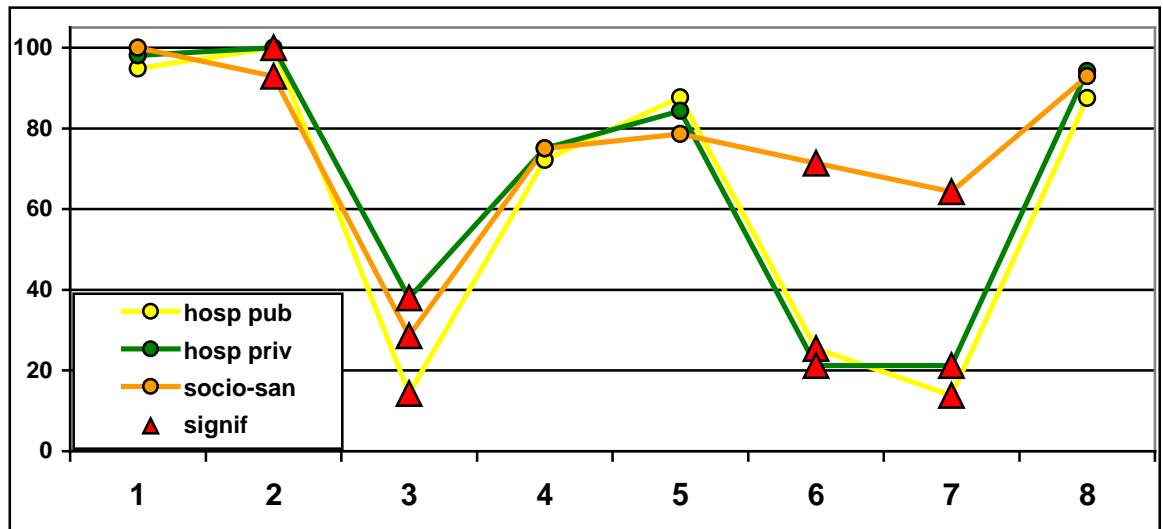
organización. Cabe destacar que es este mismo hospital donde sus enfermeras /os menos identificados se sienten con su institución. Siendo este un dato no significativo en este estudio.

También son datos significativos en la tabla 48 que las enfermeras/os donde más conocen el modelo de enfermería, tienen instrumento de recogida de datos y donde más lo cumplimentan es el centro socio sanitario.

### **Variables del rol autónomo de enfermería**

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>hosp. 3er nivel público</b>	<b>hosp 3er nivel privado</b>	<b>centro socio-sanitar</b>	<b>signif</b>	<b>diferenc</b>
1. Conoces tu rol autónomo	94,8	98,1	100		
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	100	92,9	,018	1i2>3
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	14,3	38	28,6	,020	2>3>1
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	72,2	75	75		
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	87,7	84,3	78,6		
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	25,4	21,2	71,4	,001	3>1>2
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	13,8	21,2	64,3	,000	3>2>1
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	87,5	94,2	92,9		

**Tabla 49**



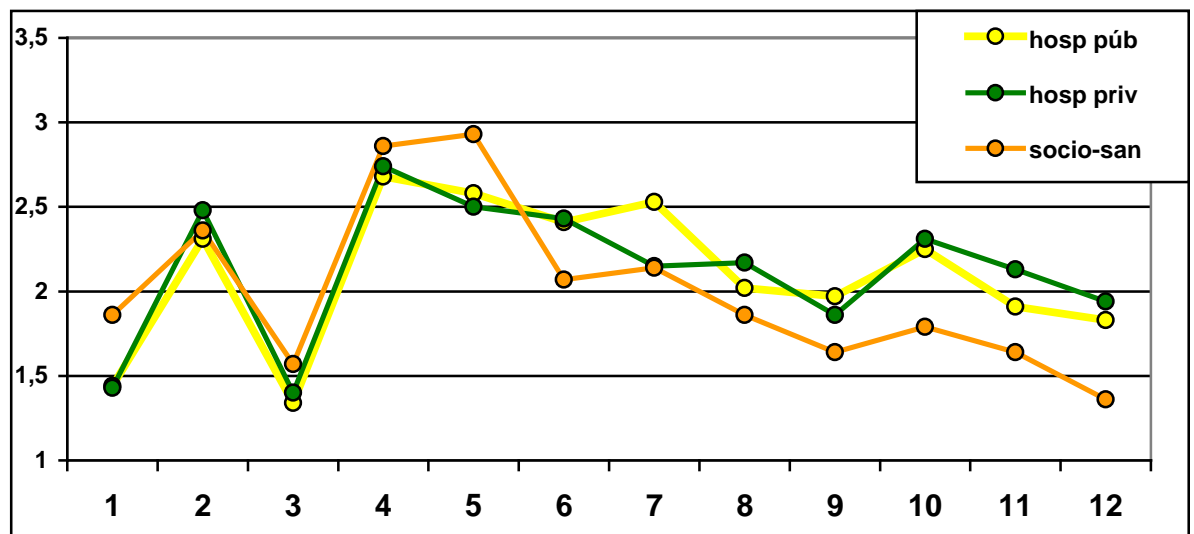
**Gráfico 92 rol autónomo relacionado con el tipo de organización**

En los datos obtenidos en la tabla 49 y observados en el gráfico 92, se valoran las variables del rol autónomo, observamos datos significativos: para los profesionales de los hospitales público y privado es imprescindible una base teórica para el desarrollo de rol autónomo. Son sólo las enfermeras/os del hospital privado los que consideran que su institución les valora el ejercicio del rol autónomo. Y son los profesionales del centro socio sanitario donde mas sesiones de enfermería y de equipo multidisciplinar se hacen.

No es un dato significativo pero cabe resaltar que en los tres centros de nuestra investigación las enfermeras /os se sienten muy orgullosos de su profesión.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>		<b>hosp. 3er nivel público</b>	<b>hosp. 3er nivel privado</b>	<b>centro socio-sanitar</b>	<b>signif</b>	<b>difer</b>
1.	Participas en sesiones de enfermería	1,44	1,43	1,86		
2.	Buscas soluciones colaborativas con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,31	2,48	2,36		
3.	Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,34	1,40	1,57		
4.	Haces la valoración inicial al ingreso	2,68	2,74	2,86		
5.	La registras	2,58	2,50	2,93		
6.	Planificas los cuidados de enfermería	2,41	2,43	2,07		
7.	Los registras	2,53	2,15	2,14		
8.	Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2,02	2,17	1,86		
9.	Los registras	1,97	1,86	1,64		
10.	Tomas medidas en función de esta evaluación	2,25	2,31	1,79		
11.	Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	1,91	2,13	1,64		
12.	Programas espacios educación para paciente-familia	1,83	1,94	1,36		

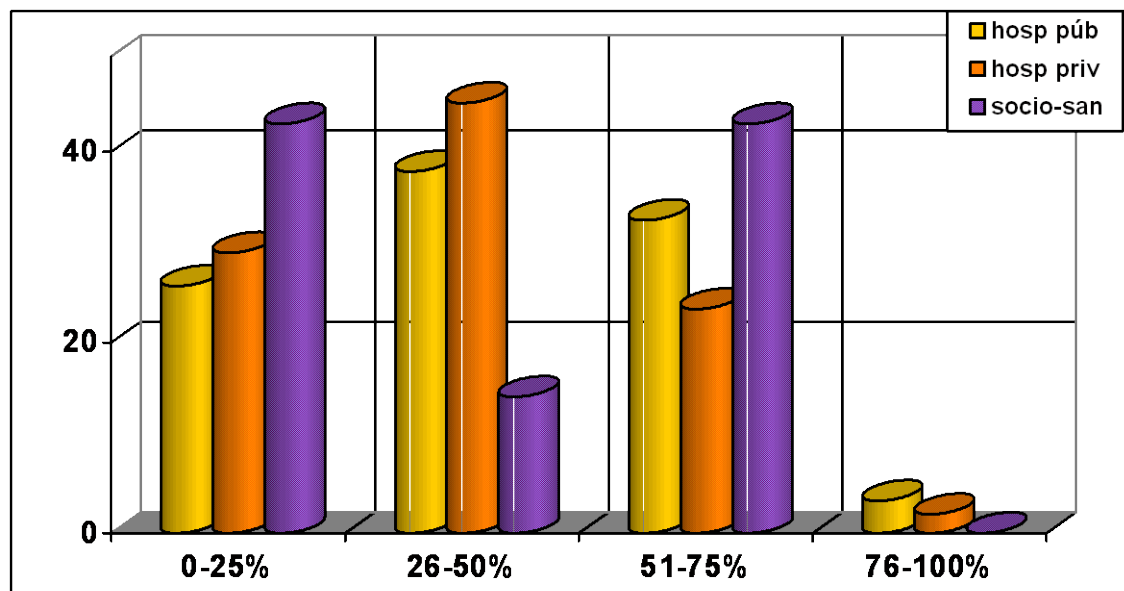
**Tabla 50**



**Gráfico 93** rol autónomo relacionado con el tipo de organización

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>hosp. 3er nivel público</b>	<b>hosp 3er nivel privado</b>	<b>centro socio-sanitar</b>	<b>signif</b>	<b>difern</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo					
0 – 25%	25,9	29,4	42,9		
26 – 50%	37,9	45,1	14,3		
51 – 75%	32,8	23,5	42,9		
76 – 100%	3,4	2	0		

**Tabla 51**

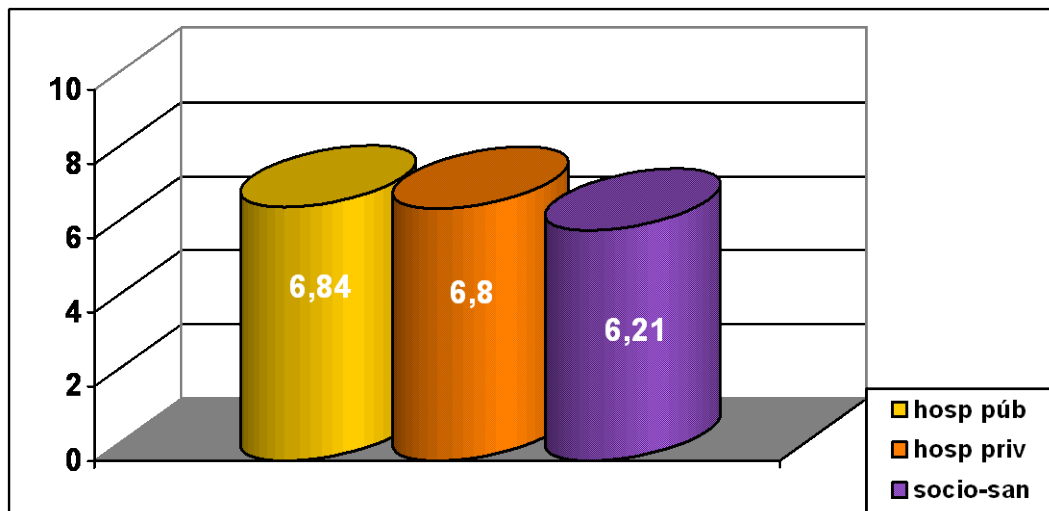


**Gráfico 94** porcentaje de dedicación al rol relacionado con el tipo de organización

En la tabla 51, no obtenemos datos significativos pero si llama la atención la distribución del porcentaje de dedicación al rol autónomo que los profesionales del centro socio sanitario sitúan su dedicación en las franjas del 0-25% y 51-75%. Para los profesionales del hospital privado y público, sus mayorías se sitúan en la franja de 26-50%.

### **Variables de motivación en enfermería**

El nivel de motivación para los profesionales de los tres tipos de organizaciones, Hospital de 3<sup>er</sup> nivel público (6,84) Hospital de 3<sup>er</sup> nivel privado (6,80) y Centro socio sanitario ( 6,21). No existen diferencias significativas, pero sí que podemos observar un ligero descenso en la motivación del Centro socio sanitario.



**Gráfico 95 nivel de motivación relacionado con el tipo de organización**



MOTIVACIÓN		hosp. 3er nivel público	hosp 3er nivel privado	centro socio-sanitar	signif	difer
1.	Tener un empleo seguro	3,20	3,15	3,21		
2.	Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,51	2,60	2,79		
3.	Tener promoción profesional	3,20	3,42	3,43		
4.	Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,68	3,49	3,29		
5.	Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,75	3,72	3,71		
6.	Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,69	3,75	3,79		
7.	Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,47	3,56	3,57		
8.	El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,29	3,31	3,29		
9.	Disponer de suficiente autonomía	3,56	3,54	3,86		
10.	Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,66	3,74	3,79		
11.	Responsabilidad en la toma de decisiones	3,56	3,68	3,43		
12.	Buena relación interpersonal con el equipo	3,71	3,60	3,64		
13.	Promoción de la salud	3,29	3,38	3,14		
14.	Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,42	3,43	3,50		
15.	Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,83	2,85	2,64		
16.	Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,58	3,62	3,71		

Tabla 52

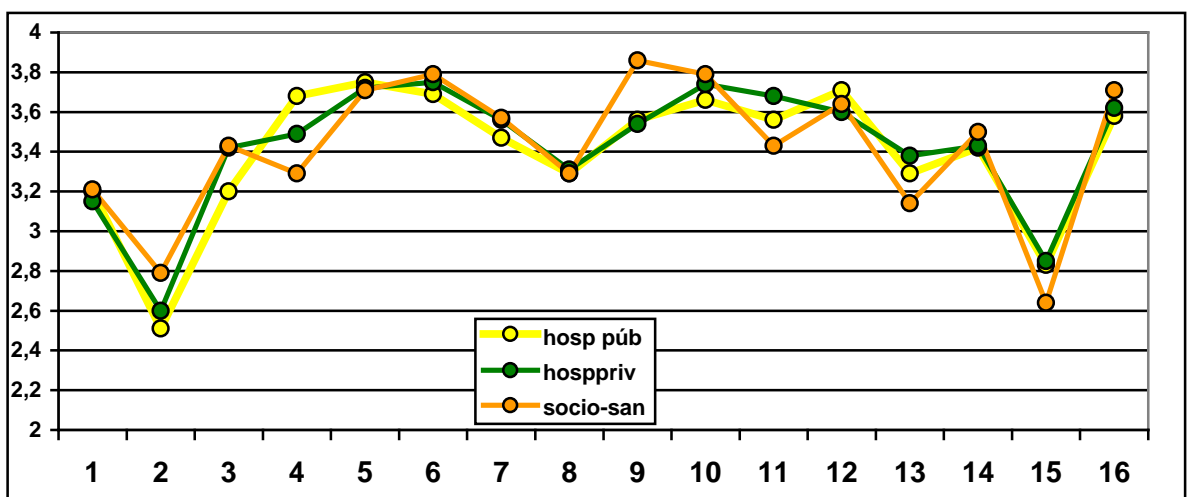


Gráfico 96 motivación relacionado con el tipo de organizació

Para las variables de motivación de la tabla 52 no se observa datos significativos y la distribución de sus valores en los tres centros es muy homogénea.

MOTIVACIÓN	hosp. 3er nivel público	hosp 3er nivel privado	centro socio-sanitar	signif	diferencia
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	39	42,3	57,1		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	87,7	90,4	100		
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	84,5	75,5	78,6		
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	11,1	3,9	7,1		
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	91,5	71,7	92,9	,011	3>1>2
6. Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	50,9	55,8	21,4		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	59,6	54,7	64,3		
8. Tu superior valora tus aportaciones	17,9	42	14,3	,010	2>3>1
9. Tu equipo valora tus aportaciones	37,3	47,2	57,1		

Tabla 53

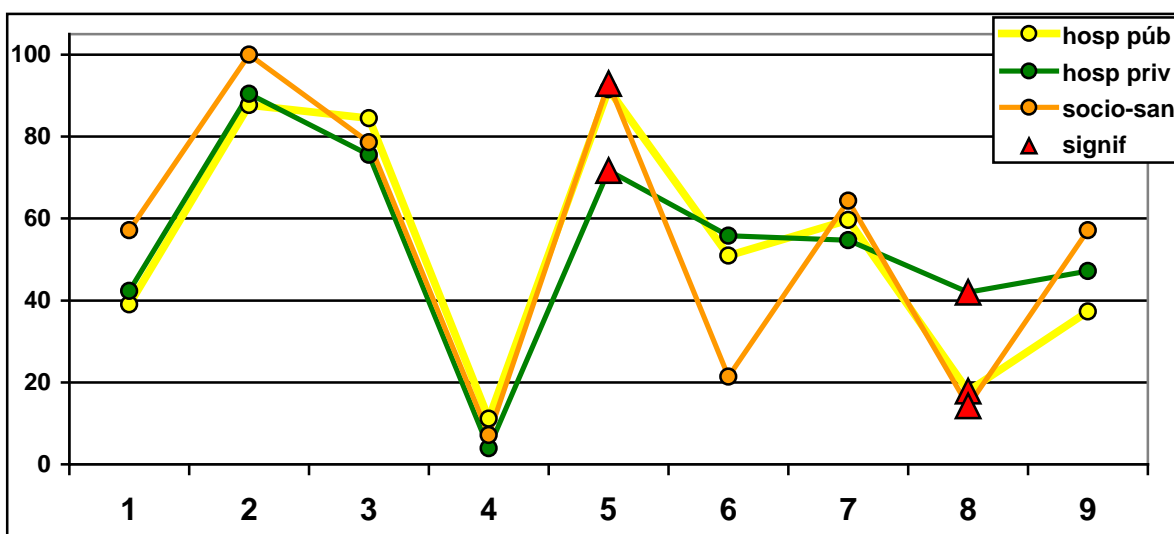


Gráfico 97 motivación relacionada con el tipo de organización

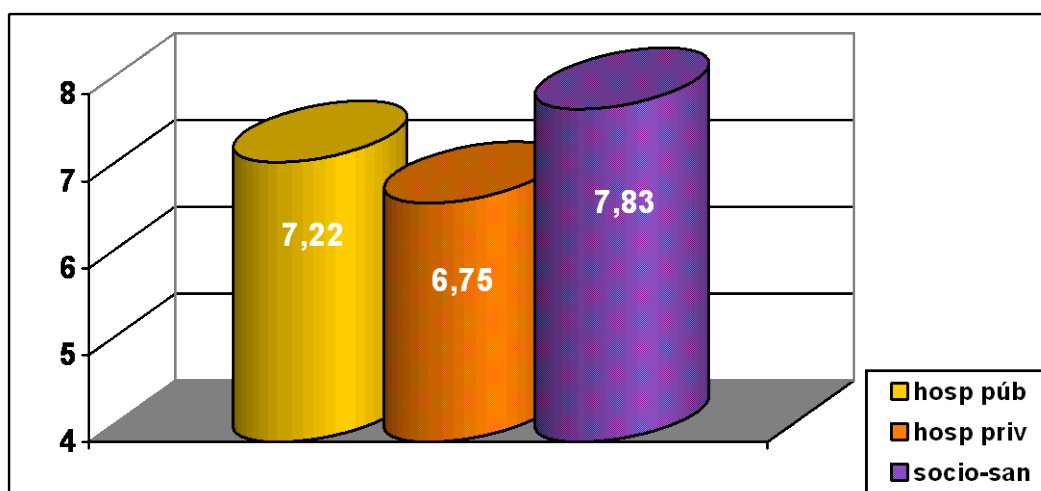
En la tabla 53 se observa dos ítems significativos: la motivación en hacer los cuidados con la mayor calidad que, para los profesionales del centro socio sanitario obtenemos un valor de (92,9) para el hospital público el valor es de (91,5). Y para los profesionales del hospital privado el valor es de (71,7), es este el valor que mantiene la significación y el que nos sorprende cuando lo contrastamos con el ítem anterior de la misma tabla: “Cambiarías de profesión

en iguales condiciones” de estos profesionales obtenemos un valor de (3,9) a diferencia de los profesionales del hospital público que en la misma pregunta obtenemos un valor de (11,1).

Otro ítem con significación, es la valoración que hace el supervisor de las aportaciones. Esta vez son los profesionales del hospital privado los que se sienten motivados porque sus superiores valoran sus aportaciones (42) valor muy superior a los profesionales del hospital público que obtenemos un valor de (17,9) o de los profesionales del centro socio sanitario con un valor de (14,4).

MOTIVACIÓN	hosp. 3er nivel público	hisp 3er nivel privado	centro socio-sanitar	signif	difer
1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	7,22	6,75	7,83		

**Tabla 54**



**Gráfico 98 dedicación fuera del horario laboral relacionado con tipo de organización**

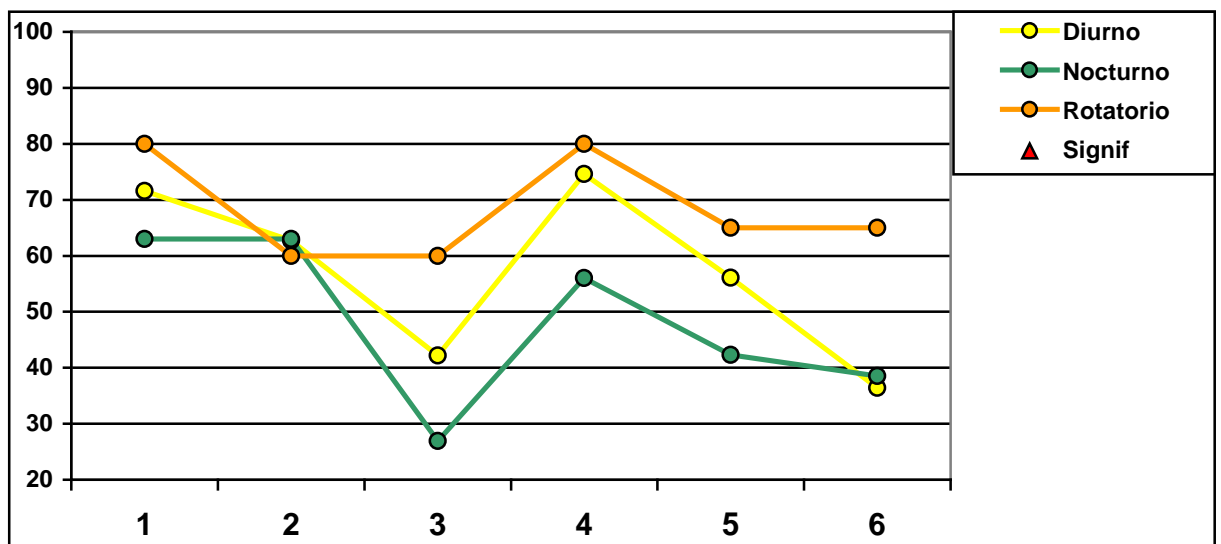
Sin haber significaciones entre los tres centros podemos destacar esta hora a la semana que hacen, de más dedicación las enfermeras /os del centro socio sanitario.

### Análisis del rol autónomo en función del **TURNO DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función del **TURNO DE TRABAJO**.

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>		diurno	nocturno	rotatorio	signif	diferencia
1.	Conoces la misión de tu institución	71,6	63	80		
2.	Conoces los valores de tu institución	62,7	63	60		
3.	Te sientes identificado con la institución	42,2	26,9	60		
4.	Conoces el modelo de enfermería	74,6	56	80		
5.	Dispones de instrumentos de recogida datos	56,1	42,3	65		
6.	Lo utilizas en tu trabajo diario	36,4	38,5	65		

**Tabla 55**



**Gráfico 99** conocimiento de la institución relacionado con el turno de trabajo

Como dato curioso se observa que no hay significación en ninguno de estos ítems, pero prevalecen valores más elevados en el personal rotatorio en casi cada uno de estos ítems, a excepción de valores en que todos ellos los conocen por un igual.

### Variables del rol autónomo de enfermería

ROL AUTÓNOMO		diurno	nocturno	rotatorio	signif	diferenc
1.	Conoces tu rol autónomo	97	92,6	100		
2.	Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	100	100	95		
3.	Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	15,6	25,9	52,6	,004	3>2>1
4.	Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	73	65	83,3		
5.	Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	89,7	76	73,7		
6.	Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	20,6	26,9	45		
7.	Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	13,4	23,1	45	,010	3>2>1
8.	Te sientes orgulloso/a de tu profesión	89,6	92	95		

Tabla 56

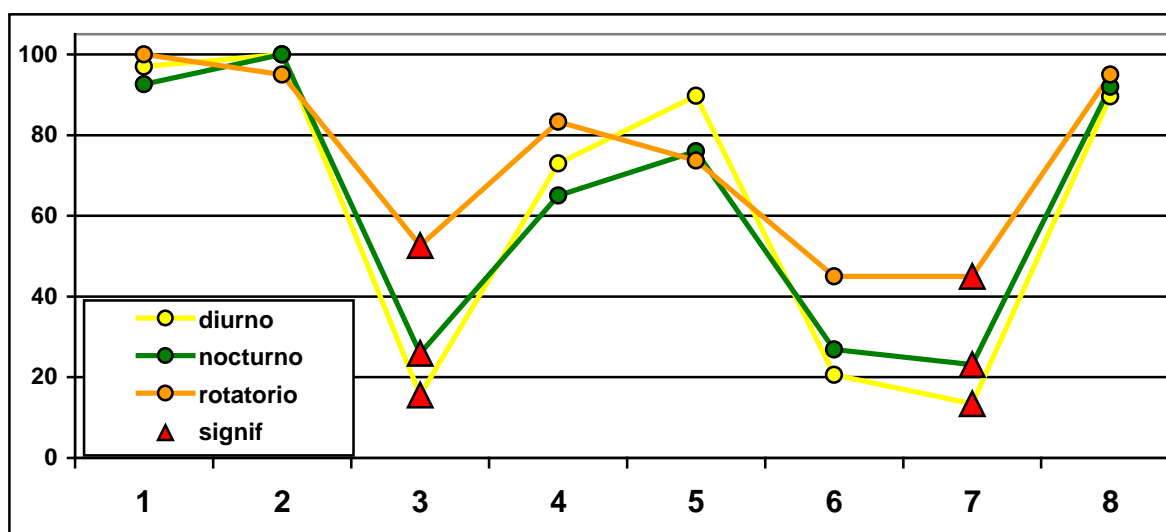


Gráfico 100 rol autónomo relacionado con el turno de trabajo

En las cuestiones referentes al rol autónomo se encuentran resultados significativos como es el reconocimiento del rol autónomo por parte de la institución y las sesiones del equipo multidisciplinar. En ambos ítems se van casi duplicando según los turnos: inferior el diurno, duplicado el nocturno y, duplicado el rotatorio que son quienes creen que más valoran sus responsables su rol autónomo y quienes más creen que se realizan sesiones con el equipo multidisciplinar.

ROL AUTÓNOMO		diurno	nocturno	rotatorio	signif	difer
1.	Participas en sesiones de enfermería	1,43	1,44	1,75		
2.	Buscas soluciones colaborativas con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,42	2,19	2,35		
3.	Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,39	1,37	1,45		
4.	Haces la valoración inicial al ingreso	2,71	2,70	2,85		
5.	La registras	2,52	2,52	2,80		
6.	Planificas los cuidados de enfermería	2,46	2,44	2,15		
7.	Los registras	2,40	2,22	2,30		
8.	Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2,10	1,93	2		
9.	Los registras	1,88	1,85	1,85		
10.	Tomas medidas en función de esta evaluación	2,25	2,20	2,05		
11.	Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	2	1,96	1,85		
12.	Programas espacios educación para paciente-familia	1,97	1,70	1,55		

Tabla 57

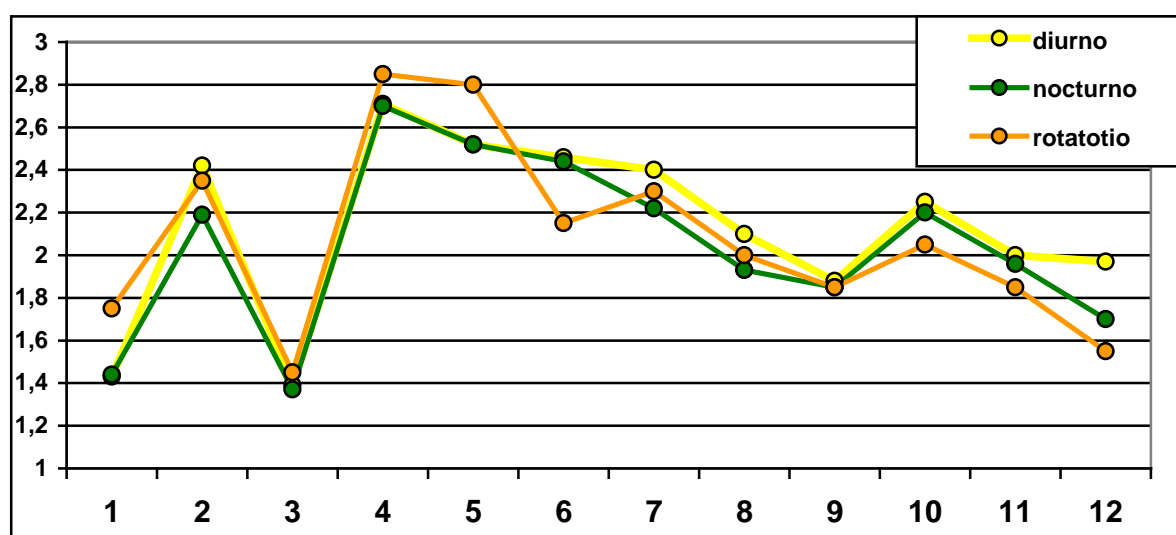


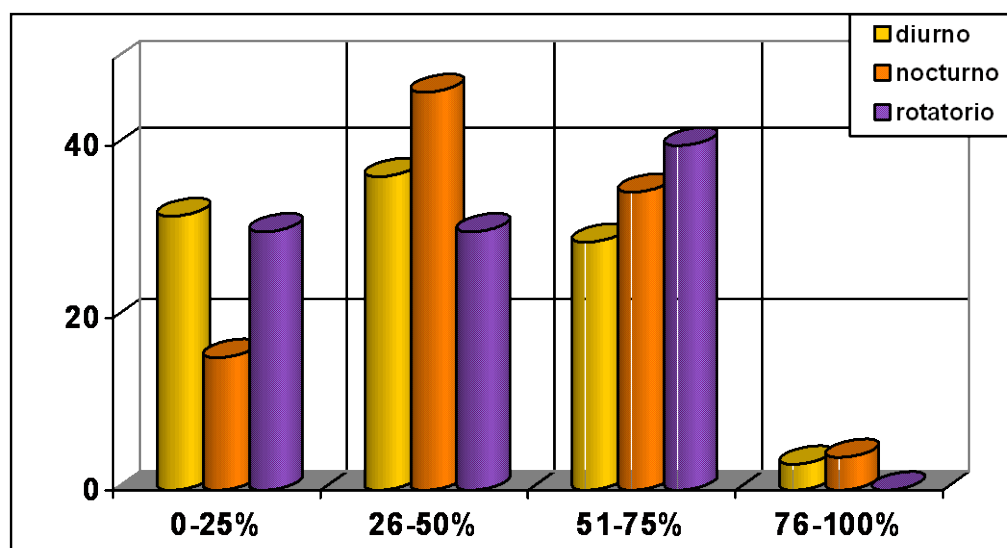
Gráfico 101 rol autónomo relacionado con el turno de trabajo

En este apartado, se observan resultados muy similares en los tres turnos de trabajo, mencionar que el turno rotatorio cree que planifica menos los cuidados de enfermería, toma menos medidas en función de la evaluación,

pacta menos los objetivos de los cuidados con el enfermo y programa menos espacios de educación con el paciente – familia. Puede ser motivo de ello, que estos profesionales con turno rotatorio no tienen facilidad de implicarse tanto en los servicios ni en la continuidad de los cuidados.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>diurno</b>	<b>nocturno</b>	<b>rotatorio</b>	<b>signif</b>	<b>difer</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo					
0 – 25%	31,8	15,4	30		
26 – 50%	36,4	46,2	30		
51 – 75%	28,8	34,6	40		
76 – 100%	3	3,8	0		

**Tabla 58**



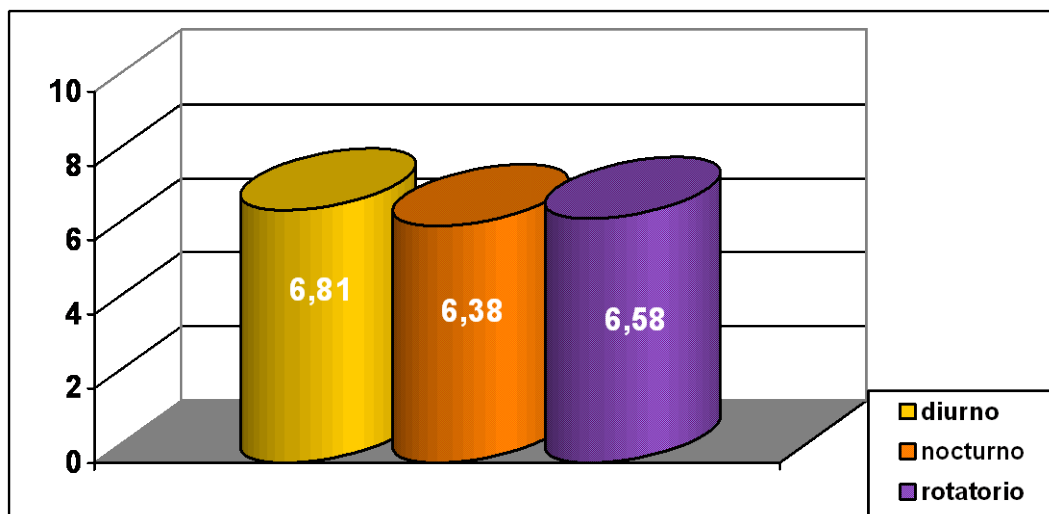
**Gráfico 102** porcentaje de dedicación al rol relacionado con el turno de trabajo

Los porcentajes centrales, es decir, los comprendidos entre el 26% y 75%, reúnen la mayor parte de las enfermeras que dedican su tiempo al rol autónomo. En el turno diurno le dedican entre el 26% y 75% el 65,2%, en el turno nocturno el 80,8% y, en el rotatorio el 70%.

Profesionales que dediquen más del 75%, sólo hay un 6,8%.

### **Variables de motivación en enfermería**

El nivel de motivación en el ejercicio del rol autónomo en los diferentes turnos es para el turno diurno: ( 6,8), turno nocturno: ( 6,38) y para el turno rotatorio: ( 6,58). No existen a este nivel diferencias significativas, pero si que se observa una mayor motivación para los turnos diurnos.



**Gráfico 103** nivel de motivación del rol relacionado con el turno de trabajo



MOTIVACIÓN		diurno	nocturno	rotato	signif	difer
1.	Tener un empleo seguro	3,15	3,19	3,30		
2.	Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,41	2,78	2,95		
3.	Tener promoción profesional	3,30	3,19	3,45		
4.	Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,63	3,44	3,40		
5.	Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,78	3,67	3,65		
6.	Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,74	3,67	3,75		
7.	Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,63	3,26	3,40		
8.	El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,25	3,41	3,25		
9.	Disponer de suficiente autonomía	3,61	3,44	3,60		
10.	Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,75	3,44	3,80		
11.	Responsabilidad en la toma de decisiones	3,68	3,52	3,40		
12.	Buena relación interpersonal con el equipo	3,69	3,59	3,65		
13.	Promoción de la salud	3,31	3,50	3,05		
14.	Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,47	3,37	3,35		
15.	Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,85	2,70	2,70		
16.	Cuidados de enfermería con la mejor calidad	2,59	3,67	3,60		

Tabla 59

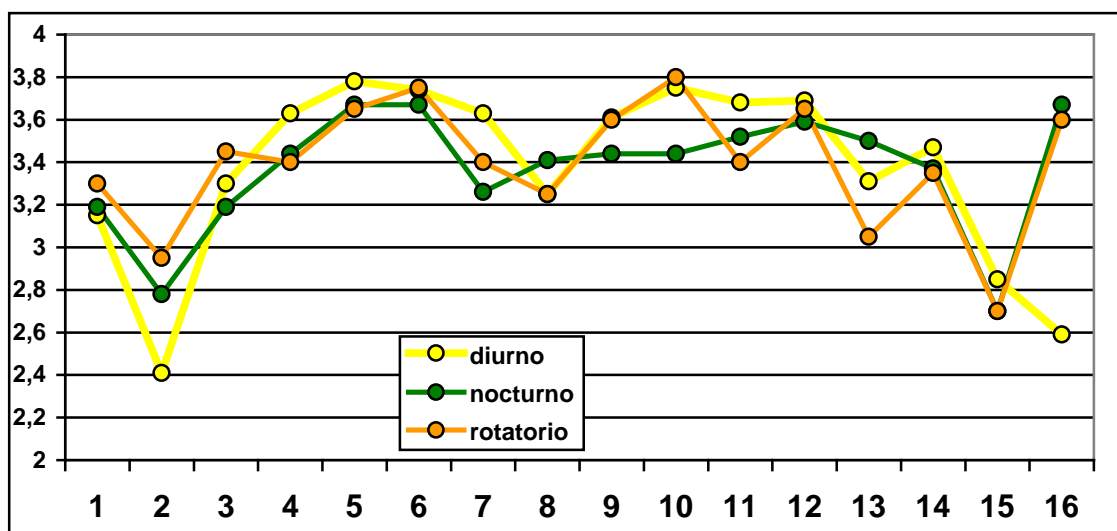


Gráfico104 motivación en el ejercicio del rol autónomo en relación con el turno

En estos ítems acerca de la motivación, se observa como los turnos rotatorios están preocupados por conseguir una estabilidad: destacan en los ítems tener un empleo seguro y ganar el máximo dinero posible. Igualmente

destacan en temas de calidad de cuidados que, parece motivar menos al turno diurno.

MOTIVACIÓN	diurno	nocturno	rotatorio	signif	diferen
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	34,3	48,1	60		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	93,8	77,8	94,7	,048	3>1>2
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	71,6	92,6	90	,033	2>3>1
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	10,9	3,8	5,3		
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	80,9	85,2	85		
6. Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	46,3	64	45		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	50,7	69,2	65		
8. Tu superior valora tus aportaciones	27,7	30,8	20	,001	2>1>3
9. Tu equipo valora tus aportaciones	36,8	48,1	50		

Tabla 60

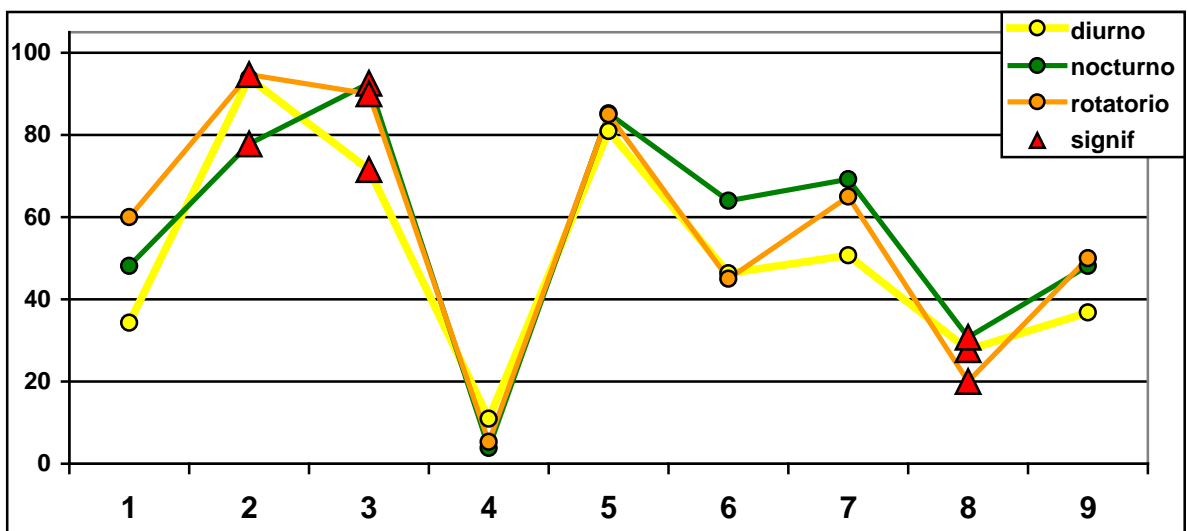


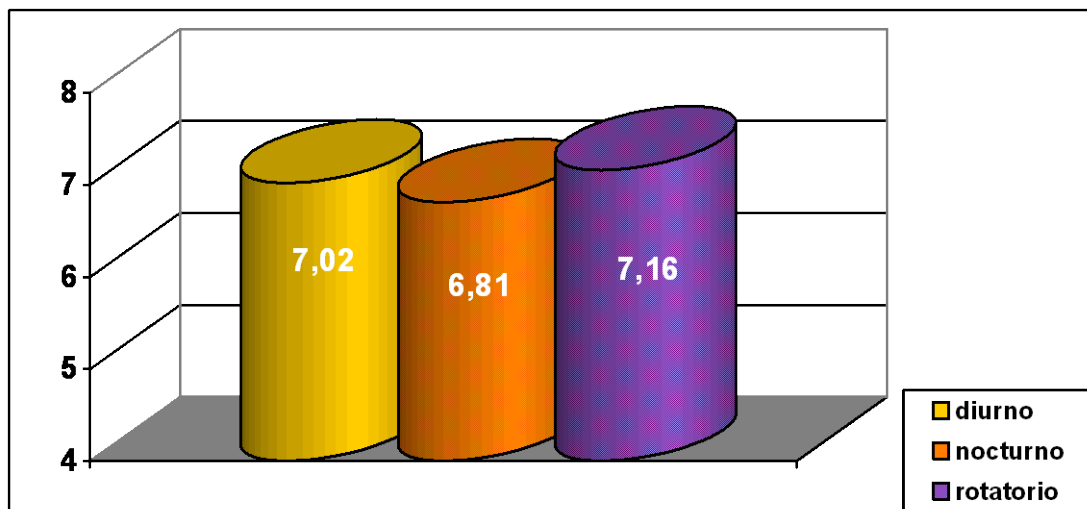
Gráfico105 motivación en el ejercicio del rol autónomo en relación con el turno de trabajo

En este apartado de motivación se observa significación en los apartados: te motiva que tu superior te haga partícipe en proyectos futuros, en

desarrollar tu labor en el servicio deseado, en que tu superior valore tus aportaciones. Al turno rotatorio le motiva más que el superior le haga partícipe en proyectos, mientras que al turno nocturno le motiva más los otros dos ítems. A destacar también que el turno que, claramente a diferencia de los otros, cambiaría de profesión en iguales condiciones, es el turno diurno. Se podría valorar si conseguir un horario diurno, estable, viene acompañado de motivación.

MOTIVACIÓN	diurno	nocturno	rotatorio	signif	diferen
1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	7,02	6,81	7,16		

**Tabla 61**



**Gráfico 106** dedicación a la profesión fuera del horario laboral en función del turno

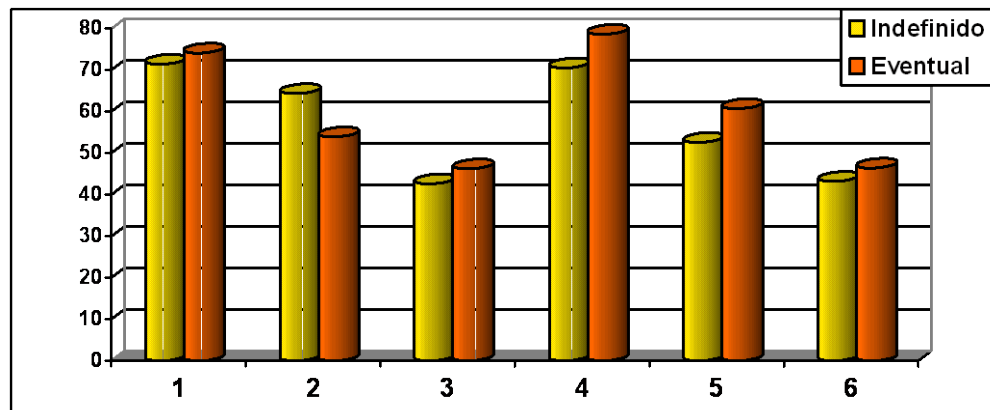
En la tabla 61, no hay datos significativos referentes a la dedicación fuera del horario laboral, los valores obtenidos en los tres grupos de profesionales son para todos ellos muy similares.

Análisis del rol autónomo en función del **CONTRATO DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con **el ROL AUTÓNOMO** en función del **CONTRATO DE TRABAJO**.

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>		indefinido	eventual	signif	difer
1.	Conoces la misión de tu institución	71,4	74,1		
2.	Conoces los valores de tu institución	64,3	53,9		
3.	Te sientes identificado con la institución	42,6	46,2		
4.	Conoces el modelo de enfermería	70,5	78,6		
5.	Dispones de instrumentos para la recogida de datos	52,6	60,7		
6.	Lo utilizas en tu trabajo diario	43,2	46,4		

**Tabla 62**



**Gráfico 107 conocimiento de la institución según contrato de trabajo**

Aunque no hay significación se observa que los contratos de trabajo eventuales tiene un mayor conocimiento de los temas institucionales, se sienten más identificados con la institución, y utilizan más los instrumentos de recogida de datos en su trabajo diario. A destacar que incluso es así en el conocimiento del modelo de enfermería.

Un dato que nos sorprende, no por su significación, si no por su diferencia es que los contratos eventuales se sienten más identificados con la institución.

**Variables del rol autónomo de enfermería**

ROL AUTÓNOMO		indef	event	sig	dif
1.	Conoces tu rol autónomo	95,9	100		
2.	Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	99	100		
3.	Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	22,3	38,5		
4.	Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	72,2	78,6		
5.	Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	83,3	85,2		
6.	Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	30,9	21,4		
7.	Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	24	17,9		
8.	Te sientes orgulloso/a de tu profesión	88,5	100		

Tabla 63

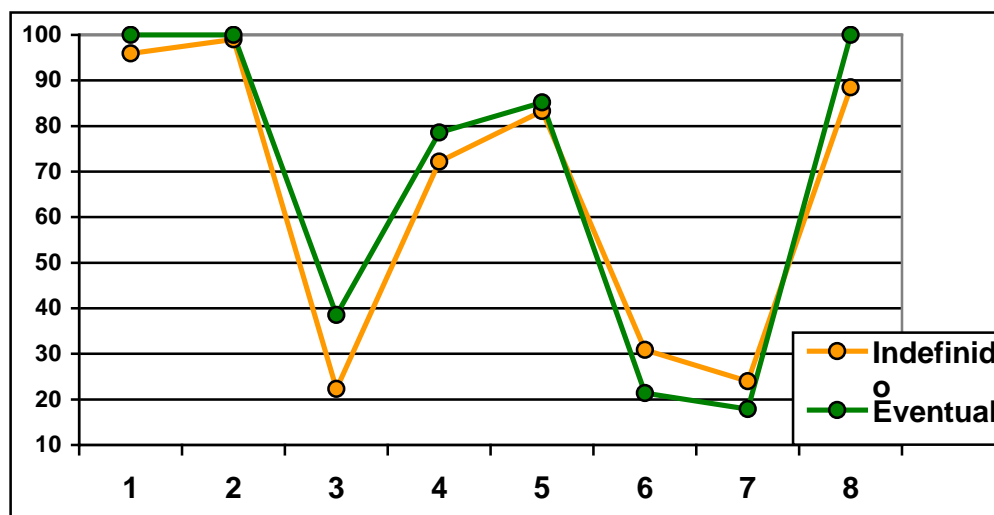


Gráfico 108 rol autónomo en función al contrato laboral

En la tabla 63, no hay significación, pero se observa que los contratados eventuales son más conocedores del rol autónomo, creen necesaria una base teórica, se sienten más valorados, asumen la responsabilidad del rol autónomo, utilizan los protocolos y se sienten más orgullosos de la profesión.

En general, tanto indefinidos como eventuales, se sienten poco valorados.

ROL AUTÓNOMO		indefin	eventu	signif	difere
1.	Participas en sesiones de enfermería	1,49	1,44		
2.	Buscas soluciones colaboradoras con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,34	2,55		
3.	Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,38	1,43		
4.	Haces la valoración inicial al ingreso	2,74	2,64		
5.	La registras	2,54	2,75		
6.	Planificas los cuidados de enfermería	2,41	2,29		
7.	Los registras	2,29	2,46		
8.	Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2,07	2,04		
9.	Los registras	1,86	1,96		
10.	Tomas medidas en función de esta evaluación	2,21	2,25		
11.	Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	1,83	2,14		
12.	Programas espacios educación para paciente-familia	1,83	1,79		

Tabla 64

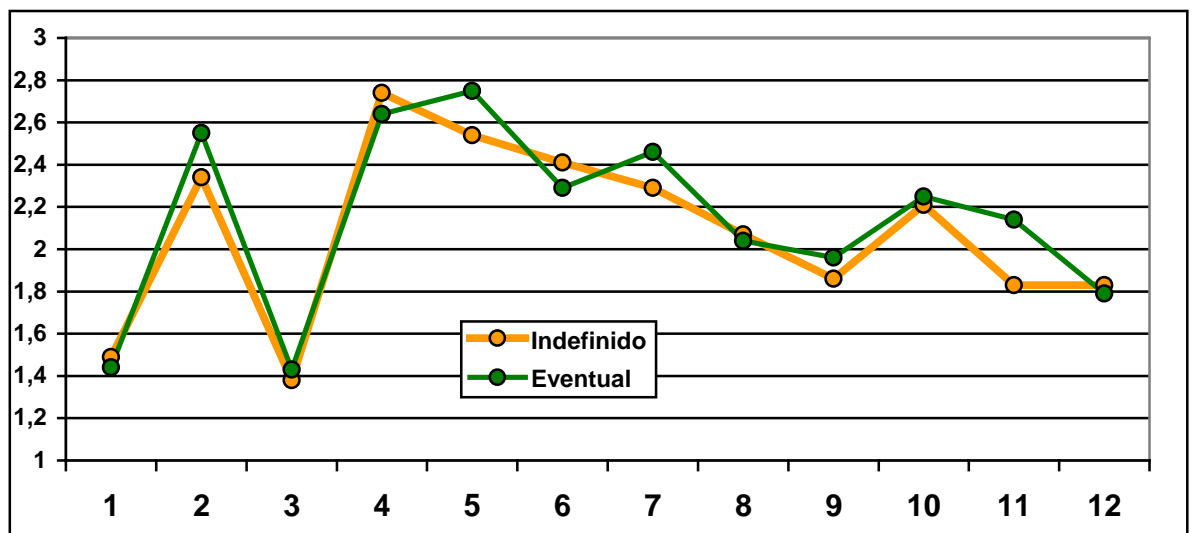
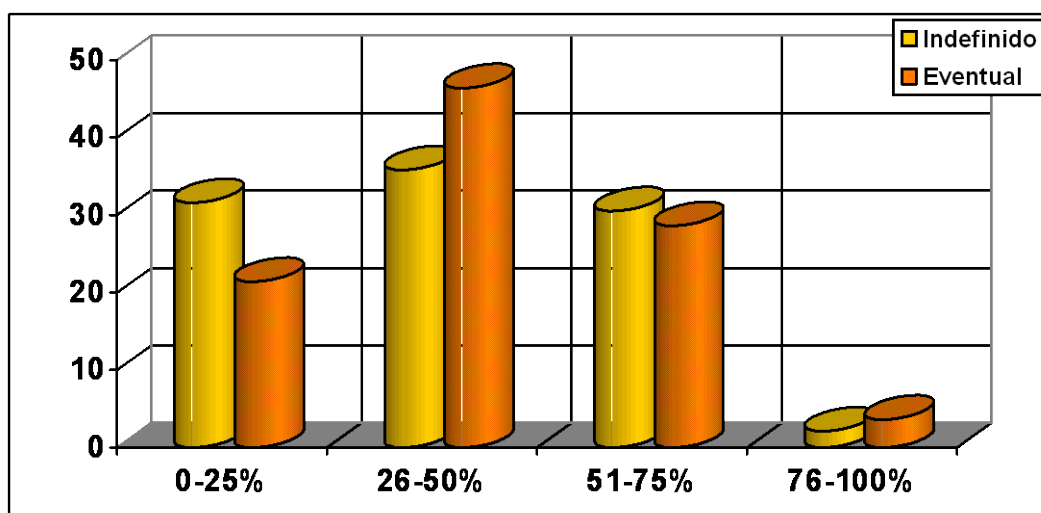


Gráfico 109 rol autónomo en función al contrato laboral

En este apartado no hay datos significativos, pero se observa unos resultados que llaman la atención: los contratados eventuales valoran, planifican y evalúan los objetivos en menor porcentaje que los contratados indefinidos, pero son los contratados eventuales quienes registran más las anteriores etapas del plan de cuidados. Son los eventuales quienes hacen más partícipes al enfermo a la hora de pactar los objetivos en los cuidados.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>indefinido</b>	<b>eventual</b>	<b>signif</b>	<b>difern</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo:				
0 – 25%	31,6	21,4		
26 – 50%	35,8	46,4		
51 – 75%	30,5	28,6		
76 –100%	2,1	3,6		

**Tabla 65**



**Gráfico 110 dedicación al ejercicio del rol autónomo según contrato laboral**

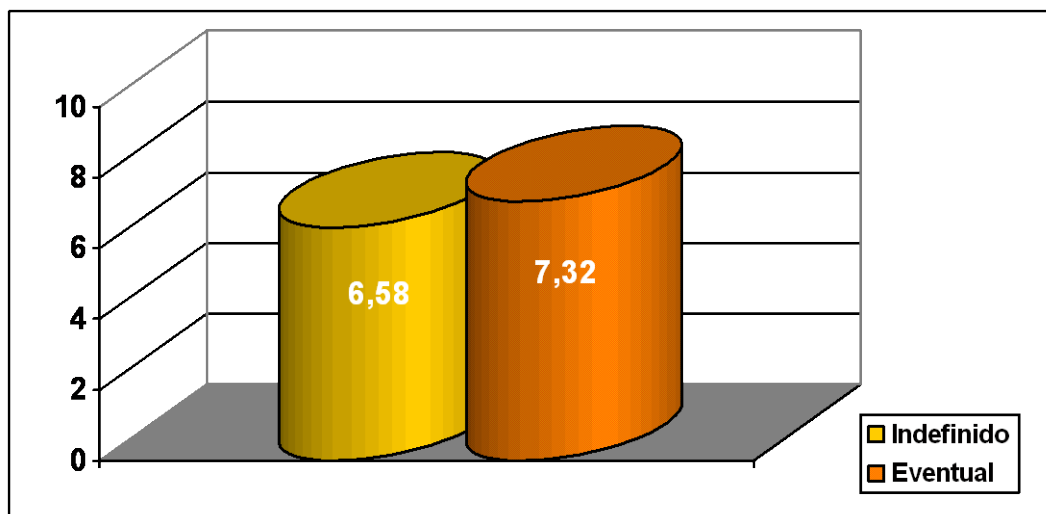
La dedicación al rol autónomo de los contratados eventuales se concentra entre el 26 y 50% de la totalidad de su tiempo. Si nos fijamos en los contratados indefinidos se observa que, entre el 0 y el 75% la distribución de la muestra es uniforme.

Mencionar que sea cual sea el tipo de contrato la dedicación al rol autónomo superior al 75% es inferior al 5% de la totalidad de la muestra.

### **Variables de Motivación de enfermería**

---

En el nivel de motivación profesional que tiene el ejercicio del rol autónomo los datos no son significativos, pero se observa que los contratados de forma eventual (7,32) están más motivados que los contratados de forma indefinida (6,58).



**Gráfico111 motivación de enfermería en el ejercicio del rol autónomo según contrato**



MOTIVACIÓN		indefinido	eventual	signif	diferencia
1.	Tener un empleo seguro	3,03	3,71		
2.	Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,61	2,46		
3.	Tener promoción profesional	3,26	3,54		
4.	Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,52	3,68		
5.	Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,70	3,82		
6.	Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,71	3,79		
7.	Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,51	3,57		
8.	El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,23	3,54		
9.	Disponer de suficiente autonomía	3,58	3,61		
10.	Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,68	3,79		
11.	Responsabilidad en la toma de decisiones	3,61	3,54		
12.	Buena relación interpersonal con el equipo	3,65	3,68		
13.	Promoción de la salud	3,33	3,25		
14.	Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,42	3,50		
15.	Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,77	2,96		
16.	Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,58	3,71		

Tabla 66

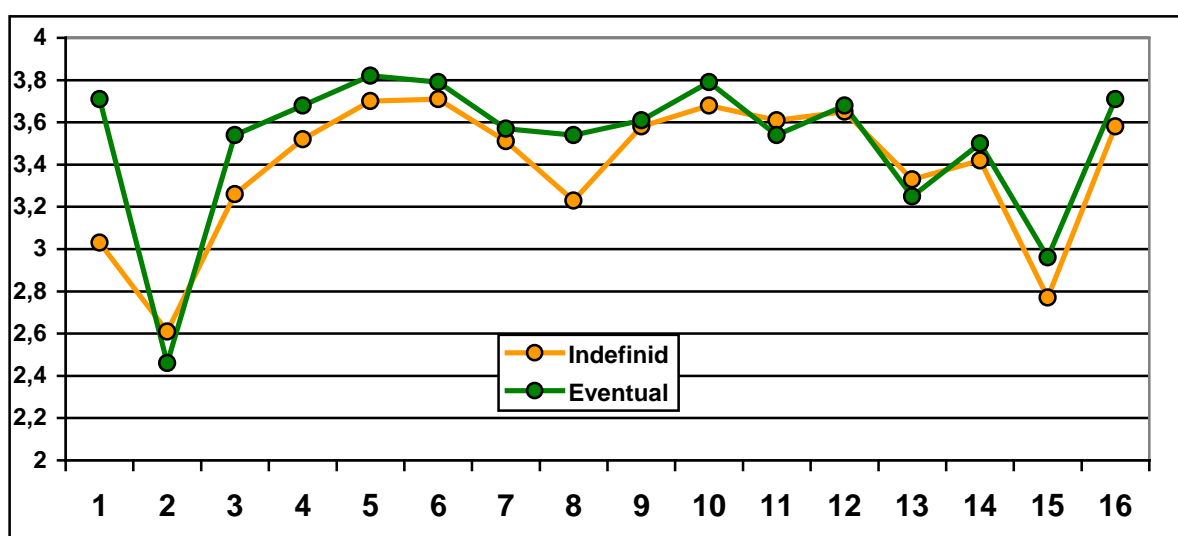


Gráfico 112 motivación en el ejercicio del rol autónomo en función del contrato laboral

En la tabla 66 no hay ningún ítem significativo. Se observa como el ítem de máxima distancia entre indefinidos y eventuales es en la obtención de empleo seguro, lo cual les motiva mucho más a los contratados de forma eventual .

Otro dato interesante es la motivación por la realización del trabajo diario que también motiva más a los contratados eventuales.

MOTIVACIÓN		indefinido	eventual	signif	diferencia
1.	Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	42,3	42,9		
2.	Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	89,4	92,9		
3.	Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	81,4	75		
4.	Cambiarías de profesión en iguales condiciones	9,6	0		
5.	Realizas los cuidados con la mayor calidad	82,7	85,7		
6.	Tu superior permite que realices tu rol con autonomía	46,3	60,7		
7.	Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	60,4	50		
8.	Tu superior valora tus aportaciones	28	25,9		
9.	Tu equipo valora tus aportaciones	42,9	46,4		

Tabla 67

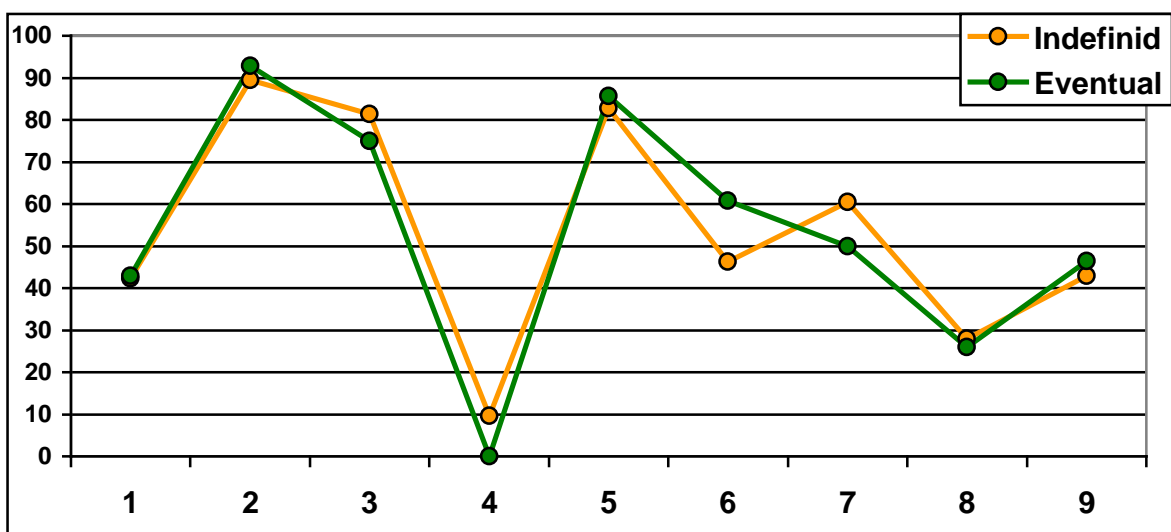


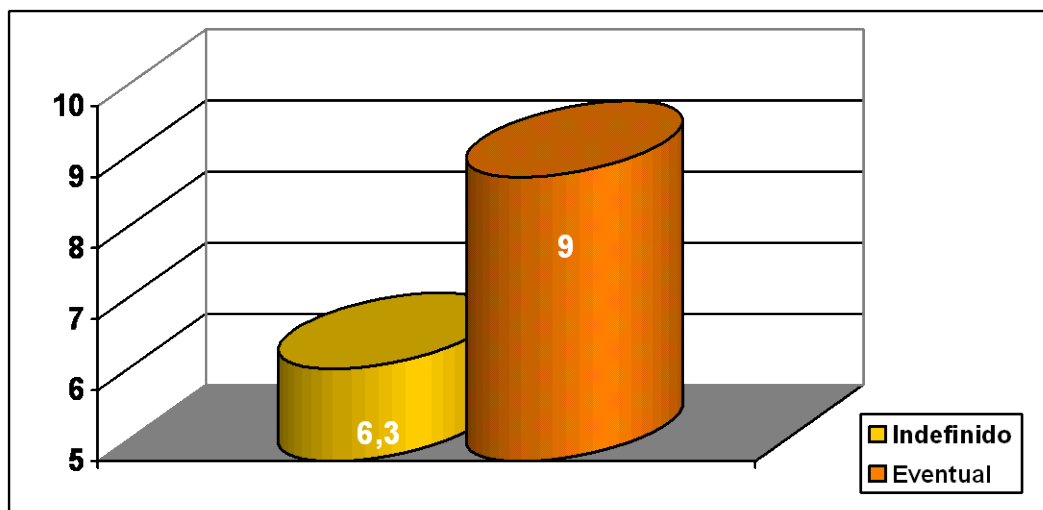
Gráfico 113 motivación en el ejercicio del rol autónomo en función del contrato laboral

En este apartado, no hay datos significativos, pero si mencionar que en el ítem “cambiarías de profesión en iguales condiciones”, de los contratados eventuales no hay ningún caso que lo aceptaría, con lo que se entiende que están desarrollando la profesión que han escogido.

A los contratados eventuales les motiva más que a los indefinidos que su superior les permita realizar su rol con autonomía. Mientras que a los indefinidos les motiva más que a los eventuales, que sean los miembros del equipo quienes les permitan realizar su rol con autonomía.

<b>MOTIVACIÓN</b>		<b>indefinido</b>	<b>eventual</b>	<b>signif</b>	<b>diferencia</b>
1.	Dedicación a profesión fuera horario laboral	6,3	9		

**Tabla 68**



**Gráfico 114 dedicación a la profesión fuera del horario laboral según contrato**

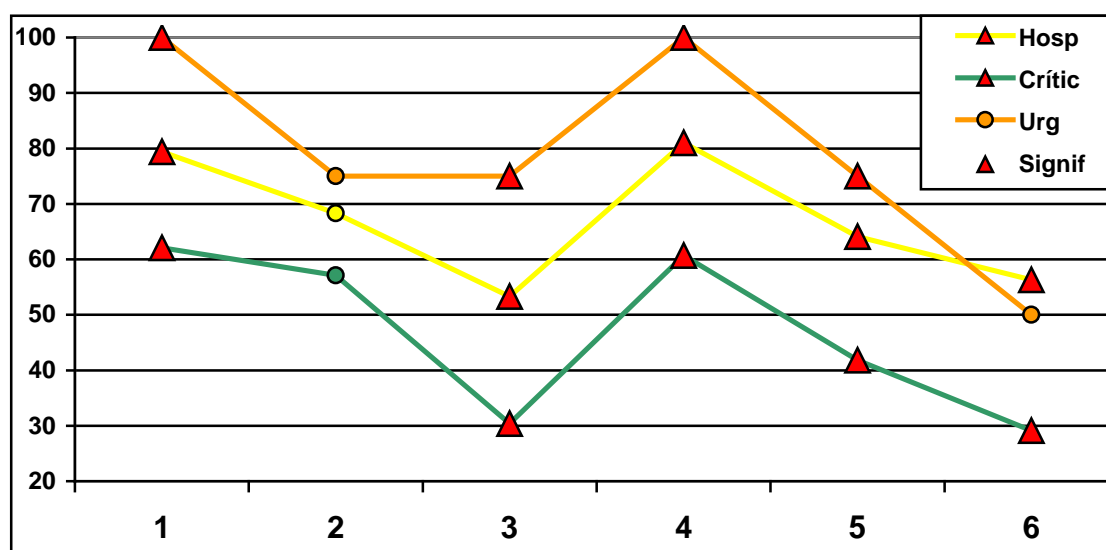
No hay significación en la tabla 68, pero si que hay una mayor dedicación a la profesión fuera del horario laboral en los contratados eventuales. Se podría pensar en que este tiempo se invierta para preparación de oposiciones, formación para promoción y para profundizar tanto en el área donde se trabaja como en una área específica y así, forjar un determinado perfil.

### Análisis del rol autónomo en función del **SERVICIO**

En la tabla y gráfica siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función del **SERVICIO**

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>		<b>hospitaliza</b>	<b>críticos</b>	<b>urgencias</b>	<b>signif</b>	<b>diferencia</b>
1.	Conoces la misión de tu institución	79,4	62,1	100	,048	3>1>2
2.	Conoces los valores de tu institución	68,3	56,9	75		
3.	Te sientes identificado con la institución	53,3	30,4	75	,019	3>1>2
4.	Conoces el modelo de enfermería	81	60,7	100	,022	3>1>2
5.	Dispones de instrumentos de recogida datos	64,1	41,8	75	,037	3>1>2
6.	Lo utilizas en tu trabajo diario	56,3	29,1	50	,012	1>3>2

**Tabla 69**



**Gráfico 115 conocimiento de la institución en función del servicio**

En la tabla 69, la mayoría de los resultados son significativos: el personal de urgencias es más conocedor de la misión, se siente más identificado con la institución, es más conocedor del modelo de enfermería y más conocedor de los instrumentos para la recogida de datos. Sin embargo, el principal usuario de estos instrumentos para la recogida de datos en el trabajo diario es el servicio de críticos.

### **Variables del rol autónomo de enfermería**

<b>ROL AUTÓNOMO</b>		<b>hosp</b>	<b>critic</b>	<b>urg</b>	<b>signif</b>	<b>dif</b>
1.	Conoces tu rol autónomo	98,4	94,8	100		
2.	Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	98,4	100	100		
3.	Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	34,5	12,1	100	,000	3>1>2
4.	Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	68,3	77,8	100		
5.	Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	87,3	81,8	100		
6.	Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	39,7	17,2	25	,024	1>3>2
7.	Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	28,6	15,8	25		
8.	Te sientes orgulloso/a de tu profesión	93,5	87,5	100		

Tabla 70

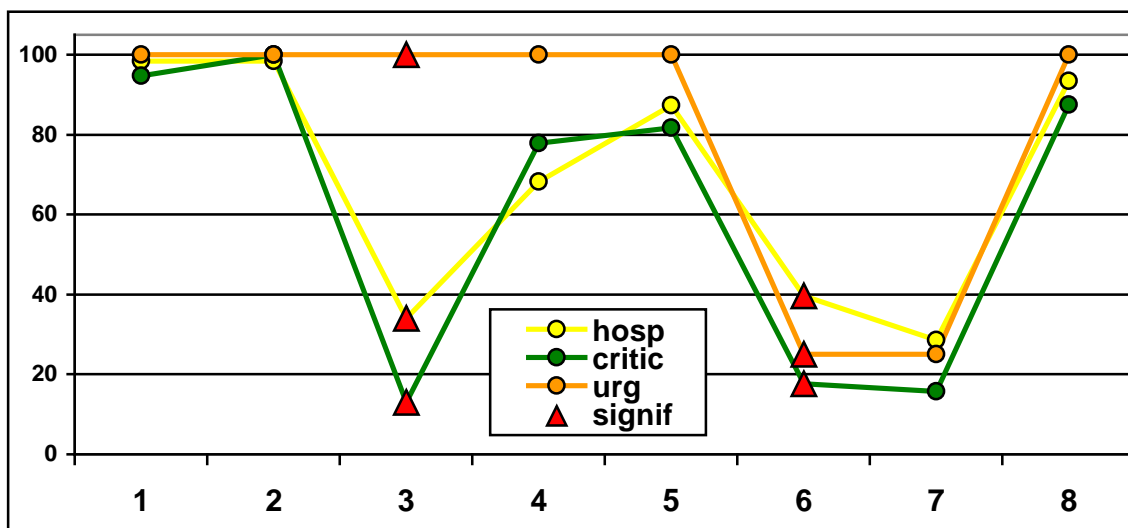


Gráfico 116 rol autónomo en función del servicio

Como resultados significativos, se observa que los profesionales de urgencias consideran que la institución valora el ejercicio del rol autónomo. En otro resultado significativo, se observa que los profesionales de hospitalización hacen mayor número de sesiones.

ROL AUTÓNOMO		hospital	críticos	urgencias	signif	difer
1.	Participas en sesiones de enfermería	1,56	1,39	1,67		
2.	Buscas soluciones colaboradoras con otros miembros del equipo multidisciplinar	2,38	2,36	2,75		
3.	Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	1,49	1,28	1,5		
4.	Haces la valoración inicial al ingreso	2,72	2,71	3		
5.	La registras	2,56	2,59	3		
6.	Planificas los cuidados de enfermería	2,38	2,41	2		
7.	Los registras	2,17	2,48	2,50		
8.	Evalúas el cumplimiento de los objetivos	2,11	2	2,25		
9.	Los registras	1,89	1,86	2,25		
10.	Tomas medidas en función de esta evaluación	2,17	2,27	2,25		
11.	Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	1,98	1,95	2,25		
12.	Programas espacios educación para paciente-familia	1,89	1,75	1,75		

Tabla 71

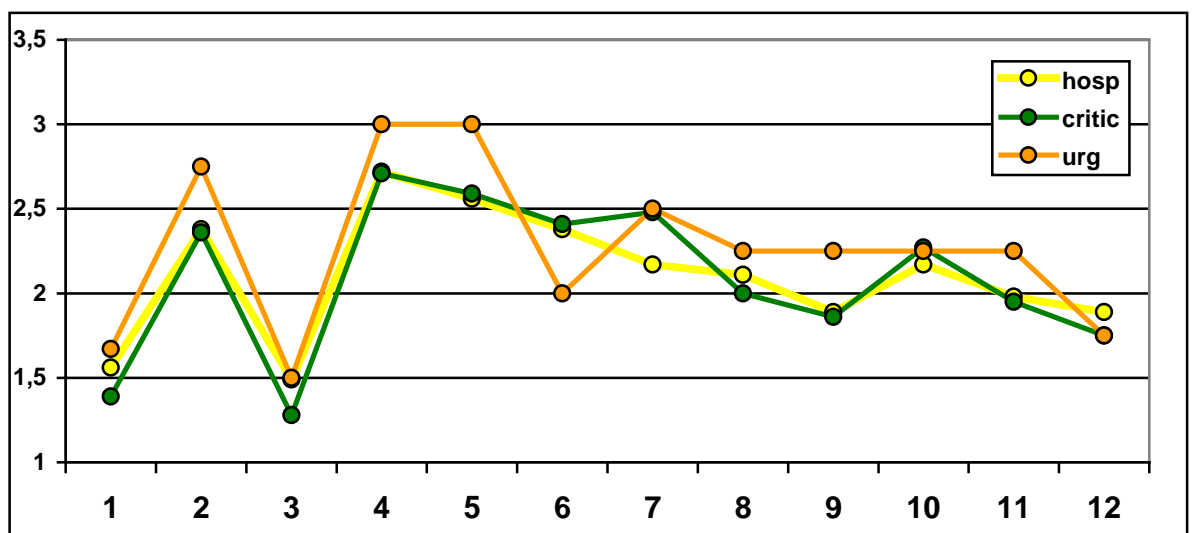


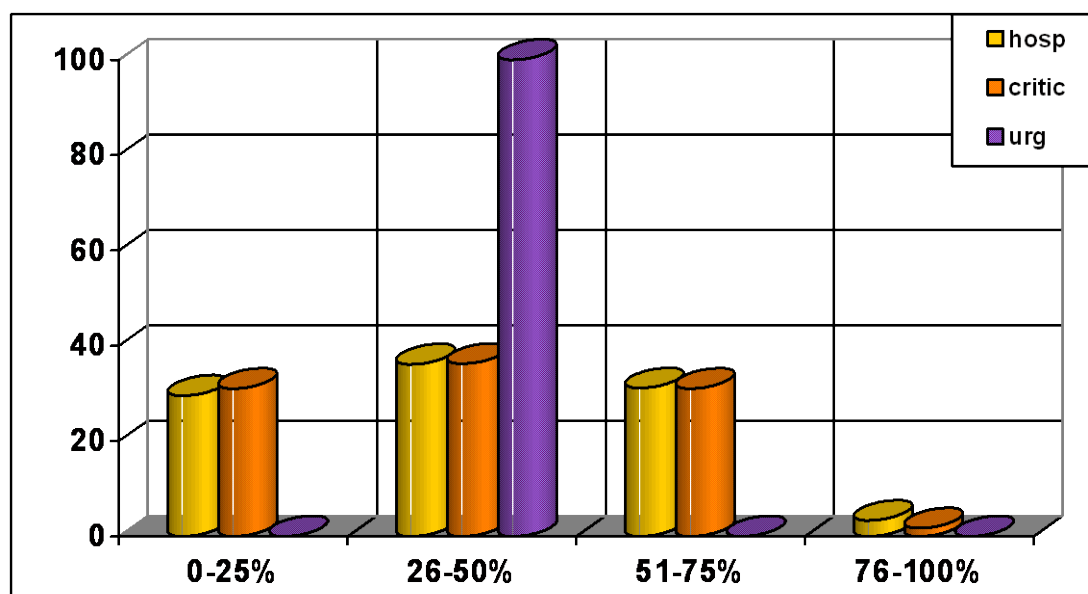
Gráfico 117 rol autónomo en función del servicio

En este apartado, no hay ningún resultado significativo.

Se hace referencia a que en urgencias, se hace mayor valoración inicial al ingreso del paciente y, sin embargo, es donde menos se planifican los cuidados.

<b>ROL AUTÓNOMO</b>	<b>hospitaliza</b>	<b>críticos</b>	<b>urgencias</b>	<b>signif</b>	<b>difern</b>
Porcentaje de dedicación al rol autónomo					
0 – 25%	29,5	31	0		
26 – 50%	36,1	36,2	100		
51 – 75%	31,1	31	0		
76 – 100%	3,3	1,7	0		

**Tabla 72**

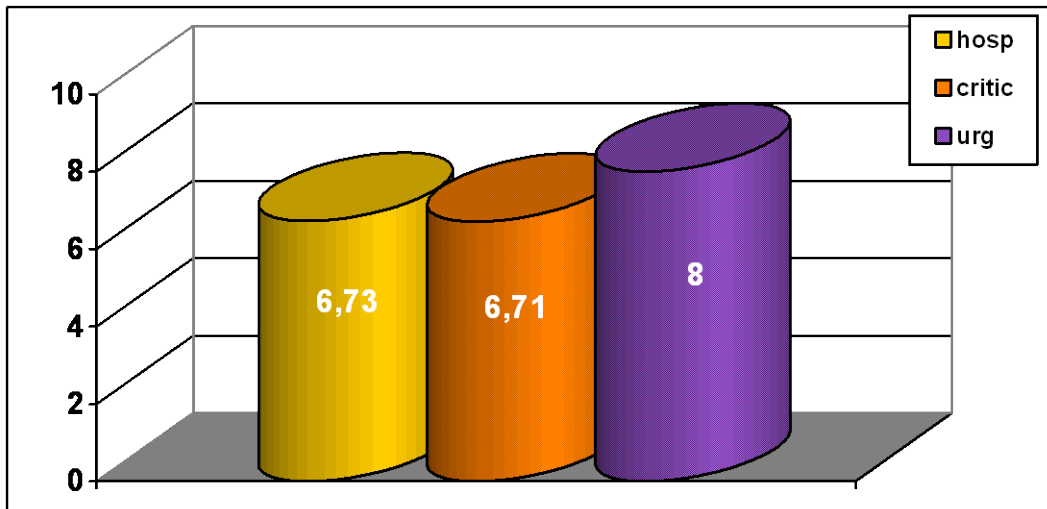


**Gráfico 118 dedicación al rol autónomo en función del servicio**

En el gráfico 118, se observa que el porcentaje de dedicación al rol autónomo, el 100% de la población de urgencias se concentra entre el 26 – 50%. Tanto hospitalización como críticos, los distribuye uniformemente entre el 0 y el 75%. Entre el 76 y el 100% sólo le dedica al rol autónomo, el 5% de la totalidad de la muestra.

### **Variables de la motivación de enfermería**

El nivel de motivación en el ejercicio del rol autónomo no existe significación, pero si que se observa mayor motivación para el personal de urgencias (8), así tienen unos niveles muy similares el personal de hospitalización (6,73) como el personal de las unidades de críticos (6,71).

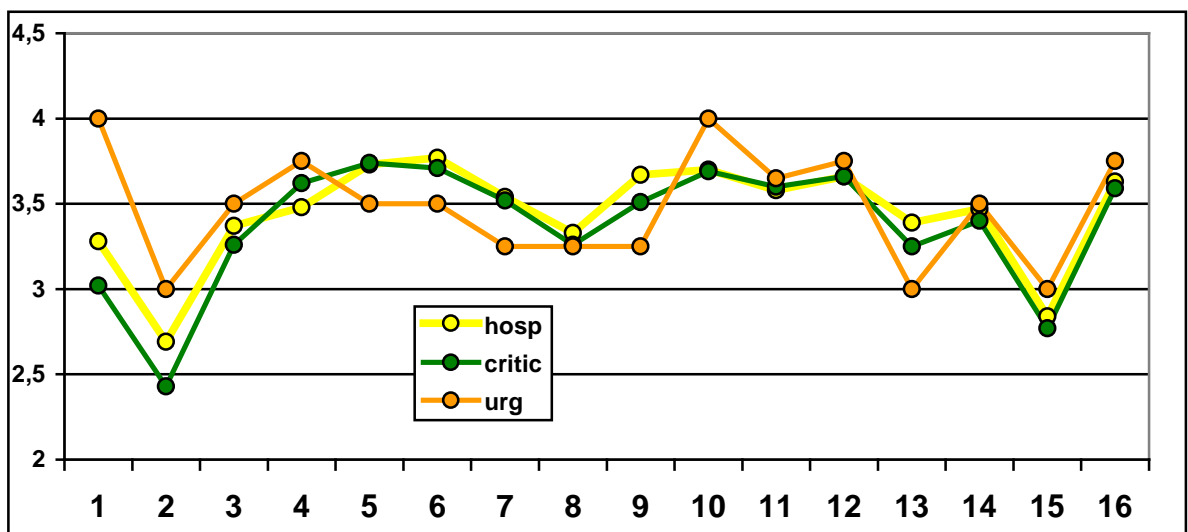


**Gráfico 119** motivación en el ejercicio del rol autónomo en función del servicio



<b>MOTIVACIÓN</b>		hospitaliza	críticos	urgencias	significac	diferencia
1.	Tener un empleo seguro	3,28	3,02	4		
2.	Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	2,69	2,43	3		
3.	Tener promoción profesional	3,37	3,26	3,50		
4.	Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	3,48	3,62	3,75		
5.	Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	3,73	3,74	3,50		
6.	Adquirir formación para mejorar profesionalmente	3,77	3,71	3,50		
7.	Participar en iniciativas de mejora asistencial	3,54	3,52	3,25		
8.	El trabajo a realizar en tu práctica diaria	3,33	3,26	3,25		
9.	Disponer de suficiente autonomía	3,67	3,51	3,25		
10.	Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	3,70	3,69	4		
11.	Responsabilidad en la toma de decisiones	3,58	3,60	3,65		
12.	Buena relación interpersonal con el equipo	3,66	3,66	3,75		
13.	Promoción de la salud	3,39	3,25	3		
14.	Ser una ayuda para los miembros del equipo	3,47	3,4	3,5		
15.	Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	2,84	2,77	3		
16.	Cuidados de enfermería con la mejor calidad	3,63	3,59	3,75		

**Tabla 73**



**Gráfico 120 motivación en el ejercicio del rol en función del servicio**

No hay significación en la tabla 73, pero se observa una tendencia muy similar entre hospitalización y críticos referente a la motivación, mientras que los servicios de urgencias se alejan de esta tendencia marcando mayor diferencia en el tener un empleo seguro, estar en un servicio interesante, disponer de suficiente autonomía, reconocimiento de la calidad del trabajo profesional y la promoción de la salud.

MOTIVACIÓN	hospitaliz	críticos	urgencia	signif	diferenci
1. Suficiente autonomía para desarrollo de tu profesión	47,6	34,5	75		
2. Te motiva si tu superior te hace partícipe en proyectos	95,2	83,9	100		
3. Estás desarrollando tu labor en servicio deseado	68,8	91,2	100	,005	3>2>1
4. Cambiarías de profesión en iguales condiciones	5,1	10,7	0		
5. Realizas los cuidados con la mayor calidad	81,3	87,9	50		
6. Tu superior permite que realices rol con autonomía	45,3	52,7	75		
7. Tu equipo te permite realizar tu rol con autonomía	57,8	57,1	75		
8. Tu superior valora tus aportaciones	30,6	25,9	0		
9. Tu equipo valora tus aportaciones	48,4	39,7	25		

Tabla 74

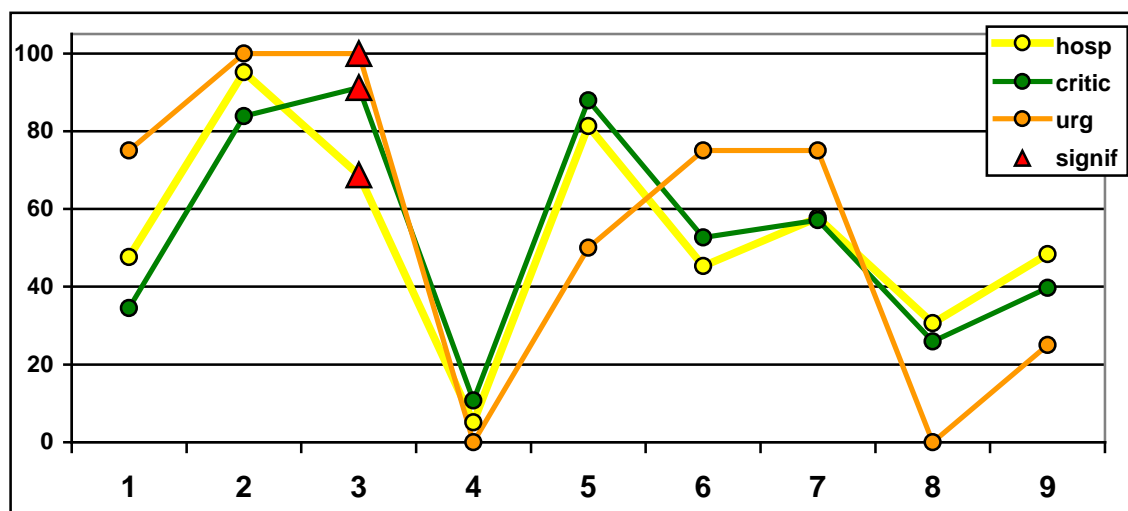


Gráfico 121 motivación en el ejercicio del rol autónomo en función del servicio

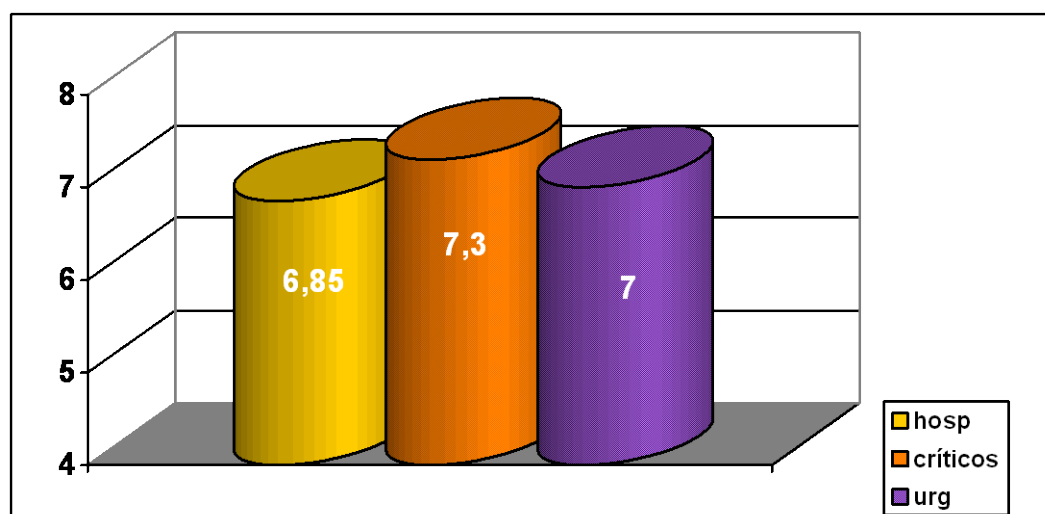
En el gráfico 121 es significativo que el personal de urgencias le motiva desarrollar su profesión en el servicio deseado, esto les motiva al 100% de los casos. Aunque no son datos con significación, se observa también en urgencias, que nadie cambiaría de profesión en iguales condiciones, al igual a nadie le motiva en este servicio que su superior valore sus aportaciones. Se observa también que a pesar de que exista un bajo porcentaje, el ítem “cambiarías de trabajo en iguales condiciones”, en las unidades de críticos cambiarían un 10%, el doble que en hospitalización.

En el servicio de urgencias les motiva menos realizar los cuidados con calidad, mientras que en hospitalización les motiva más, y aún mucho más en las unidades de críticos. Se podría justificar, puesto que en urgencias no priorizan los riesgos de la falta de calidad en los cuidados, efecto contrario que se observa en las unidades de críticos.

En los servicios especiales: tanto críticos como urgencias, están más motivados que los de hospitalización por desarrollar su trabajo en el puesto deseado.

MOTIVACIÓN	hospitali	críticos	urgencias	significac	diferencia
	1. Dedicación a profesión fuera horario laboral	6,85	7,3	7	

**Tabla 75**



**Gráfico122 dedicación a la profesión fura del horario laboral en función del servicio**

No hay significación en la dedicación a la profesión fuera del horario laboral, ni apenas diferencias objetivables entre los tres servicios.

**Análisis del rol autónomo en función de la EDAD, AÑO DE TITULACIÓN, AÑOS DE EXPERIENCIA, AÑOS EN UN SERVICIO**

En la tabla y gráficos siguientes se expresan los valores arrojados por la muestra en relación con el **ROL AUTÓNOMO** en función de la **EDAD, AÑO DE TITULACIÓN, AÑOS DE EXPERIENCIA, AÑOS EN UN SERVICIO**.

Para la explotación de estos datos se ha dado un trato especial que rompe con el esquema que se ha seguido en toda la explotación inferencial, puesto que se están cruzando 4 ítems simultáneamente. El motivo es porque, a pesar de que cada uno parametriza una característica diferente, puede realizarse una lectura de conjunto.

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN</b>			edad	año titulación	años experien	años servicio
1.	Conoces la misión de tu institución	sí	32,46	1993	9,8	7,3
		no	37,94	1988	13,96	10,18
2.	Conoces los valores de tu institución	sí	33,88	1992	11,2	8,04
		no	34,13	1992	10,57	8,25
3.	Te sientes identificado con la institución	sí	32	1994	9,65	6,12
		no	35,69	1990	12,08	9,63
4.	Conoces el modelo de enfermería	sí	31,58	1994	8,93	7,17
		no	39,21	1988	15,14	9,57
5.	Dispones de instrumentos para la recogida de datos	sí	31,21	1995	8,3	6,36
		no	37,24	1988	13,81	9,41
6.	Lo utilizas en tu trabajo diario	sí	29,74	1995	7,52	6
		no	37,15	1989	13,38	9,14

**Tabla 76**

<b>CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN SIGNIFICACIÓN / DIFERENCIA</b>		edad	año titulación	años experien	años servicio
1. Conoces la misión de tu institución	sign		,030		
	dif		2>1		
2. Conoces los valores de tu institución	sign				
	dif				
3. Te sientes identificado con la institución	sign				
	dif				
4. Conoces el modelo de enfermería	sign	,006	,015	,010	
	dif	2>1	1>2	2>1	
5. Dispones de instrumentos para la recogida de datos	sign	,020	,000	,005	,030
	dif	2>1	1>2	2>1	2>1
6. Lo utilizas en tu trabajo diario	sign	,001	,035	,043	
	dif	2>1	1>2	2>1	

**Tabla 77**

En estas tablas se observan datos significativos en casi todos los elementos referentes al conocimiento de la institución. A destacar que cuantos más años de profesión, más afirman no conocer estos datos institucionales y profesionales, la diferencia de años en estos ítems oscila entre los 5 – 6 años como media. Situándonos en la historia de la enfermería, durante estos años, 1988 – 1994 se estaba asumiendo el cambio académico de ATS a diplomado universitario.

### **Variables del rol autónomo de enfermería**

<b>ROL AUTÓNOMO</b>		<b>edad</b>	<b>año titulación</b>	<b>años experien</b>	<b>años servicio</b>
1. Conoces tu rol autónomo	<b>sí</b>	33,78	1992	10,80	6,66
	<b>no</b>	39	1988	14,75	10,78
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	<b>sí</b>	34,13	1992	11,07	8,11
	<b>no</b>	--	--	--	--
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	<b>sí</b>	29,55	1997	6,92	4,48
	<b>no</b>	35,82	1990	12,50	9,01
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	<b>sí</b>	33,50	1992	10,33	8,31
	<b>no</b>	34,45	1992	11,56	6,51
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	<b>sí</b>	33,60	1992	10,67	7,66
	<b>no</b>	34,28	1992	10,44	8,16
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	<b>sí</b>	32,62	1994	9,21	5,46
	<b>no</b>	34,45	1991	11,58	9,12
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	<b>sí</b>	33,75	1995	8,86	6,18
	<b>no</b>	34,16	1991	11,65	8,57
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	<b>sí</b>	32,98	1993	10,10	7,44
	<b>no</b>	41,91	1984	19	11,45

**Tabla 78**

<b>ROL AUTÓNOMO SIGNIFICACIÓN / DIFERENCIA</b>		edad	año titulación	años experien	años servicio
1. Conoces tu rol autónomo	sign				
	dif				
2. Para desarrollar tu rol autónomo crees necesario una base teórica	sign				
	dif				
3. Consideras que tu institución valora el ejercicio del rol autónomo	sign		,047		
	dif		1>2		
4. Asumes la responsabilidad del rol autónomo en el mismo nivel que el rol dependiente	sign				,050
	dif				1>2
5. Utilizas los protocolos de tu centro como instrumento en tu trabajo	sign				
	dif				
6. Se hacen sesiones de enfermería en el centro donde trabajas	sign				,015
	dif				2>1
7. Se hacen sesiones de equipo multidisciplinar en el centro donde trabajas	sign				,026
	dif				2>1
8. Te sientes orgulloso/a de tu profesión	sign				
	dif				

**Tabla 79**

Es significativo que cuantos más años llevan en el servicio menos creen que se realizan sesiones ni de enfermería ni de equipo multidisciplinar, así como son estos mismos quienes asumen la responsabilidad del rol autónomo igual que la del rol dependiente.



Aquellos profesionales que llevan más años titulados son los que se sienten menos reconocidos por sus instituciones

<b>ROL AUTÓNOMO SIGNIFICACIÓN / CORRELACIÓN PEARSON</b>		<b>edad</b>	<b>años experie</b>	<b>años servicio</b>
1. Participas en sesiones de enfermería	sign			
	r			
2. Buscas soluciones colaboradoras con otros miembros del equipo multidisciplinar	sign	,010	,004	
	r	-,231	-,259	
3. Participas en sesiones del equipo multidisciplinario	sign			
	r			
4. Haces la valoración inicial al ingreso	sign			
	r			
5. La registras	sign			,040
	r			-,193
6. Planificas los cuidados de enfermería	sign			
	r			
7. Los registras	sign			
	r			
8. Evalúas el cumplimiento de los objetivos	sign			
	r			
9. Los registras	sign			
	r			
10. Tomas medidas en función de esta evaluación	sign			
	r			
11. Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente	sign			
	r			
12. Programas espacios educación para paciente-familia	sign			
	r			

**Tabla 80**

Es significativo la búsqueda de soluciones en equipo tanto en lo referente a la edad como en los años de experiencia, la lectura que se puede hacer es que a mayor edad o mayor experiencia, menos soluciones en el equipo se buscan, o viceversa, cuanto más joven o menos años de experiencia, más soluciones se buscan en el equipo.

Referente al registro de la valoración inicial, también hay significación: a más años en el servicio, menos se registra la valoración inicial o, viceversa, a menos tiempo en el servicio, más registro de la valoración inicial del enfermo.(a través de la Correlación de Pearson se obtiene así el resultado dado que son negativos).

### **Variables del Motivación de enfermería**

<b>MOTIVACIÓN SIGNIFICACIÓN / CORRELACIÓN PEARSON</b>		<b>edad</b>	<b>años exper</b>	<b>años servicio</b>
1. Nivel motivación en relación rol autónomo	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
2. Tener un empleo seguro	<b>sign</b>	,001	,006	,007
	<b>r</b>	-,291	-,244	-,253
3. Ganar el máximo dinero posible con el trabajo	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
4. Tener promoción profesional	<b>sign</b>	,041	,009	,009
	<b>r</b>	-,185	-,235	-,245
5. Poder elegir el servicio en lugar de trabajo	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
6. Ejercer la profesión en puesto de trabajo interesante	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
7. Adquirir formación para mejorar profesionalmente	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
8. Participar en iniciativas de mejora asistencial	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
9. El trabajo a realizar en tu práctica diaria	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
10. Disponer de suficiente autonomía	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
11. Reconocimiento de la calidad del trabajo profesional	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
12. Responsabilidad en la toma de decisiones	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
13. Buena relación interpersonal con el equipo	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			

14. Promoción de la salud	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
15. Ser una ayuda para los miembros del equipo	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
16. Esfuerzos altruistas para mejorar la profesión	<b>sign</b>			
	<b>r</b>			
17. Cuidados de enfermería con la mejor calidad	<b>sign</b>			,037
	<b>r</b>			-,195
18. Dedicación a profesión fuera horario laboral	<b>sign</b>	,002	,007	,074
	<b>r</b>	-,440	-,390	-,275

**Tabla 81**

Todos estos datos significativos: empleo seguro, promoción profesional, dedicación fuera del horario laboral, afecta a todos los elementos cruzados: edad, años de experiencia y años en el servicio. Se debe afirmar pues, que a mayor edad, más años de experiencia y más años en el servicio, menos motiva el tener un empleo seguro, el promocionarse profesionalmente y menos horas se dedican a la profesión fuera del horario laboral.

Otro dato significativo es la motivación para realizar los cuidados de enfermería con la mejor calidad posible, pues a más años en el servicio, menos les motiva, la misma seguridad por su veteranía podría inducir a esta falta de motivación en este aspecto.

## CONCLUSIONES

Estos dos gráficos ya mostrados en el apartado descriptivo, nos sirven para ilustrar la relación entre la variable dependiente y la independiente de nuestra hipótesis, con ellos observamos la importante relación que existe entre el ejercicio del rol autónomo y el grado de motivación.

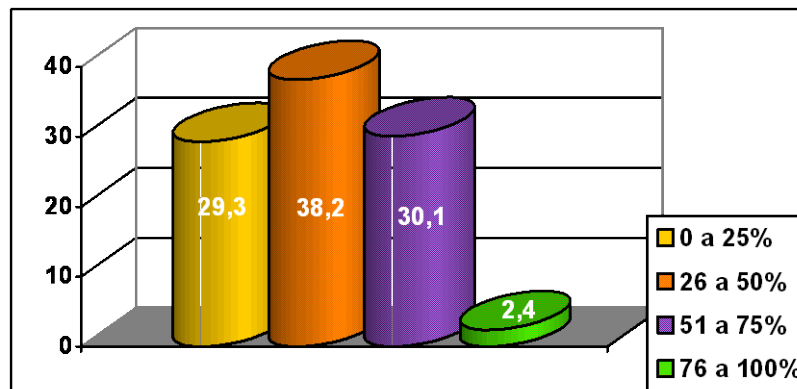


Gráfico 16 dedicación al rol autónomo en la practica diaria

## EL EJERCICIO DEL ROL AUTÓNOMO POR PARTE DE LA ENFERMERÍA GENERA MOTIVACIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO

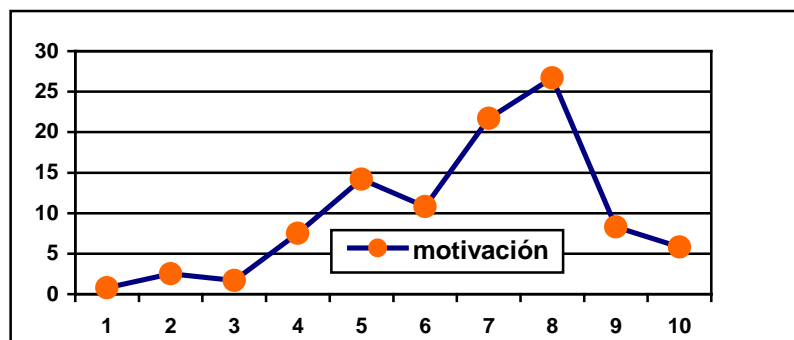


Gráfico 17 nivel de motivación profesional en relación al ejercicio del rol autónomo

Del análisis descriptivo sobre la dedicación al rol autónomo se aprecia el abismo existente entre la importancia que se da en las escuelas al rol autónomo y la realidad práctica.

A través de los datos obtenidos en el cuestionario se puede observar que el **nivel de motivación** que expresan los encuestados es similar en ambos **géneros**. El hombre es más conocedor de todos los temas institucionales y se hace más partícipe de ellos. A nivel asistencial es más teórico, al mismo tiempo que también es mucho más técnico que la mujer, esto podría ser el motivo de que el profesional masculino encaminara más sus esfuerzos hacia las tareas de un rol dependiente más que al desarrollo de su rol autónomo.

Los profesionales diplomados conocen mejor que los profesionales convalidados: los **modelos de enfermería**, su rol autónomo y los **instrumentos** para aplicarlos, al igual que se identifican más con la **institución**, con su puesto de trabajo y con todo lo relacionado con su profesión, dedicándole más tiempo fuera de su horario laboral. Estos resultados pueden venir marcados por el tipo de titulación, por la edad y por los años de ejercicio profesional. La **formación** recibida por parte de los profesionales convalidados y los diplomados marca una diferencia de contexto formativo y generacional, teniendo en cuenta que al hablar de diplomados nos encontramos ante un colectivo más joven, con menos años de experiencia profesional, pero quizás más motivados por iniciarse profesionalmente, con unos valores profesionales y una formación muy diferente a la recibida por los convalidados donde la enfermera era la ejecutora de la orden del facultativo.

Merece la pena destacar, resultados como que los enfermeros que tienen una **carrera profesional** están menos implicados con su institución, son menos conocedores de los modelos de enfermería y de su rol autónomo. Dedicán más tiempo a la profesión fuera de su ámbito laboral, en cambio dedican menos tiempo al rol autónomo. También consideran que su institución

valora poco el ejercicio del rol autónomo y la motivación en estos profesionales es muy baja.

Los profesionales que **asisten a congresos y publican** son quienes más conocen el modelo de enfermería en comparación con los **docentes**, los cuales tan solo conocen el modelo de enfermería un 64,3%. Estos datos pueden resultar tan contradictorios posiblemente porque muchos profesionales que tienen alumnos en prácticas durante su jornada laboral se consideran como docentes y es de cumplimiento obligatorio el hecho de llevar e instruir a estos alumnos. Entre el 95 y el 100% de los profesionales que asisten a congresos, publican y enseñan, conocen su rol autónomo y consideran necesaria una base teórica para desarrollarlo. Los conocimientos que han adquirido en su formación para poder realizar dicho rol son considerados como necesarios, al igual que reconocer los diferentes modelos de enfermería y la historia de la profesión. Además, son los que más valoraciones iniciales, planificación de cuidados y evaluaciones, con sus respectivos registros, formalizan. Esto podría indicar que al ser profesionales que dan un valor especial a la enfermería, creen que el formalizar un registro adecuado de su trabajo específico supone una manera de potenciar la profesión y de crear un trabajo práctico del modelo que en los centros se practica; a pesar de que tan solo aproximadamente un 36,3% de ellos dedican más del 50% de su jornada laboral al rol autónomo. El 85% de los profesionales que participan en congresos, publican y ejercen la docencia. También utilizan los protocolos como instrumento de trabajo con el fin de estandarizar la práctica de forma razonada y asegurar parámetros de calidad en la organización. Además, todos los profesionales coinciden que las sesiones de enfermería y de equipo multidisciplinar son escasas, aproximadamente sobre el 28%.

Se ha observado que para los enfermeros/as del hospital privado son datos significativos que la **institución valore el ejercicio del rol autónomo** y les motiva que su **superior les valore sus aportaciones** y es donde más creen que les permiten **realizar el rol autónomo con más autonomía**. Los

profesionales con contrato eventual tienen un mayor conocimiento de lo que es el rol autónomo. Es gente más joven, formados en planes de estudios más actuales donde se fomenta la práctica del rol autónomo, siendo impartido dicho plan de estudios por profesionales de la misma disciplina, los cuales enfatizan el rol autónomo. Además, hemos podido observar que los enfermeros que trabajan en turnos rotatorios son quienes más valoran el ejercicio del rol, quienes mejor conocen el modelo de enfermería, los valores y misión de la institución, quienes mejor asumen la responsabilidad del rol autónomo al mismo nivel que el rol de colaboración y quienes más orgullosos están de su profesión. Pensamos que la edad igualmente es un factor que podría justificar esta realidad. Suelen ser los profesionales más jóvenes quienes ocupan puestos de trabajo con turnos rotatorios.

Al realizar el análisis de la motivación en el **ejercicio del rol autónomo** en los distintos **servicios** de los centros, observamos que los profesionales de urgencias son muy técnicos y suelen desvincularse de los conceptos filosóficos, conceptuales, etc. de la institución. El motivo lo acusamos a que en urgencias hay una serie de prioridades basadas en el diagnóstico clínico del enfermo que entra en dicho servicio en situación críticas

Llegamos a la conclusión que debíamos descartar el servicio de urgencias, puesto que sólo fueron cuatro los encuestados en éste y proporcionalmente la muestra es muy diferente al resto de servicios que sí tienen una muestra bastante homogénea.

En referencia al **nivel de motivación** observado entre los encuestados, podemos decir que la mujer necesita un mayor reconocimiento y valoración tanto de sus superiores como de sus compañeros. Creemos que uno de los motivos es debido al propio género, ya que el hombre obtiene mayor reconocimiento con menor esfuerzo. Ejemplo de ello lo encontramos a menudo cuando el enfermero es identificado por parte del paciente como médico, por el simple hecho de ser hombre.



Las fuentes de motivación para la mujer se pueden encontrar principalmente en tener un puesto de trabajo que le resulte interesante y en formarse para mejorar profesionalmente y también para aportar mejoras a nivel asistencial, mientras que en los hombres su fuente de motivación reside más en poder ejercer su rol con autonomía.

En referencia a aquellas personas que realizan docencia, asisten a congresos y publican estudios les motiva la promoción profesional, trabajar en el servicio deseado, formarse, una autonomía en su trabajo, unas buenas relaciones con el resto de profesionales y realizar los cuidados de enfermería con la mayor calidad posible. Además de que también se sienten motivados cuando su **superior y su equipo les valora sus aportaciones**. En cambio, los que creen sentirse con más autonomía para el desarrollo de su profesión son aquellos que no realizan ninguna de las actividades anteriormente mencionadas, posiblemente debido al desconocimiento que supone el ejercicio del rol autónomo. Se ha observado que quienes más invierten fuera del horario laboral a la profesión son los que realizan publicaciones, con una media de 8 horas semanales, seguidos de los que se dedican a la docencia, con 7,36 horas semanales, y por último los que asisten a congresos, con 6,89 horas semanales. Esto podría ser a causa del tiempo fuera del trabajo que supone preparar unas clases o realizar estudios y seguimientos de casos, más que el tiempo de asistir a congresos, los cuales en ocasiones se realiza dentro del horario laboral.

Al 83,3% de la muestra les motiva realizar los cuidados de enfermería con la **mayor calidad** posible. Observamos que donde menos les motiva la calidad de los cuidados es en el hospital privado, en cambio son los enfermeros/as que sienten que más se les valora el ejercicio del rol autónomo. Los trabajadores del centro socio sanitario son los que más valoran el disponer de suficiente autonomía, frente a los dos hospitales, público y privado, que creen por igual el disponer de suficiente autonomía.

Resultan interesantes los datos en referencia al nivel de motivación entre aquellos profesionales que trabajan con **contratos** eventuales, ya que podemos observar que no presentan signos de Burn-out, puesto que ninguno cambiaría de profesión y todos ellos se sienten orgullosos de su profesión.

Para concluir, podemos afirmar que **nuestra hipótesis se verifica** en los centros donde se ha llevado a cabo la investigación. Se hace plausible que **al rol autónomo se le dedica un 50% del tiempo de la jornada laboral y que, la motivación en la práctica del rol autónomo, está situada en un 6,75 sobre una escala de 1 a 10.**

Como resultado de la investigación pensamos que los motivos son:

- **Valoración del rol autónomo por parte de la institución**, aunque hacen más hincapié en la correcta realización del rol dependiente que en el rol autónomo.
- **El ejercicio del rol autónomo** viene dado por una motivación intrínseca que se retroalimenta por motivaciones extrínsecas, como podrían ser el reconocimiento de los superiores, de otros profesionales, de los compañeros y de la sociedad, la existencia de estudios superiores y de especialidades profesionales, medios técnicos adecuados, mejoras en horarios y contratos y un mayor ratio de personal enfermero.
- **Años de experiencia.** Datos estadísticos reflejan en nuestro estudio que, a medida que aumentan los años de experiencia, hay menos motivación entre los profesionales, por lo que el envejecimiento de nuestra muestra prevé mayor desmotivación.
- **Académico.** La falta de promoción académica frena los índices de motivación en la propia profesión. Después de la obtención de la diplomatura de enfermería, ésta no puede progresar dentro de la

profesión, pues todos los títulos no tienen el reconocimiento del ministerio de educación y ciencia.

## PROPUESTAS Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

### PROPUESTAS

A raíz de las conclusiones expuestas anteriormente sobre el estudio que hemos realizado sobre la motivación de los profesionales en el ejercicio del rol autónomo, proponemos unas líneas nuevas de investigación y de actuación que son las siguientes:

1. **Cambiar la visión de la enfermería** por parte de la institución, dirigiendo sus esfuerzos en facilitar la realización del rol autónomo a un mismo nivel que el rol dependiente.
2. **Promocionar la investigación en enfermería**, dedicando recursos materiales, económicos y de tiempo, favoreciendo su difusión.
3. **Conseguir la autonomía profesional**, evitando ser apéndices de otras disciplinas profesionales.
4. **Facilitar más tiempo y recursos** a enfermería para la asistencia, tal y como Jane Watson<sup>43</sup> refiere en su libro: "Para este tipo de cuidado, para conocer a la persona, su entorno, su experiencia de salud y ayudarla para que utilice los máximos recursos de su interior que la lleven a cumplir con los objetivos que se han propuesto, la enfermera necesita de un factor muy importante para este tipo de atención: el tiempo. Si la enfermera no dispone de tiempo reducirá los cuidados, el caring ha de marcar una diferencia en la vida de la persona con cuidados que vienen del exterior (técnicas) exclusivamente, con lo cual ya no se podría considerar caring". (sic)

---

<sup>43</sup> WATSON, J.( 1998) Le caring: philosophie et science des soins infirmiers. Paris: Seli Arslan.

5. **Promocionar** desde las escuelas no sólo el saber (esto viene reforzado en el trabajo de investigación donde el 100% de los enfermeros/as creen imprescindible una base teórica y desde la práctica en hospitales, centros de salud, etc), sino también el saber estar. Añadiríamos el saber ser y por último el saber hacer, el cual partiría de la combinación de los tres saberes; consiguiendo un crecimiento personal que capacitará el cuidado al individuo, familia y comunidad, considerando a la persona en toda su totalidad, que como nos enseña Watson supone espiritualidad, conciencia, autoconcepto, modo de vida y bienestar.
6. **Proponer** que las direcciones de enfermería y los supervisores se impliquen más en el desarrollo y evolución de la profesión fomentando el ejercicio del rol autónomo.
7. **Adecuar** los centros sanitarios con medios humanos y materiales para facilitar a los profesionales de enfermería la práctica de su rol autónomo sobre el rol dependiente.

### NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Una vez realizado el estudio y basándonos en los resultados obtenidos , podríamos establecer dos líneas de actuación, una dirigida a nuevas investigaciones y otro dirigida a acciones de mejora

#### ***En relación a la investigación:***

Cumplimentar los resultados del trabajo, incluyendo en el estudio preguntas dirigidas al usuario, en relación a la atención de enfermería y poder profundizar más en las necesidades del paciente-familia.

Elaborar alguna entrevista a las direcciones de enfermería de los centros donde se ha llevado a cabo el estudio para conocer hacia donde van dirigidos los intereses de la institución y que grado de implicación existe por parte de estas.

Tener en cuenta los medios actuales de que disponen los centros encuestados para poder fomentar el ejercicio del rol autónomo.

Clarificar algunos conceptos claves del cuestionario, que por alguno de los resultados obtenidos podríamos pensar que han podido ser interpretados de forma incorrecta.

***En relación a las acciones de mejora:***

Seguir haciendo hincapié en la formación para disponer de una base sólida y consolidada que dé personalidad propia a la profesión acabando con ser la sombra de otros profesionales.

Elaborar un programa informático que facilite el proceso de atención de enfermería capaz de dar respuesta a las necesidades profesionales del colectivo.

Animar y estimular a todos los profesionales para que sigan en el mundo de la investigación y tengan voz y voto en este campo aún desconocido por muchos de ellos y que, se encuentra aún en sus inicios.

Animar y estimular a todos los profesionales de enfermería desde sus puestos de gestión, docencia, asistencia e investigación a convertir la actual diplomatura en una licenciatura. De esta manera las enfermeras podrían proyectarse hacia diferentes especialidades, másters, doctorados... consiguiendo el status que la disciplina merece.

## **BIBLIOGRAFÍA**

ALBERDI, R (1993) La identidad profesional de la enfermera. **Rol de Enfermería** 170, 39-44.

ALFARO-LEFEURE, R. (1988) **Aplicación del proceso enfermera**. Barcelona: Doyma.

ALFARO-LEFEURE, R. (1997) **EL pensamiento crítico en enfermería**. Barcelona: Masson.

ALMODÓVAR, P. (1999) **Todo sobre mi madre**. El deseo

ALMODÓVAR, P. (2001) **Hable con ella**. El deseo.

BORZAGE, F. (1932) **Adiós a las armas**. Paramunt pictores

CABRERO, J. (1999) **Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación**. Index enfermería 27, 12-18.

COHEN, A.H. ( 1981) **The nurse's quest for a professional idetity**. California: Addison-Wesley Publishing Company.

COLOMAR PUEYO, G. (1996) **La enfermería legal**. Barcelona.

COLLIÈRE, M. F. (1993) **Promover la vida**. Madrid : McGraw-Hill/ Interamericana de España.

CONSELL CATALÀ d'especialitats en ciències de la salut.(1997)  
**Competències de la professió d'Infermeria.** Barcelona

DOMÍNGUEZ ALCÓN, C. (1981) **La infermeria a Catalunya.** Barcelona : Rol S.A.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, C.(1983) **Sociología y enfermería.** Madrid : Pirámide.

ESEVERRI, C. (1992) **Enfermería hoy Filosofía y Antropología de una profesión.** Madrid : Díaz de Santos.

FORSYTH, P. (2001) **¿Cómo motivar a la gente?** Barcelona : Nuevos Emprendedores.

GILLIES, D.A. ( 1994) **Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas.** Barcelona : Masson-Salvat Enfermería.

GÓMEZ, R. (2003) És infermeria el que fem els infermers? **Àgora D'Infermeria** 25,7,1 407.

GUARDIA, N. LABORDA,R. SANTIAGO,S. (2001) **Influencia de la Formación y de la Motivación de los profesionales de Enfermería en el desarrollo del Rol Autónomo.** 11ª Promoción del Máster en Administración y Gestión de Enfermería.

HESBEEN,W. (1996) **Prendre soin à l'hopital.Inscriure le soin infirmier dans une prespective soignante.** Paris : Lamerre

KÉROUAC, S. PEPIN, J. DUCHARME, F.DUQUETTE, A. y MAYOR,F. (1994)  
**El pensamiento enfermero.** Barcelona : Masson.



KERSHAW, B. SALVAGE, J. (1988) **Modelos de enfermería**. Barcelona: Doyma

LÓPEZ, J. (2000) Reflexiones entorno a la idea de vocación como atributo a la enfermera. **Enfermería Clínica**. ISSN 1130-8621. 10. 5. 181-184.

MARRINER , A. (1989) **Aplicación del proceso enfermera**. Barcelona : Rol Enfermería.

MARRINER , A. (1989) **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona : Rol Enfermería

MARRINER, A. RAILE, M. (2002) **Modelos y teorías en enfermería**. Barcelona: Mosby

MARTINEZ, O.V, NAPIONE, M.E. (1996) Identidad enfermera. Perspectiva psicoanalítica. **Rol de enfermería** 217, 27-31

MINGHELA, A.(1996) **El paciente Ingles**. Miramax internacional

MOMPART, M.P., DURÁN, M. (2001) **Administración y gestión. Enfermería S21. Enfermería viva**. Madrid. Ediciones DAE (Grupo Paradigma)

MORA, M.A.,URRUELA,V. (...) Redefinir el rol de enfermería. **Rol de enfermería**, 129, 23-25.

MORAGA, M (1999) La construcción de nuestro futuro: Innovación, creatividad y competencias en la práctica cotidiana. **Rol de enfermería**. 22. 12 845-847.

NELSON, B ( 1997) **1001 formas de motivación. ¡Por fin ya es lunes!** Barcelona:Gestión 2000.

OB. (2003) El paper de les infermeres a d'anar creixent. **Món Sanitari** 9.

ORTÚN, V (1993) Incentivos. **Rol de Enfermería** 178, 20-22.

PÉREZ, P (2002) Pensando en la calidad de los cuidados. **Enfermería Global**

RIOPELLE, L (...) El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero. **Enfermería Clínica**. 3. 4 133- 134.

RIOPELLE, L. TEIXIDOR, M. (2002) **La pràctica infermera: fonaments científics i apropament humanista**. EN: Projecte formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson als centres d'atenció primària de l'institut Català de la salut. La salut i la qualitat de vida, un repte a les infermeres assistencials, docents i gestores. Barcelona : Fundació La Caixa. 47-62.

ROBBINS, S.P. (1998) **Fundamentos de comportamiento organizacional**. México : Prentice-Hall. A Simon & Schuster Company Hispanoamericana.

SÁNCHEZ, J. (1992) Hacia un nuevo estilo de enfermería. Atención especializada de enfermería. **Enfermería científica**. 124 125. 3.

SENGE, P. ROSS, R. ROBERTS, CH. y KLEINER, A. (1995) **La quinta disciplina en al práctica**. Barcelona: Garnica.

SHERON, O. ( 1993) Insufle nueva vida en su carrera. **Nursing** 11, 61.

TEIXIDOR, M. (1997) Los espacios de profesionalización de la enfermera. **Enfermería Clínica**. 7.3. 36-46

TEIXIDOR, M. et alt (2001) Proposta de línies estratègiques pel desenvolupament de la professió d'infermeria. **Àgora Infermeria**. Vol.19, 5,3. p.195

TEIXIDOR, M. RIOPELLE, L. (2002) **El canvi planificcat per l'activació del rol autònom** . EN: Projecte formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson als centres d'atenció primària de l'institut Cataà de la salut. La salut i la qualitat de vida, un repte a les infermeres assistencials, docents i gestores. Barcelona : Fundació La Caixa. 65-93.

TEJADA , J (1997) **El proceso de investigación científica**. Barcelona : Fundación La Caixa.

TORRALBA, F. (2002) **Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas**. Madrid : Mapfre,S.A.

TORRALBA, F. (1998) **Antropología del cuidar**. Madrid. : Mapfre. S.A.

TORRENS, R.M. ( 1999) Un nuevo rol profesional para tiempos de cambio. **Metas de enfermería**. 3 43- 46.

TRUMBO, D. (1971) **Johnny cogió su fusil**. Byrna productions

VÉLAZ, J.A. ( 1996) **Motivos y motivación en la empresa**. Madrid : Diaz de Santos.

WATSON, J.( 1998) **Le caring: philosophie et science des soins infirmiers**. Paris: Seli Arslan.

WESLEY, R.L. (1997) **Teorías y modelos de enfermería**. Madrid: Interamericana.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

## **ANEXO II**











### V71 ¿cómo crees que podría mejorarse la motivación de enfermería?

Caso	Respuesta
1	Trabajo en equipo multi e interdisciplinar Herramientas de trabajo adecuadas a la época en que vivimos Iniciativa fomentada
2	Aumentar material (ordenadores) Aumento salarios Facilitar ayudas para cursos
3	Más reconocimiento social Mostrar a la gente lo que es realmente la enfermera Más respeto por parte de los profesionales de la medicina Más años de carrera
4	Trabajar en equipo, es decir, valorando las ideas del personal de enfermería entre otros profesionales valorando sus capacidades. Dejar responsabilidades a enfermería Dar formación para enfermería Estar en servicios que a uno le gusten Aumentar sueldo
5	Mejorar las hojas de registro de enfermería Mejorar las condiciones de trabajo
6	Más valoración en el trabajo
8	Aumentar sueldo Favorecer y reconocer autonomía Potenciar formación desde los puestos de trabajo
9	Formación continuada. Trabajar en el servicio deseado, ir a congresos y pagar pluses de experiencia
46	Facilitar asistencia a cursos y más personal
47	Disminuir las cargas de trabajo, facilitar formación
48	Licenciatura de enfermería y reconocimiento Disminuir cargas de trabajo
49	Aumentando la calidad asistencial
50	Disminuir la carga de trabajo aumentando el personal de plantilla
51	Que el centro de trabajo aporte más medios
52	Valoración personal. Formación en horario laboral. Mejoras de horario
53	Disminuir cargas de trabajo. Equiparar salarios
54	Valorar el esfuerzo personal
55	Mejorar el ratio enfermera - paciente
58	Reconocimiento profesional
59	Motivarse día a día uno mismo y con ganas de superación si tu centro de trabajo lo permite
60	Reconocimiento de nuestro rol y económico
61	Reconocimiento de rol autónomo y económico
62	Aumento de salario. Mejorar el horario laboral y reconocimientos
63	Facilitar la formación. Aumentar el personal
64	Dedicando más tiempo al paciente
65	Reconocimiento económico y de promoción
66	Mejorar horarios y empleo fijo
67	Reconocimientos del trabajo y remuneración económica
68	Mejora de contratos, horarios, servicio que te guste...

70	Carrera profesional. Reuniones de equipo
71	Reconocimiento de la profesión. Asistencia multidisciplinaria
72	Reconocimiento del rol enfermera
73	Lugar de trabajo deseado
74	Promoción profesional y reconocimiento
75	Reconocimiento profesional y salarial
76	Aumento económico, mejora de la calidad de servicios y aumento de plantilla
77	Mejorar la calidad de servicios, aumento económico, aumento de plantilla
78	Reconocimiento en el trabajo, promoción profesional, rol autónomo
79	Facilitar la formación profesional dentro del horario laboral
80	Mejorar el equipo multidisciplinar. Facilitar el trabajo
82	Incentivos económicos. Refuerzos
84	Reconocimiento profesional. Aumento de sueldo
86	Ampliar conocimientos. Dedicar más tiempo al rol propio
87	Reconocimiento en el trabajo. Compensación económica
88	Tiempo para realizar de forma óptima los cuidados de enfermería, reconocimiento profesional. Mejorar los horarios laborales. Soporte tecnológico
89	Reconocimiento por parte de supervisión y por parte de los pacientes. Compañerismo en el equipo
90	Fijo en un servicio con contratación normal
91	Ejercer el rol autónomo
92	Mejorar las condiciones laborales
93	Reconocimiento profesional. Incentivos. Cursos dentro del horario laboral
94	Formación dentro del horario laboral. Promover la participación
95	Valorando la profesión
98	Autonomía
99	Reconocimiento personal
101	Reconocimiento profesional de otros equipos asistenciales
102	Trabajo estable y seguro
103	Reconocimiento profesional
104	Sesiones clínicas
105	Valoración del resto del equipo
106	Reconocimiento
107	Reconocimiento y gestión autónoma de enfermería
108	Mejorar la precariedad laboral. Mejorar la formación continuada. Valoración de las necesidades personales
113	Falta un poco de autonomía hacia enfermería por parte de los médicos. Faltan sueldos justos, turno y servicio fijo
114	Mejorando recursos y salario
115	Mejorando los recursos en el trabajo, incrementar los sueldos y mejorar los horarios
116	Si los superiores nos dejaran tomar más decisiones nos dejarían un margen más amplio
119	Estabilidad laboral, horarios planificados, reconocimiento de la profesión, disminución de la carga laboral, mejores infraestructuras

120	Sintiéndose a gusto en el puesto de trabajo
121	Más reconocimiento propio, falta de orgullo profesional. Reconocimiento de la licenciatura. Mejores horarios, mejoría económica
122	Menos cargas de trabajo y poder dedicar más tiempo
123	Con la promoción
124	Promover desde la empresa. Cursos de formación. Promoción dentro de la empresa.
125	Reconocimiento institucional, aumento de sueldo, social. Si nos dedicásemos y nos pidieran algo más que poner medicación
126	Teniendo mayor reconocimiento de nuestro trabajo de los demás profesionales y de la sociedad con una mayor información

### **V72 A qué dedicas tu tiempo a la profesión fuera del horario laboral**

Caso	Respuesta
2	Pluriempleo Cursos
3	Cursos
4	Aumentar conocimientos sobre mi profesión
5	Postrados
6	Leer revistas
7	Estudiar Revisar documentación enfermería Formación continuada
8	formación
9	Leer artículos y libros preparar comunicación
48	Elaboración registros enfermería ordenador
49	Colaboración docente.
50	Lectura de revistas profesionales y cursos en el centro de trabajo
51	Formación continuada
55	Estudios de formación continuada
57	estudios
58	Formación continuada
59	Formación continuada
60	Formación escolar o en asociaciones de vecinos
61	Atención a gente mayor en su domicilio

62	Cursos y congresos
65	Formación continuada
66	Lectura
67	Cursos
68	Cursos y búsqueda de información para la práctica diaria
70	Formación
71	Cursos a distancia, lecturas de enfermería
72	Reuniones, intercambio de opiniones
75	Formación continuada
76	Cursos
77	Cursos
78	Formación de postgrados
80	Formación
83	Formación
84	Formación continuada
85	Formación y cursos
88	Formación continuada en el centro. Lecturas de enfermería
89	Tesina para la licenciatura de enfermería
90	Cursos y trabajos
91	Lectura. Impartir clases. Debatir con los compañeros
92	Formación continuada
94	Preparar clases y leer revistas de enfermería
95	Relajar la musculatura de la espalda
96	Cursos y lecturas de temas relacionados con la enfermería
98	Cursos de enfermería
99	Cursos
102	Lectura de enfermería
103	Postgrado
105	Investigación y docencia
106	Preparación de cursos
107	Lecturas de temas de salud, trabajos no institucionales
108	Formación continuada, cuidados sanitarios a familiares
112	Formación, lecturas
114	Cursos de formación
115	Formación continuada y a ayudando puntualmente a domicilio
116	En resolver dudas o curiosidades que surgen durante el día o en el trabajo
117	En formación
119	Cursos a distancia, lectura especializada
120	Cursos
121	Formación. Leer registros
124	Leer artículos, dar cursos de formación
125	Búsqueda de información, comisiones de calidad y formación. Temas de interés personal
126	Estudio del 2º ciclo de enfermería

