

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"

TITULO

**ANÁLISIS DE LA NARRATIVA Y LOS SIGNIFICADOS DE LA ENFERMERA:
CONOCER Y REFLEXIONAR SOBRE LA REALIDAD ENFERMERA**

AUTORES: Elena Álvarez-Neus Castillejo- Patricia Cobarsi-Kilian Trenard

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

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en fecha: Octubre de 2009

Aceptado en fecha: Octubre de 2009

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



**Análisis de la narrativa y
los significados de la
enfermera:**

**Conocer y reflexionar sobre
la realidad enfermera**

**Máster en Administración y
Gestión en cuidados de Enfermería
2007-2009**

Elena Álvarez - Neus Castillejo - Patricia Cobarsi - Kilian Trenard

La narrativa podría ser más verdadera que la historia porque va más allá de la evidencia, y todos sabemos, por nuestra propia experiencia, hay algo más allá de la evidencia.

E.M. Forster

1. INTRODUCCIÓN (4)

2. PROBLEMA (6)

3. JUSTIFICACIÓN (7)

4. OBJETIVOS (10)

4.1. Objetivo general

4.2. Objetivos específicos

5. HIPÓTESIS (11)

6. MARCO TEÓRICO (12)

6.1. CONSTRUCTIVISMO SOCIAL (12)

6.1.1. Supuestos básicos del construccionismo social (13)

6.1.2. Postulados del construccionismo social (14)

6.1.3. El análisis narrativo en las ciencias sociales (16)

6.2. NARRACIÓN Y SIGNIFICADO (17)

6.2.1. La concepción del lenguaje (17)

6.2.2. La narrativa: premisas universales (19)

6.2.3. Las propiedades específicas de las narraciones (21)

6.2.4. Análisis narrativo (23)

6.2.5. El significado (24)

6.3. PERSPECTIVA ENFERMERA (26)

6.3.1. Enfermería y cuidar (26)

6.3.2. Los saberes en Enfermería (27)

6.3.3. Desarrollo profesional según Patricia Benner (31)

6.4. ELEMENTOS CONTEXTUALES (33)

6.4.1. Contexto de la investigación (33)

6.4.2. El Hospital (35)

6.4.2.1. Misión (36)

6.4.2.2. Visión (36)

7. MARCO APLICADO (38)

7. 1. Metodología (38)

7. 1.1. Diseño (38)

7. 1.2. Población/muestra (41)

7. 1.3. Instrumentos (41)

7. 2. Resultados (43)

7.2.1. SARA: enfermera principiante (43)

7.2.2. NEKANE: enfermera principiante avanzada (46)

7.2.3. JUDITH: enfermera competente (49)

7.2.4. ÁNGELES: enfermera habilidosa (51)

7.2.5. JULIA: enfermera experta (55)

8. CONCLUSIONES (60)

9. BIBLIOGRAFÍA (65)

10. ANEXOS: ENTREVISTAS

1. INTRODUCCIÓN

Son muchos los factores que intervienen en el estado de ánimo de las personas, y por tanto son muchos de éstos los que hacen sentir “bien o mal”. Sin duda uno de los factores más nombrados en los tiempos que vivimos es el de estrés, entendido este como aquella tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves o también como el estado de tensión o ansiedad al que la persona se ve sometida de forma intensa o prolongada en el tiempo.

En el campo de la enfermería existen un extenso número de autores que han escrito sobre el estrés que padecen los profesionales de enfermería y muy ligado a esto aparece el concepto de burn-out (estar quemado).

Según Maslach (1982) el burn-out es el síndrome de cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación, que eventualmente progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso. Las causas de este síndrome se pueden agrupar en 3 categorías:

- estresantes provenientes del propio trabajo
- estresantes institucionales
- factores personales del profesional

Cuando el profesional no cubre con las expectativas previstas, las posibilidades de formación y desarrollo profesional son limitados y las condiciones de trabajo son adversas, la satisfacción que le produce el trabajo queda lejos de lo deseable.

Es por todo esto que queremos saber cómo se sienten los profesionales de enfermería, queremos dar nuevos significados, contenido y perspectiva a la experiencia de su profesión. Para poder conseguir esto la enfermera necesita

contar y narrar. Este hecho le ayudará a salir de sí misma y poder hacer suya esta experiencia, la experiencia del cuidar.

El objetivo es oír ese grupo de metáforas, que es su narrativa, para organizar las sensaciones a través de las que cada uno construye su verdad con los elementos subconscientes de su historia a medio escribir.

A medida que el profesional verbaliza su narrativa (el lenguaje y los códigos de ese país que es la profesión enfermera), su práctica adquirirá un significado más claro para ella y su institución, y su implicación en la relación clínica podrá ser central. Por eso, desde la dirección y los diferentes mandos de enfermería, se debe escuchar la narrativa del profesional enfermero porque ahí está la puerta para poder entender cómo trabajamos y poder llevar a cabo una práctica más consciente, reflexiva, más humana, personalizando así los cuidados prodigados al paciente.

2. PROBLEMA

Es evidente que el ver cerca la muerte, el cuidar a pacientes moribundos, el miedo al contagio de enfermedades, el realizar tareas poco gratificantes, la falta de personal, la sobrecarga cuantitativa del trabajo, el tipo de contrato, los bajos salarios, la falta de promoción interna, la falta de reconocimiento social y profesional, la falta de formación para trabajar el malestar del paciente, la falta de compañerismo en muchas ocasiones, ayudan a que las enfermeras puedan sentirse insatisfechas, desmotivadas....

Si a todo esto le añadimos la vida personal de cada una, como por ejemplo, el número de hijos o personas a su cargo, los años de desarrollo laboral, la estabilidad psicológica y emocional, la salud física, esto se puede agravar.

Porque no tenemos que olvidar que la enfermera con el paso de los años adquiere un mayor conocimiento científico, lo cual le genera mayor seguridad y habilidad en el manejo de situaciones críticas, y por tanto llega a tener una mayor autonomía profesional, pero al mismo tiempo puede darse que aquella ilusión de los principios ya no exista y haya sido sustituida por la rutina, la monotonía.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo titulado “Análisis de la narrativa y los significados de la enfermera: conocer y reflexionar sobre la realidad enfermera”, surge del interés por conocer la posición que asumen las enfermeras en la organización y comprender sobre lo que funciona, por qué funciona y qué pueden hacer las personas con respecto a la organización a la que pertenecen. En esta línea, dichos cuestionamientos se enfocan en una pregunta por los significados de la enfermera.

Es así, como se toma la decisión metodológica de optar por un abordaje cualitativo desde la narrativa, ya que según algunos teóricos: “Las historias que contamos acerca de nosotros y de las vidas de otros son una forma común de texto detallado en los cuales construimos, interpretamos y compartimos experiencia: soñamos en narrativa, imaginamos en narrativa, recordamos, anticipamos, esperamos, nos angustiamos, creemos, dudamos, planeamos, revisamos, criticamos, conversamos, aprendemos, odiamos y amamos en narrativas” (Schiffrin citado por Shankar, Elliott, y Goulding, 2001). La narrativa entonces, se convierte en la forma privilegiada por la cual el investigador pasa a dar protagonismo a la voz del otro, en este caso la voz enfermera, constituyendo una relación empática, que permitirá una construcción que trasciende dicha relación.

Es por esta razón, que se requiere una posición ética por parte del investigador, ya que la fidelidad con la cual este aborda la construcción narrativa determina la calidad de la interpretación que permite develar entonces, los significados por los cuales se indaga.

Comprendiendo lo dicho hasta el momento, el valor de este estudio radica en realizar un aporte conciente y responsable dirigido a la creación de un medio desde el cual un grupo de enfermeras puede mostrarse, expresarse y opinar

acerca de su ser profesional, y permitir la inclusión de múltiples voces según el desarrollo profesional de Patricia Benner.

Dentro de lo anterior, la opción metodológica desde el socio-construccionismo, lo cual deja ver que la noción de lo múltiple, variado, diverso “aparece como un referente especialmente importante en la investigación construccionista, pues se trata de privilegiar formas de exploración que permitan la aparición de lo múltiple en el coro de voces que enuncian diversas versiones de la realidad y donde lo singular adquiere un nuevo valor, voces que incluyen la voz misma del investigador en un papel que no sólo le implica presentar los resultados a los sujetos investigados sino también asumir su propia versión como perspectiva enriquecedora de la realidad estudiada. De este modo, el investigador hace presencia, en su experiencia vivida, gracias a las entrevistas y observaciones participantes, que, a su vez, buscan recoger las voces de los involucrados, señalando de manera importante las relaciones tejidas entre ellos a través de la interacción”

En la investigación se pretende recoger las voces de los participantes, entendiendo por participantes, tanto las enfermeras como el entrevistador, que desde su propia interpretación entra a jugar un papel fundamental en la narrativa, para así dar protagonismo a la interacción que surge en el acto comunicativo de la narración.

Desde estos presupuestos, el análisis narrativo representa una metodología coherente, tomando como base el modelo interaccional de Elliot Mishler¹, por medio del cual se hace posible la construcción de un instrumento

A partir de esto, el estudio pretende apoyar y reflexionar sobre la pluralidad, reflexividad y la crítica, así como brindar elementos para generar una conciencia de responsabilidad a la organización, en este caso hospital. De acuerdo con esto y siguiendo con el planteamiento socioconstruccionista:

“existe un compromiso de carácter ético de la ciencia, pues ésta debe procurar comprensiones del funcionamiento humano, no a través de la incorporación de modelos exteriores de comprensión o investigación, sino en la búsqueda por generar los propios marcos de referencia contextualizados” (Gergen, 1998)

Tomando en cuenta lo dicho hasta el momento, se plantea la siguiente pregunta como guía de la investigación: **¿Qué cuentan los profesionales de la enfermería respecto a la institución y los mandos superiores de enfermería?**

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

El objetivo clave de este trabajo es alcanzar un conocimiento más comprensivo y reflexivo de la realidad enfermera. A través del análisis de las narrativas de las enfermeras se pretende conocer y reconocer el significado de las historias recogidas para alcanzar una mejor comprensión sobre cómo se sienten y si perciben cuidados de la organización a la que pertenecen.

4.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de la presente investigación son:

Determinar como se siente y que relación mantiene la enfermera con los mandos enfermeros y la Institución a la que pertenecen.

Determinar como se siente la enfermera con el trabajo que desarrolla en el Hospital.

Conocer y analizar los aspectos que motivan a las enfermeras del estudio a seguir en la organización en la que trabajan.

5. HIPOTESIS

La disciplina enfermera se enmarca a través de cuatro fenómenos abstractos y generales: la persona, la salud, el entorno, y el cuidado, que proporcionan una perspectiva universal de la profesión (Fawcett, 19845) citado por Kérouac).

La hipótesis de partida de la presente investigación es la convicción que para que la disciplina profesional enfermera se pueda desarrollar es necesario que desde los mandos directivos enfermeros cuiden a su equipo humano pero antes se debe escuchar a las enfermera y saber si se sienten cuidada por la institución a la que pertenece o por dichos mandos directivos.

6. MARCO TEÓRICO

Los referentes teóricos de la presente investigación se sustentan en tres ámbitos que le fundamentan y proporcionan soporte: construcciones social, enfermería y contextuales.

Por otro lado, se toma en cuenta la sociología del conocimiento, cuya obra fundamental es “La construcción social de la realidad” de Berger y Luckman, así como los estudios de A. Giddens en torno a las consecuencias políticas de un conocimiento socialmente compartido en la modernidad. Finalmente una tercera fuente se halla en la psicología misma, por parte de la psicología social y los desarrollos desde el interaccionismo simbólico (G. Mead) y por parte de los llamados constructivistas, enfoque originado por los estudios de J. Piaget y desarrollado posteriormente por los constructivistas sociales L. Vygotsky y J. Bruner cuyo énfasis se encuentra en las relaciones por medio del lenguaje en la construcción del sujeto.

6.1. CONSTRUCTIVISMO SOCIAL

Para poder enmarcar dicha investigación debemos ir a los inicios del construccionismo social. En primer lugar, el construccionismo social se concibe como un enfoque al interior de las ciencias sociales, que surge como alternativa al tradicional enfoque empirista-racionalista cuyo núcleo estaba centrado en la individualidad. El proceso de gestación de la nueva alternativa, se comprendería con las fases diferenciadas por Gergen (1996, p. 32) necesarias para la transformación de la inteligibilidad tradicional: pasando por una fase crítica, luego por una transformacional, hasta llegar a una nueva inteligibilidad, el construccionismo, cuyo núcleo se centra en la “relación” (Rozo, 2001).

Las raíces que dieron lugar al construccionismo son tan variadas y tan distantes entre sí, que es difícil diferenciar un hecho claro y puro.

Las fuentes que dieron lugar al socioconstruccionismo se pueden localizar en diversos ámbitos ,por un lado, los estudios sobre el lenguaje en los que se plantean nuevas formas de comprensión en las cuales el lenguaje es el reflejo del mundo, es una forma de transmitir conocimiento científico donde se rastrean algunos desarrollos en el análisis narrativo (M. Bajtin) y por otro lado, estudios en filosofía del lenguaje adelantado desde la filosofía analítica (L. Wittgenstein, J. L. Austin y J. R. Searle), la propuesta hermenéutica (M. Heidegger y E. Husserl, G. H. Gadamer y P. Ricoeur) y los estudios críticos sobre el lenguaje (J. F. Lyotard y J. Derrida). Los aportes de M. Foucault (1970) son especialmente importantes en este punto, al adoptar una postura crítica con respecto a las formas de ordenamiento social devenidas de la modernidad.

6.1.1. Supuestos básicos del construccionismo social

De esta forma y según planteamientos de Kenneth Gergen (1996), se pueden resumir así:

1. Hay diferentes construcciones de mundo, teniendo en cuenta que cada una de esas construcciones implican unas acciones, y por consiguiente una manera de estar en el mundo.
2. No hay un sí mismo único y verdadero, ya que participamos en una variedad de pautas de interacción social.
3. “La realidad y el yo encuentran sus orígenes a través de las relaciones” (2002, p. 7).

4. Nada tiene significado sino se mira desde el contexto, se actúa desde y hacia contextos.

6.1.2. Postulados del construccionismo social

El núcleo de la relación es el lenguaje teniendo en cuenta que, si no todas, la mayoría de las interacciones sociales son mediadas por éste, en palabras de Rozo (2001, p. 3): “todo conocimiento -sostienen los construccionistas- evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente; y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior”.

Es así como se puede decir que el primer postulado del construccionismo apoya la idea de que no hay verdades absolutas: “no existen formas privilegiadas de conocimiento de la realidad” (Gergen 1997, p 110), lo que se comprende en parte, al referirse a una realidad conocida a través de medios simbólicos. Las comprensiones de mundo se establecen por medio de consensos entre miembros de una comunidad, según Gergen: “El sentido de objetividad es un logro social. O sea, para considerar algo fáctico o verdadero es necesario que los otros hayan llegado a igual conclusión...la objetividad científica se basa igualmente en la presunción de un consenso. La objetividad se alcanza, pues, mediante una coalición de subjetividades” (1997,p. 119). Surge pues, se privilegia la idea del mundo como construcción, contextual y ubicada históricamente.

Otra característica es que observando las formas de inteligibilidad tradicional impuestas, se tiene la constitución de regímenes establecidos que hacen que este supuesto se interese por aspectos políticos y éticos subyacentes no sólo en tales formas tradicionales de inteligibilidad sino a las contemporáneas también. La propuesta que surge en palabras de Rozo (2001, p. 3) es que: “hay relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que

contamos a los otros”, de manera que el autor señala la necesidad de incorporar la duda y la manera de hacerlo es “favoreciendo la presencia de una pluralidad de relatos y en la que los formatos de construcción conjunta superen los discursos individualistas y deterministas de un yo aislado y en medio de su realidad” (p. 5).

El segundo postulado concuerda con el planteamiento que hace Edgar Morin (1998) en su paradigma de la complejidad cuando hace mención al multiverso: “cada ser tiene una multiplicidad de identidades en sí mismo, una multiplicidad de personalidades en sí mismo” (p. 87). Es así como surge la metáfora de la pizarra en blanco donde les es posible a los individuos escribir, borrar y reescribir su identidad, pero sólo en la medida en que así se lo permita la “red de relaciones personales en permanente expansión y cambio” de la que son parte. (Gergen, 1997, p. 287), ya que como recuerda Baudrillard (1987, p. 10): “existimos como terminales de redes múltiples”.

El tercer postulado, recuerda la importancia de la relación como núcleo que da sentido a las acciones y al lenguaje, antes entendidos como actos privados e individuales. Otra de las particularidades del construccionismo social es el protagonismo que da a los individuos, en el sentido en que las significaciones lingüísticas se dan justamente en la relaciones que tienen lugar entre individuos en su cotidianidad, es así como: “cada discurso surge de una comunidad de usuarios del lenguaje que van construyendo, resignificando y transformando constantemente los marcos de referencia gracias a sus interacciones, de forma tal que es a través de las relaciones que nosotros, en cualquier momento, comenzamos los procesos de reconstrucción del mundo” .

De igual forma, se apela a la importancia del lenguaje como constructor del sujeto a través de las relaciones, ya que se construyen significados, identidades (según valores, metas, etc. compartidas), que hace posible su identificación con unos y diferenciación con otros: “participar del lenguaje es

participar en una forma de vida o tradición cultural, que da lugar a que los sujetos construyan sus propias versiones sobre sí mismos, la interacción y la realidad misma". Se configura entonces una relación dinámica entre lenguaje, relación e individuo.

Y finalmente el cuarto postulado puede verse reflejado en la siguiente frase de Rozo:

"Moldeamos el mundo en el que vivimos y creamos nuestra propia "realidad", dentro del contexto de una comunidad con otros individuos; comunidad que por medio de sus posibilidades y restricciones económicas, políticas, sociales y culturales fija los límites de nuestras narraciones y limita nuestra posibilidad de elección a determinados contextos "(2001).

Gergen (1996) complementa lo anterior diciendo que el conocimiento, de cualquier tipo que este sea, está anclado a una cultura, a una historia o a un contexto social, por ende "los términos con los cuales se comprende el mundo son artefactos sociales, productos de intercambio entre la gente, históricamente situados"

6.1.3. El análisis narrativo en las ciencias sociales

La ciencia social se puede considerar como un proceso, en el cual las teorías científicas sirven de "dispositivos decodificadores", los cuales traducen los "ruidos" en "información utilizable" (Gergen, 1998, p. 40), dicho proceso se amplía en la medida en que se añade la función comunicativa que tiene el científico, al transmitir a la sociedad sus hallazgos y así crear un movimiento circular o "bucle que se retroalimenta" entre ciencia y sociedad. En la medida en que los hallazgos o teorías del científico son utilizadas en escenarios sociales reales, la realidad se va transformando por acción de dichas teorías,

así que las bases que dieron lugar a su elaboración cambian y por tanto quedan sin sustento.

El conocimiento además de ser relativo y por ende provisional, debería estar en permanente construcción y deconstrucción (Ibañez, 1989), con el fin de hacer emerger “determinaciones socioculturales implícitas que vehiculan de forma acrítica” (p. 113), dotando el quehacer del profesional social de responsabilidad política, al tener que revisar continuamente la teoría y así desentrañar las formas sociales que se refuerzan o se repelen, y así saber a los intereses a los que sirve.

6.2. NARRACIÓN Y SIGNIFICADO

Teniendo como telón de fondo las generalidades del construccionismo social, se focaliza la indagación en las narrativas y los significados como núcleos en los cuales se centra el presente estudio.

6.2. 1.La concepción del lenguaje

¿Qué se entiende por lenguaje?

Berger y Luckman (1979) lo definen como “el sistema de signos más importante de la sociedad humana... su comprensión es esencial para cualquier comprensión de la realidad de la vida cotidiana” (p. 55). Su función entonces, sería la de objetivar la experiencia en el curso de la vida, resaltando al mismo tiempo su carácter dinámico en la medida en que tiene lugar en un sinnúmero de interacciones sociales que difieren en contenido y forma.

La concepción del lenguaje desde una postura positivista como un reflejo, “una expresión externa de una racionalidad interna” (Gergen, 1997, p. 169), cambia

hacia la concepción en la que el lenguaje es constitutivo de los individuos, no es un medio, se concibe como “una forma de relación” en sí misma (p. 203) que ayudada por el significado que surge en dicha relación construye sentido, se retroalimenta y se convierte en realidades determinadas que cambian constantemente.

Gergen agregaría: “La gente no verbaliza su experiencia; correspondería sostener más bien que sin las formas del lenguaje no se podría afirmar que se tenga experiencia alguna” (p. 148 y 149).

La importancia del lenguaje radica en la relación que se establece con el otro, de tal manera que las palabras no tendrían sentido en tanto no estén validadas por ese otro, Gergen lo expone de esta manera:

“Cualquier acción, desde la emisión de una sola sílaba hasta el movimiento del dedo índice, se torna lenguaje cuando los demás le confieren un significado dentro de una pauta de intercambios, y hasta la prosa más elegante puede reducirse a un sinsentido si no se le concede el derecho a un significado. El significado, pues, es hijo de la interdependencia. Y como no hay yo fuera de un sistema de significados, puede afirmarse que las relaciones preceden al yo y son lo fundamental. Sin relación no hay lenguaje que conceptualice las emociones, pensamientos o intenciones del yo.” (1997, p. 204).

Tal concepción del lenguaje, lleva a que elementos tradicionalmente comprendidos desde una naturaleza privada e individual sean ahora de carácter social. Como un ejemplo de ello, se encuentra la memoria definida por las cánones tradicionales como: “el sistema mental para percibir, almacenar, organizar, alterar y recuperar información” (Coon, 1998, p. G-10). La memoria desde el construccionismo “se convierte en una posesión social” (Gergen, 1997, p. 211), en la medida en que al querer hacer evidentes los recuerdos a nosotros mismos o a otros, es necesario utilizar el lenguaje “disponible” en la

cultura, disponibilidad que pone límites “a lo que legítimamente podemos considerar un recuerdo” (p. 210).

6.2. 2.La narrativa: premisas universales

Además del recuerdo, dentro del lenguaje existen otras formas de organizar las experiencias al ser contadas, una de estas formas es la narración. La razón por la cual las experiencias deben ser organizadas de algún modo es porque “en general, estamos dispuestos a aceptar como “verdaderos” sólo los argumentos de vida que se acomodan a las convenciones vigentes”. (Idem, p. 210). En un sentido más amplio, para algunos autores como Shankar, Elliott y Goulding, (2001, p. 3): “Las narrativas son consideradas la manera fundamental por la cual estructuramos y damos sentido a nuestras vidas”.

Mieke Bal en su Teoría de la Narrativa (1990) define el texto narrativo como: “aquél en que un agente relata una historia con lenguaje, esto es, que se convierte en signos lingüísticos... (sin implicar) que el texto sea la historia” –la historia puede ser la misma, contada en diferentes textos- (p. 13), la historia a su vez se concibe como: “una fábula presentada de cierta manera (o) una serie de acontecimientos lógicos y cronológicamente relacionados que unos actores causan o experimentan” (p. 13); se entiende entonces, que una historia se compone de cuatro elementos: acontecimientos, actores, tiempo y lugar.

El aporte realizado por Bal, comprende que las narraciones surgen desde un marco más amplio: la cultura. Jerome Bruner (1997) y Elliot Mishler (2005) son algunos de los que exponen esta tendencia y quienes sustentan la idea de la construcción de realidad a través de modos narrativos, que a su vez, otorgan sentido a las acciones.

Esta forma de abordar la cuestión de lo humano y lo social, reconociblemente alejada de la metodología científica positivista no alude a la particularidad y al

reduccionismo. Según los presupuestos de Bruner, existen universales en cuanto a las construcciones narrativas de la realidad; características que posibilitan la vida dentro del entorno cultural. El autor presenta de esta manera, nueve formas en las que estas construcciones dan forma a la “realidad” demostrando el inevitable vínculo y diálogo entre el lenguaje, el pensamiento narrativo y el discurso narrativo, términos que se evidencian luego de abordar los universales expuestos a continuación, tanto así que desde esta perspectiva se hace imposible fijar una distinción clara entre los mismos.

El primer universal de las realidades narrativas se refiere a una estructura de tiempo cometido. La narración se encuentra siempre segmentada en etapas como principios, finales y mitades de acuerdo a las situaciones primordiales que se presentan en estas; “el tiempo narrativo, como señala Ricoeur (1987/1998) es tiempo humanamente relevante cuya importancia viene dada por los significados asignados a los acontecimientos, ya sea por los protagonistas de la narración o por el narrador al contarla” (citado por Bruner, 1997, p. 152). Los caracteres temporales se manifiestan en el intercambio de la acción; el pasado, el presente y el futuro se configuran en la narrativa.

Como segundo universal se presenta la particularidad genérica de las narraciones, al entenderse como una simple forma de actualización de estas (las narraciones) ya que todas encajan dentro de esquemas genéricos más amplios que la particularidad misma. De esta forma, desde la concepción del autor el género se encuentra en el texto, en su argumento y la forma en que este es narrado, así como también se presenta para darle sentido a la narración, ya que de cierta manera esta representa el mundo (Bruner, 1997).

La tercera premisa universal de las narraciones se fundamenta en que las acciones tienen razones. En este sentido, las narraciones tienen una razón de emerger ya sea por valores, creencias, sentidos, teorías u otros estados intencionales. A pesar que la acción narrativa surge de estados intencionales

estos no determinan el desarrollo de la acción ya que existe cierta libertad narrativa que el autor llama agencia; agencia que implica entonces la posibilidad de elección. Según Bruner (1997) “lo que se busca en la narración son los estados intencionales que hay detrás de las acciones: la narración busca razones, no causas. Las razones se pueden juzgar en un esquema normativo de las cosas” (p. 156).

El cuarto universal, la composición hermenéutica, es otro de los elementos que se ubican dentro de las narraciones. Esto implica que una narración tiene una interpretación única y particular, lo cual permite realizar una lectura acerca de lo que significa cada relato con las particularidades que lo conforman. En esta medida se busca comprender en qué contexto emerge el relato, por qué surge y quién es el narrador. Se remarca la importancia del contexto en la producción de narrativas mostrando de qué forma el orden temporal (primer universal) es una función de dos elementos: las preferencias culturales y la situación natural del narrador,

6.2.3. Las propiedades específicas de las narraciones

Desde este marco, las narraciones se definen como un modo particular de organizar las experiencias que desempeñan funciones específicas. Para diferenciarlas de las formas de discurso se deben explicitar las propiedades de las mismas.

En primer lugar, las narrativas tienen carácter secuencial, sus componentes (sucesos, estados mentales, acontecimientos donde participa el individuo) adquieren significado por el lugar que ocupan en la secuencia: en su trama. Entonces, para comprender la narración se debe ser consciente de la secuencia de acontecimientos que conforman la trama, reconociendo a esta última como constructora de la narración y dando sentido a sus distintos componentes.

En segundo lugar, las narraciones se caracterizan por ser tanto reales como imaginarias. Desde esta perspectiva, es la secuencia de sus oraciones lo que determina su trama, no si proviene de referentes reales o ficticios. Es la singularidad secuencial lo que carga de significado la narración.

La tercera característica de la narración es su posibilidad de construir diálogo entre lo que el autor califica como lo excepcional y lo corriente. Es el aparato narrativo el que hace posible lo que sale fuera de las convenciones, lo que no corresponde a lo canónico pueda entrar a negociarse como significado dentro de la cultura “Los relatos alcanzan su significado explicando las desviaciones de lo habitual de forma comprensible, proporcionando la lógica imposible” (Idem, p. 59). En cuanto a la conducta habitual, cuando esta se presenta no surge una pregunta del por qué, es decir, no se buscan explicaciones ya que al caer en el plano de lo canónico los significados se explican por sí mismos.

Las narraciones constan también de un carácter dramático que según Burke mencionado por Bruner (1990, p. 61), se da por la presencia de desviaciones de lo canónico de orden de compromisos morales y valores. Según el mismo Burke, la narración consta de un actor, una acción, una meta, un escenario, un instrumento y un problema. Desde sus características particulares, el valor de la narración radica en que en ella se encuentra la construcción del tejido de la acción y la intención ya que actúa como mediadora entre los componentes canónicos de las culturas y los componentes de las ideas, creencias deseos y esperanzas (Bruner, 1997).

En este marco, la psicología popular colabora por medio de la forma narrativa con la organización de las experiencias de dos maneras: por medio de la elaboración de marcos o esquematización y por medio de la regulación afectiva.

Asimismo “La experiencia y la memoria del mundo social están fuertemente estructuradas no sólo por concepciones profundamente internalizadas y narrativizadas de la psicología popular sino también por las instituciones históricamente enraizadas que una cultura elabora para apoyarlas e inculcarlas” (Bruner, 1990, p. 68).

Las narraciones también son entendidas como una forma de utilización del lenguaje ya que adquieren su poder a través del uso de metáforas y figuras para dar cuenta de lo excepcional y lo corriente. Bruner hace mención acerca de cómo Ricoeur (Bruner, 1990) se refiere a dichas metáforas como la “metáfora de la realidad” (p. 69). De esta forma, al ser las narraciones concretas, al trascender la particularidad, se convierten en emblemas que no pueden ser entendidos a través de razonamientos lógicos ya que no se busca establecer qué significan sino cómo se pueden interpretar. Estos significados interpretativos son metafóricos y contextuales en sí mismos. Por esta razón, como comenta Bruner, para comprender la interpretación y elaboración de significados es necesario indagar con respecto a los meta contextos en los cuales se construyen y se transmiten.

6.2.4. Análisis narrativo

Existen diferencias en las formas en las que se abordan el análisis de narrativas en la investigación. Es así como Shankar (et al., 2001) y Riessman (2001) presentan aproximaciones desde diversas áreas de las ciencias sociales (algunos autores mencionados anteriormente): desde la psicología (Bruner, Mishler, Sarbin, Polkinghorne, Gergen & Gergen y McAdams principalmente), desde la sociología (Holstein & Gubrium, Ezzy, y Somers), en enfoques antropológicos (Behar, Rosaldo, Young y Ochs & Capps), pasando por la socio-lingüística se encuentran Labov & Waletzky, autores que marcaron la pauta en el análisis narrativo, que aún en la actualidad se toman como base. Finalmente en otras áreas en donde se incluye el derecho, medicina –psiquiatría- (Charon

y Kleinman), psicoanálisis y trabajos en educación y trabajo social (Riessman, Dean y Laird). De igual manera, la narrativa también ha ocupado la atención en un número significativo de estudios organizacionales (Barry & Elmes; Boje; Deuten & Rip; Dunford & Jones entre otros).

6.2.5. El significado

Existe un elemento que se menciona constantemente pero que no ha tenido un trato detenido: el significado, que ocupa desde el primer momento un lugar privilegiado por cuanto en él confluyen el lenguaje y la relación, lo cual se expresa en la frase de Gergen (1997):

Hablar no es un signo externo de un estado interno, sino participar en una relación social. A partir del argumento de que el lenguaje obtiene su significado de los usos que adopta en las relaciones cabe concluir que la palabra humana es utilizada en actividades prácticas, como las de responsabilizar a otro, buscar un perdón, etc. (p. 216).

“El concepto fundamental de la psicología humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados” (Bruner, 1990, p. 47). La anterior afirmación se basa en la idea que para comprender al hombre se debe comprender sus estados intencionales, ya que estos moldean sus experiencias y actos y es en la participación de dichas formas de estados intencionales con los sistemas simbólicos de la cultura donde estos se conforman. Así, son los sistemas culturales de interpretación los que permiten que la vida tanto personal como interpersonal sea comprensible. .

En esta línea, se puede afirmar que los actos de las personas son “inteligibles”, en la medida en que hacen parte de un sistema de significado, y éste a su vez es el producto de las relaciones que se sostienen (Idem, p. 304).

De igual forma, se comprende que los términos adquieren un significado determinado de acuerdo a la función que tenga dentro de un conjunto de reglas establecidas (Gergen, 1996, p. 77). En una esfera superior, el significado dentro de los juegos del lenguaje depende a su vez, del uso de dichos juegos en pautas culturales más amplias. En resumen, esta perspectiva aborda: “el significado como algo que deriva de intercambios microsociales incrustados en el seno de amplias pautas de vida cultural” (Idem, p. 77). Entre otras de las características de los autores trabajados, el referente contextual que tanto Gergen, Bruner y Mishler mencionan, enunciada por el primero desde el lenguaje y la relación social y por los últimos desde la perspectiva cultural que toman la forma de negociaciones entre lo canónico y subjetivo y finalmente, la característica evidente que el significado es una construcción, que apela muchas veces a formas lingüísticas como la metáfora. De esta manera, una construcción que podría recoger algo de lo visto anteriormente, con respecto a los significados es la siguiente:

“En la vida social se han construido signos, símbolos, gestos, palabras, convenciones que han permitido a los humanos definir el mundo y sus relaciones en interacciones mediadas por el lenguaje. Es en este lenguaje social en el que se evidencia, ratificada y perpetuada, que nos permite generar acuerdos culturales frente a las acciones que vivimos. La cultura es el vehículo por el que se logra el movimiento en el mundo social de tal manera que se pueden entender las acciones de los otros, por medio del logro de acuerdos que otorgan un orden social establecido” (Abello, Angarita, y Arango, 1998, p. 40).

Como se ha esbozado a lo largo de este momento, se tienen diferentes construcciones en el marco epistemológico, que se hacen en torno a conceptos como significado y narración, tomadas como guía en la investigación (Gergen, Bruner y Mishler); en estas se evidencian algunos de los presupuestos del

construccionismo, entre los cuales se encuentra la inexistencia de verdades absolutas, antes bien, se hace partícipe de una realidad teórica alimentada desde muchas fuentes que dan cuenta de la complejidad del tema.

6.3. PERSPECTIVA ENFERMERA

Existen diferentes aspectos que configuran la realidad socio-cultural de la práctica enfermera. Los temas a los que se concede prioridad en la presente investigación son: enfermería y cuidar, el desarrollo profesional según Patricia Benner y los saberes enfermeros.

6.3.1. Enfermería y cuidar

Profundizar en la disciplina enfermera, requiere reflexionar sobre la esencia de la profesión, y la naturaleza del cuidar. No solo las enfermeras cuidan, pero es el cuidar que sintetiza y da sentido a la palabra enfermera.

Cuidar es una noción familiar, sin embargo, resulta difícil definirla, con palabras comprensibles y medibles, tiene además diversos usos lingüísticos (Domínguez Alcón, 1989:25). Epistemológicamente el término cuidado implica: pensar, reflexionar respecto a una preocupación por un problema pasado, presente o futuro (Siles, 1997:38). Significado acorde con los métodos requeridos para ofrecer unos cuidados altamente cualificados, pero lejos del significado que durante años ha prevalecido, más cerca del “saber hacer”, que del “saber”. El objeto de conocimiento enfermero, está delimitado por los cuidados y el sistema de necesidades de las personas es su fuente de conocimientos. Los conceptos de: persona, salud, entorno y cuidados, forman parte de la estructura básica sobre la cual progresa el conocimiento enfermero (Kérrouac, 1996: 2).

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

El término cuidado, incluye los aspectos psicosociales y profesionales y técnicos (Lea, 1998: 625). Entre los elementos que configuran la relación social del cuidar se encuentran: la reciprocidad, obligación, responsabilidad, decisión sobre la salud y el bienestar de las personas. Como trabajo el cuidado es complejo y diversificado, muchas veces “invisible” por la dificultad de especificar la complejidad emocional y material que incluye (Fajardo, 2004; Garcia Bañon, 2004; German Bes, 2004; Cano-Caballero, 2004; Valls, 2004). En resumen el arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

6.3.2. Los saberes en Enfermería

El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana.

La práctica de Enfermería puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.^{6,7}

Si analizamos el postulado de Florence Nightingale se puede evidenciar que desde 1859 esta enfermera tenía una visión clara de la Enfermería como arte del cuidado: "... la Enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, es como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios?. Es una de las bellas artes, casi diría, la más bella de las bellas artes..."

Desde los postulados de Florence Nightingale ha transcurrido más de un siglo, durante el cual varias enfermeras fueron esclareciendo la esencia y razón de la Enfermería, mediante la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía del cuidado, intentando precisar su propia área de investigación y de la práctica. Estas enfermeras, a menudo llamadas teorizadoras y metateóricas, han querido delimitar el campo de la disciplina de Enfermería según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación. Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

La Enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más, toda consolidación, debe ir respaldada por una teoría, que le da sentido y metodología, así como por una práctica, que la hace útil y funcional.

Tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidados de Enfermería, sin hacerlo sistemáticamente, se queda en un simple ejercicio intelectual. Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería sin un modelo teórico de referencia, sólo sirve para sistematizar actividades aisladas que únicamente tienen significado para quien aplica el proceso.

Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia.⁶

La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

Hoy día con el nivel de desarrollo de la disciplina, la práctica científica de la Enfermería adopta, como referencia teórica, un modelo de cuidados y como metodología, el Proceso de Atención de Enfermería. Ambos significan la epistemología de Enfermería, entendidos como sus fundamentos y su método del conocimiento.

Podemos plantear que es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, es la investigación el proceso principal, a través del cual se arriba al conocimiento científico.

La investigación permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías e hipótesis y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que esta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que discurren en la práctica.

La investigación se logra mediante la aplicación de procedimientos detallados y rigurosos donde se concreta lo que se conoce como método científico de investigación.⁹

La investigación científica es un conjunto de acciones planificadas que permite:

- Resolver total o parcialmente, un problema científico determinado.
- Rechazar los supuestos de una teoría ya existente.
- Crear y validar nuevas teorías.

Es importante resaltar que la investigación sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí, en la práctica, donde se obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías.

Muchos autores plantean que la práctica es la base y el criterio de la verdad, pues en ella es donde se aplica la observación de los fenómenos, los instrumentos y se evidencian los resultados; los cuales son verificados con la experiencia práctica.

El profesional de enfermería debe utilizar en sus investigaciones los hallazgos de su propia práctica clínica, pues la práctica debe verse como la fuente del conocimiento. El conocimiento científico es el resultado de la investigación, lo que permite la consolidación del marco teórico y constituye los cimientos de la ciencia y su desarrollo.

Las investigaciones en enfermería deben utilizar nuestro método científico de actuación, lo que permitirá la práctica basada en la evidencia científica, lo cual posibilitará afirmar los supuestos anteriores de los fenómenos estudiados o sustentar la necesidad de abandonar las suposiciones anteriores. Esta tiene el gran reto de sustentar con elementos sólidos nuevas teorías, desarrollando la revolución y consolidación en la ciencia.

Gracias a la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, es que se clasifica el campo de la disciplina científica de la enfermería.

El cuidado sigue siendo la razón de ser de la profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en la enfermería. Ello permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basan la educación, la gestión y la asistencia de enfermería.

En conclusión, la enfermería el arte milenario del cuidado, se ha convertido en una ciencia reconocida a mediados del siglo pasado; como toda ciencia consta de un cuerpo teórico conceptual que sustenta sus principios y objetivos, posee un método científico propio, el Proceso de Atención de Enfermería, que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad.

6.3.3. Desarrollo profesional según Patricia Benner

Benner estudió la práctica de la enfermería clínica con el objetivo de descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermera. Una de las primeras distinciones que estableció fue la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico y, por tanto, entre el “saber teórico” y el “saber práctico”.

Del saber teórico, afirmó que sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. Mientras que el saber práctico hace referencia a la adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico. Añadir a todo esto que las situaciones clínicas son siempre variadas y en general, más complicadas que lo que la teoría muestra. Destaca que la práctica clínica incorpora la noción de excelencia: la enfermería debe desarrollar el conocimiento a partir de la

práctica (saber práctico) y, mediante la investigación y la observación científicas, debe empezar a registrar y desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. En resumen, la teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría.

Benner adaptó el modelo de Dreyfus en 1984. Los hermanos Dreyfus desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades estudiando la actuación de jugadores de ajedrez y de pilotos en situaciones de emergencia. Este modelo situacional describe 5 niveles de adquisición:

- principiante
- principiante avanzado
- competente
- eficiente
- experto

El principiante se corresponde a los estudiantes de enfermería pero también a enfermeras expertas en un área determinada que deben enfrentarse a una situación o un área que no les es conocida.

En segundo lugar encontramos tal y como acabamos de citar, el principiante avanzado que serían aquellas enfermeras que siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Afirma P. Benner, que tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. En esta etapa las enfermeras se sienten muy responsables del control del cuidado del paciente, no obstante, aún dependen mucho del consejo de enfermeras con más experiencia. Situó a la enfermeras recién graduadas en este nivel.

El competente, situado en tercer lugar, se caracteriza por la coherencia, la previsión y la gestión del tiempo. El resultado es la consecución de un cierto nivel de experiencia por medio de la planificación y la previsión. La enfermera

competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una planificación, aplicando las normas de actuación aprendidas en función de los hechos pertinentes de la situación.

Cuando hablamos de eficiente, estamos hablando de personas que son capaces de reconocer los principales aspectos y poseen un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conocen. En este estadio, la enfermera está más implicada con el paciente y su familia.

En último estadio, el quinto, encontramos el experto. Los principales aspectos de la práctica de una enfermera experta son los siguientes: demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, asimilación del saber práctico, visión general y previsión de lo inesperado. La enfermera experta posee la habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. Para la enfermera de esta categoría es muy importante, afirma Benner, conocer la preocupaciones y las necesidades reales del paciente, incluso si esto significa planificar y negociar un cambio en el plan de cuidados

6.4. ELEMENTOS CONTEXTUALES

6.4.1. Contexto de la investigación

No podemos enmarcar la enfermería en Cataluña sin antes observar el espacio que ocupa la enfermera en España y en Europa. Por eso, y según Montserrat Teixidor Freixa se debe definir antes la idea de la Europa de la salud. Dicha autora la concibe como un lugar de compromiso donde los profesionales trabajan en colaboración para la mejora sanitaria, la prevención de las enfermedades, la asistencia de la calidad y el valor de unos estilos de vida saludables en una sociedad que no tiene que excluir a ninguna persona y que se tiene que ocupar de todos los ciudadanos, especialmente de aquellos que viven en los entornos más desfavorecidos.

España no dista del contexto globalizado e interdependiente del resto de los países de la Unión Europea.

El gran reto es hacer frente a unas prácticas de calidad centradas en la persona y su salud controlando los costes. Afrontando el reto de los recursos existentes o incluso de las restricciones presupuestarias.

En una población envejecida y con problemas de salud crónicos se afianza la salud como valor social y cultural. La sociedad es una sociedad del conocimiento, autónoma e interdependiente, multicultural y que tiende hacia un desarrollo sostenible. Los ciudadanos conocen sus derechos, por ello, hacen una demanda de participación y de cuidados más humanizados. Estudios muestran que los pacientes esperan y valoran un trato de los profesionales de enfermería donde sus necesidades sean escuchadas, donde no se descarten sus preocupaciones, que les traten como personas no como enfermedades o problemas, que respeten la privacidad, que se explique los tratamientos y las opciones disponibles y saber que les importan al profesional.

Enfermería, en este momento, se encuentra en un proceso de profesionalización. Se está profundizando en la teoría. En nuestra realidad se están realizando estrategias para la implantación y desarrollo de los procesos de cuidados basados en modelos conceptuales y diagnósticos enfermeros. En Cataluña uno de los modelos que han adoptado hospitales, escuelas universitarias y otros centros es el modelo conceptual de Virginia Henderson. El ejercicio de la profesión está velado por el colegio de enfermería, sindicatos, asociaciones y otros grupos.

En el Estado Español la enfermería hasta ahora obtenía un título universitario de primer ciclo: diplomado en enfermería. Ahora con la entrada a nuevo marco

europeo de enseñanza la enfermera podrá acceder a grado de Doctorado en Ciencia de la Enfermería.

En Europa la enfermera deberá dar respuesta eficiente a los retos de un entorno cambiante y en constante evolución y de responder con competencias a las demandas de la ciudadanía. Para esto es necesario activar una visión compartida de nuestro rol. Por eso se cree necesario estudios cualitativos donde se escuche la voz enfermera porque de no ser así no se podrá llegar a esta visión compartida del rol ni de las competencias, la enfermera debe crear su identidad. La única forma de crearla es narrando sobre ella.

De esta forma el ciudadano podrá reconocer la identidad de la profesión de enfermería pudiendo hacer así demandas dirigidas hacia éste profesional.

6.4.2. El Hospital

El hospital donde se ha llevado acabo dicha investigación es un Hospital Universitario .Actualmente el primer complejo hospitalario de Cataluña y uno de los más grandes del Estado español, está integrado por cuatro grandes centros -el Área General, el Área Materno-infantil, el Área de Traumatología y Rehabilitación y la Unidad de Cirugía sin Ingreso que reúne prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas, con un total de 1.400 camas. El Hospital acoge varios centros docentes universitarios, empresas públicas de servicios sanitarios, centros de investigación, laboratorios y otras instalaciones complementarias.

Centros asistenciales

- Área General

- Área de Traumatología y Rehabilitación
- Área Materno-infantil
- Unidad de Cirugía sin Ingreso

Otros centros

- Banco de Sangre y Tejidos
- Unidad de Anatomía Patológica, Microbiología y Parasitología
- Área de Diagnóstico por la Imagen
- Fundación para la Investigación Biomédica y la Docencia
- Agencia para la Gestión del Conocimiento y la Docencia
- Centro de Investigaciones en Bioquímica y Biología Molecular
- Facultad de Medicina de la UAB
- Escuela Universitaria de Enfermería

6.4.2.1. Misión

La misión es cuidar de la salud de las personas, mediante una atención efectiva, eficiente y de calidad, con el objetivo de prevenir y tratar las enfermedades, siendo la docencia y la investigación elementos indiscutibles del proceso asistencial.

6.4.2.2. Visión

Quiere ser un Hospital centrado en el paciente y enfocado en la mejora continua de sus procesos y resultados, arraigado en su comunidad y, a la vez, un centro de alta tecnología y de referencia nacional e internacional.

Aspiran a mantener y ampliar nuestras líneas de excelencia, el compromiso con la sociedad y la contribución al progreso sostenible del sistema sanitario,

siendo imprescindible para conseguirlo el continuo desarrollo e implicación de nuestros profesionales.

- El valor del compromiso de nuestro profesional: nosotros somos personas comprometidas
- El valor de la pericia de nuestro profesional: somos expertos en nuestro trabajo
- El valor de la integración de nuestras actividades: somos un hospital integrado en la sociedad

7. MARCO APLICADO

7. 1.METODOLOGÍA

7. 1.1. Diseño

Este trabajo se enmarca desde el paradigma interpretativo, el cual se forja como una de las tres alternativas de aproximación a la investigación en ciencias sociales (Neuman y Lawrents, 2000).

La realidad se entiende como: cambiante, ya que se tiene en cuenta el carácter histórico de sus construcciones; múltiple, “no se buscan verdades últimas, sino relatos” (Valles, 2000, p. 56) y dinámica, dado que los significados que se construyen surgen de la interacción social. Dentro de este paradigma, se toma como base el marco epistemológico del construccionismo social, explicado de manera amplia en la fundamentación, se tiene en cuenta que la naturaleza del proceso de producción del conocimiento se da en el proceso de interacción investigador–investigado, característica que permite reivindicar situaciones imprevistas como significativas para el conocimiento, de la misma forma que momentos informales (conversaciones, tertulias, etc.) como valiosos en términos de dotar de información relevante a la investigación.

Desde aquí, el énfasis no recae en la cantidad, ni representatividad de los datos, sino en la cualidad de la expresión del sujeto (González, 2000, y Valles, 2000), en lo que se dice.

Se tiene entonces, que el número de los individuos en el presente estudio no es representativo ni pretende hacer generalizaciones a través de los resultados encontrados.

“ (dentro de las metodologías narrativas) ...se asume como punto de partida fundamental que la investigación sobre los sujetos sólo es posible en cuanto sean ellos quienes narren su propia historia o hablen de ellos mismos, lo que permite que por medio de los sujetos mismos, en la interacción, el investigador se haga partícipe de los procesos sociales y culturales concretos que pretende comprender. La narración no sólo implica, entonces, un sujeto re-constructor de su realidad, sino una co-construcción, un acompañamiento que se produce en el intercambio conversacional y que da cuenta de la forma misma como se disponen las relaciones e interacciones en cada contexto, a partir de lo que ocurre entre investigador e investigado”. (González, 2000, y Valles, 2000)

En resumen, el deber de esta investigación planteada desde los anteriores parámetros es el de “re-construir las historias” de los hablantes o mejor dicho la coconstrucción de dichas historias, basadas en su experiencia y vivencia, así como dar cuenta de los significados al interior de dichas historias, teniendo siempre en cuenta el marco cultural en el que se gestan.

La metodología del estudio será la del caso control centrada en el ámbito de atención terciaria. El método que utilizaremos tiene dos características fundamentales en cuanto a su filosofía. Por una parte, es apreciativo porque busca entender “lo mejor” de las organizaciones, no sólo los problemas. Pretende conocer y captar cuáles son los factores que pueden facilitar el mejor conocimiento y reconocimiento de la realidad laboral que vive la enfermera en su institución

Por otra parte, es narrativo, se basa en narraciones porque la ilusión y la energía de las personas no está en los datos contados sino en las historias que contamos y, también, porque pretende captar el “cómo”, no sólo el “qué”. Además, pretende ser una metodología rigurosa, capaz de iluminar, compartir y comunicar aspectos intangibles de las organizaciones como la libertad, el respeto y la responsabilidad.

En definitiva, nos proponemos hacer un análisis de sus narraciones para establecer una plataforma de conocimiento y reconocimiento a partir de la comprensión y no la comprensión en sí misma. Esto significa que si trabajamos con las historias y con las personas que las cuentan o las escuchan se tiene que tener en cuenta las siguientes cuestiones:

1. Las narrativas e historias desempeñan un papel importante en la vida de cada organización funcionando como su memoria y su repositorio de conocimiento. Este conocimiento es, sin embargo a menudo, tácito y contradictorio.

2. Las narraciones de las profesionales cumplen dos importantes funciones dentro de las organizaciones:

2.1. De representación: ¿cuáles son los temas y las preguntas? ¿Cuál es el hilo argumental? ¿Qué está construyendo actualmente la gente como realidad organizativa?

2.2. De interacción: el espacio creado para escuchar la narración es un vehículo para intercambiar y reinterpretar. A medida que avanzamos nos contamos fragmentos unas personas a otras y construimos el conocimiento colectivo e individual. Por lo tanto, el intercambio en sí mismo es significativo.

3. El trabajo de análisis combina estas características que podríamos resumir en estas preguntas:

3.1. ¿Qué están diciendo los profesionales de la enfermería?

3.2. ¿Para qué lo están diciendo? ¿Cuál es el propósito que quieren alcanzar?

7. 1.2. POBLACIÓN MUESTRA

Siguiendo algunos de los fines de la investigación cualitativa expuestos por Maxwell (1996) el número de participantes que se utilizan en esta clase de estudios es relativamente pequeño, en pro de preservar su individualidad en los análisis y así comprender de qué forma los eventos y significados estudiados toman una forma única en las circunstancias en que ocurren.

El proyecto de investigación que nos ocupa tendrá una muestra intencional de cinco enfermeras del ámbito hospitalario. Es una muestra intencional cuyo criterio tiene el desarrollo profesional categorizado por Patricia Benner, esto corresponde a la idea de entrevistar a una enfermeras Principiante(Sara), una Principiantes avanzada (Nekane), una Competente (Judith), una Habilidadosa (Ángeles) y una Experta(Julia), que constituirán el conjunto de casos. Antes de iniciar las entrevistas se explico a cada una de ellas en que categoría creían que podían ubicarse y de esta forma se decidió la categorización según el desarrollo profesional de Benner.

7. 1.3.INSTRUMENTOS

¿Cómo diferenciar las entrevistas narrativas de la clásica entrevista en profundidad? La fórmula de entrevista pregunta/respuesta (estímulo/ respuesta) da paso al modelo de ver la entrevista como un logro discursivo. Los participantes en la evolución de una conversación; narrador y oyente/pregunta, en colaboración, producción y significado de los acontecimientos y experiencias que el narrador informa (Mishler,1996)

El rol facilitador, por parte del entrevistador, y de expresar lo demandado, por parte del entrevistado, se sustituye por dos personas que participan activamente y que conjuntamente producen un significado.(Grubrium y

Holstein, 2002). Es una posición más de “estar” no de “hacer”, de estar pendiente de las narrativas con sin palabras. Requiere que el investigador renuncie a cierto control y pesar de tener un camino debe transitar los senderos del narrador.

Para este proyecto de investigación utilizaremos cuestionarios sobre la satisfacción profesional, así como el análisis de la narrativa surgida de la entrevista narrativa, utilizando la metodología del caso – control.

Formato de entrevista

Edad:

Género:

Estrato:

Nivel educativo:

Ocupación:

(Sabemos que no es un tema con respecto al cual nos preguntemos muy a menudo así que tómese su tiempo)

- 1. ¿Cómo es su relación con la coordinación o mando superiores de enfermería este su hospital?**
- 2. ¿Cómo se ha este tiempo en su hospital? ¿Cuáles ha sido los momentos significativos en esa historia?**
- 3. Desde su historia como enfermera en su centro ¿Cómo entiende el concepto de enfermería, de cuidar, de gestión?**
- 4. Podrías explicar acerca de algún momento difícil con su institución ¿Cómo ha vivido esos momentos? ¿Cómo has sido esos momentos?**

Le surge algún tipo de pregunta sobre su institución o la dirección de enfermería. Cuales son

7. 2.Resultados

7.2.1. SARA: ENFERMERA PRINCIPIANTE

Sara de veintinueve años de edad, enfermera desde el 2008. Decide catalogarse como enfermera principiante porque no tiene formación en el campo de digestivo, sólo hace unos meses que presta servicio en esta planta.

En esta entrevista, se percibe una narración con sentimientos encontrados: no sabe si quiere ser enfermera por el sufrimiento humano con el que convive de forma constante, pero por otro lado le encanta ayudar a los demás. Temas que trata Sara durante la entrevista

1. Experiencia profesional
2. Formación académica
3. Turno
4. Sentimientos y estar enfermero
5. Supervisión
6. Pacientes
7. Su profesión

Sara trabaja desde hace dos años, ha trabajado en UCI y después en planta. Ahora compagina el trabajo en planta con el trabajo indefinido de Investigación (ensayos clínicos). Comenta que la planta de Digestivo hace un par de meses que trabaja.

En estos momentos está haciendo un Postgrado de Oncología y le gustaría hacer un Máster en Terapias Complementarias incluso se plantea realizar otra carrera como Fisioterapia o Odontología

Cuando habla de su situación laboral comenta que trabaja todas las mañanas y que tiene la suerte que en investigación tiene contrato indefinido. Dice que

“llevaría mal ser correturnos porque vas de una planta a la otra, llegas a una planta que no conoces y a lo mejor vas un día y luego no vas mas”.

Explica que no entiende el sistema de funcionamiento del hospital:

“si falta una enfermera y necesitan cubrirla la sacarán de donde sobre una, pero a veces no sobra aquí ninguna y la sacan y traen a otra y esto no entiendo el movimiento porque lo hacen así. Pues si aquí ya hay una pues que busquen la otra que van a traer aquí, hacen tanto movimiento, hacen muchos cambios”

Cómo enfermera dice sentirse *“bien”*, *“el ambiente en la planta es perfecto”* *“las compañeras te ayudan en todo, hay compañerismo, la supervisora también”*

Siente que a veces nota que el paciente quiere explicarte más, explica un caso:

“un paciente ha perdido la visión me decía que le gustaba leer y escribir y que ahora no podía, no tenía mucho tiempo para escuchar, le agarré la mano, por el contacto le haces notar que estas cerca, pero no puedes parar a escuchar toda la historia...” *“lo ideal sería poder sentarte... pero no es posible”* *“soy bastante sensible, a veces hay gente muy triste en el hospital, muy sola, y la verdad es que te sientes mal”.* Lloro

Respecto a la supervisión dice tener:

“muy buena experiencia” *“las supervisoras que he tenido han llevado un trabajo muy correcto, muy bien llevado, el trato con nosotras aquí es muy bueno”.*

Cree que el carácter de la supervisora hace muchísimo, no tanto la formación. Siente que la supervisión que he vivido no es habitual, a veces hay desorganización. Una supervisora debe estar con nosotras, de preguntar como estamos, de ver como esta la planta, de interesarse del trabajo que llevamos, de la carga... esto ya lo dice todo de una supervisora. Unido al tema de la supervisión introduce otro tema: el paciente. Cree que *“hacen muchos cambios... repercute en los pacientes sobretodo”*

Le preocupa el paciente, cree que le perjudica que tengan una enfermera dos horas y ahora aparezca otra diciéndote

“soy la enfermera tuya, los pacientes te preguntan ¿no hacéis turnos de 12 horas? 12 horas no es lo mismo que estar cuatro con este y irte con otro..no, no llevas un seguimiento del paciente, no, vas perdida...Repercute en el paciente, repercute en ti, repercute en tus compañeras... Vienes dos horas y no sabes que tienes que hacer , vas también detrás de tus compañeras, vas pidiendo ayuda...ves gente muy triste en el hospital, muy sola... sí... creo que también habría maneras de mejorar también un poco la estancia en el hospital de los pacientes... se tiran aquí muchísimo tiempo y están en la habitación todo el día, meses, y no salir de la cama y a lo mejor hay cosas que se podrían hacer , talleres o algo para que estuvieran entretenidos...yo muchas veces lo he dicho, pero se ríen de mi, de traer juegos y de prestarles el juego en la salita o en la habitación, por lo menos que se relacionen con otros pacientes..”

Para ella la enfermería tiene muchas maneras de verse: es el trabajo con los pacientes, el trato, pero justamente es lo que hecho de menos de la enfermería, puesto que esperaba estar con el paciente. Creen que sobran papeles y falta una silla para hablar con el paciente y saber realmente las inquietudes y como se encuentra. Y anota que deberían *“hacer algo”* para apoyar el sufrimiento emocional de la enfermera.

7.2.2. NEKANE: ENFERMERA PRINCIPIANTE AVANZADA

Nekane de cuarenta y tantos años de edad, enfermera de un hospital de tercer nivel desde hace 20 años. Estudió Enfermería en el Hospital Navarra (Pamplona). Trabajó 8 meses en Andorra y después se vino a Barcelona. Decide catalogarse como enfermera principiante avanzada porque ha afrontado situaciones prácticas con una ejecución marginalmente aceptable pero no las suficientes como para sentirse competente. “Todavía llevo poco en esta planta...y son pacientes complicados...yo vengo de UCI...”

Este texto, se percibe una narración con mucha vitalidad, capacidad de aguante, esfuerzo y ganas de superación. Tras el análisis narrativo y 28 minutos de entrevista, se puede apreciar nueve grandes temas que están estrechamente unidos e interconectados:

1. Experiencia profesional
2. Formación académica
3. Familia
4. Cambios de Turno y relación con el hospital
5. Trabajo en grupo
6. Relación con la supervisión
7. Cuidar
8. Cambios de vida y laborales
9. Mundo de enfermería

El primer tema que trata es el de la **experiencia profesional**. Nos comenta que empezó trabajando en el Hospital de Andorra durante ocho meses, después vino a Barcelona y comenzó a trabajar en este hospital.

Ha desarrollado su mayor parte de la vida profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde solo ha salido dos veces. La primera vez se fue

porque acabó el interinaje, al Hospital de la Esperanza donde estuvo 3 años ganó la plaza y al Hospital.

En ese espacio de tiempo, tuvo problemas con una compañera que les hacía la vida imposible. En esos momentos echó de menos la falta de apoyo de la supervisora. La segunda vez y última que se fue, se debió al cambio de turno de Martes a Lunes, la cambiaron de planta, enviaron al Servicio Digestivo. Allí estaba como corre turnos con plaza en propiedad y con un *“buen ambiente de trabajo”*.

El segundo tema es el de la **formación**. Como se ha comentado antes, estudió el Hospital Navarra y realizó dos postgrados, uno de enfermo neurológico y otro quirúrgico. También ha cursado pequeñas formaciones de veinte horas, muchos de estos dirigidos a UCI o para el cuidado del enfermo crítico, estuvo dieciocho años en la UCI antes de venir a la planta en la que trabaja.

El tercer tema, **la familia**. Está casada, tiene dos hijos, reconoce haber compatibilizado muy bien las cargas familiares con el trabajo gracias al hecho de haber tenido turnos que se lo permitían y de haber podido compaginar sus horarios con los de su marido.

El cuarto tema, la ha marcado laboralmente; **el cambio de turno**. Este hecho fue lo que le hizo salir de la UCI después de casi dos décadas de trabajar en este servicio. *“Aterrizó”*, en la planta de digestivo, comenta que cambiar a una patología diferente se le ha hecho cuesta arriba. Este cambio la sumió en un proceso de *“duelo”*.

Otro tema, el quinto, siendo para ella muy importante es la **relación con los compañeros** de trabajo, según ella:

“yo antepongo siempre al trabajo, que el grupo sea bueno, si hay mucho trabajo me da igual; aunque tenga mucho trabajo, y este muy estresada, si tienes un buen equipo de trabajo, el trabajo sale adelante, yo antepongo siempre eso”

Tal y como indica esta frase, para ella es más importante los compañeros y el ambiente de trabajo, que la especialidad que tenga la planta.

En lo referente a la relación con la supervisión, sobretodo cree que la persona que supervisa tiene que saber cómo enfrentarse a alguien cuando es difícil. Si hay algún problema, saber decir las cosas claras y cambiar ese problema o a la persona. Si no se puede solucionar *“amonestarlo o alguna cosa”*. A día de hoy la relación con la supervisión actual es excelente.

En el tema del **cuidar**, Nekane parte de la filosofía que hay que oír todas las necesidades que tenga el enfermo a todos los niveles, tanto de medicación, tanto sus necesidades físicas como psíquicas, para ella esto es cuidar al enfermo.

En el noveno tema, también se destaca otro tema importante para ella, que es **el mundo de la enfermería** y su evolución, para ella hoy en día la enfermera de planta, se ha vuelto más un administrativa *“liada”* con temas burocráticos, que en una enfermera en sí. Se siente menos enfermera ahora que unos años a otras y eso se refleja según ella, en que a día de hoy se da más importancia a los papeles y diagnósticos que a las necesidades de la persona.

En resumen, Nekane dice que para ella lo que más le importa de su trabajo son las relaciones que mantiene con sus compañeros. No ha sentido apoyo de sus supervisoras de enfermería cuando lo más lo necesitaba: con un problema relacional con una compañera. Siente que enfermería está liada con temas

demasiado burocráticos y eso le lleva y le quita tiempo de otras cosas tratar con el paciente.

7.2.3. JUDITH: ENFERMERA COMPETENTE

Judith de veintinueve años de edad, es enfermera desde el 2000. Se cataloga cómo enfermera competente puesto cree que con el tiempo que lleva en esta unidad ya toma iniciativa en función de los objetivos o planes a largo alcance.

En esta entrevista, se percibe una narración con cierto aire de inicio de un proceso de burn out, se percibe una situación de aguante, esfuerzo y resignación y como objetivo de todo este sufrimiento: la obtención de una plaza en el servicio público de salud.

Tras el análisis de la entrevista se puede apreciar siete grandes temas que están estrechamente unidos e interconectados:

1. Experiencia profesional
2. Formación académica
3. Familia
4. Los turnos y la inestabilidad laboral
5. La relación con compañeras y la dirección de enfermería
6. Sanidad pública versus privada
7. Su profesión

Inicia la entrevista hablando de **experiencia profesional**. En los últimos dos años ha realizado dos cursos: uno de Oncología y otro de Quirófano, ahora muestra deseos de realizar un Máster.

Respecto a la **formación** comenta que se ha formado a distancia por incompatibilidad con su horario laboral. Piensa que aunque lleve nueve años de

profesión sigue en formación. Su interés por la formación va íntimamente ligado a conseguir una interinidad y posteriormente una plaza fija.

Respecto a la **familia**, vive con sus padres y sus tres hermanos. Su pareja es enfermero y trabaja de noches en la sanidad privada, comenta que el está encantado con su trabajo.

De forma constante verbaliza la preocupación incluso el agobio que le produce ser una enfermera *“eventual”*, es decir, prestar sus servicios temporalmente sin formar parte de la plantilla del hospital. Aún así, se considera con suerte laboralmente hablando puesto que desde que entró en la Sanidad pública ha tenido *“la oportunidad de enlazar contratos”*.

El hecho de estar de contratos conlleva la **inestabilidad laboral** *“nunca sabes si vas a tener vacaciones”*. Esta inestabilidad le *“preocupa”* más que el turno. Los cambios de horario no le son un problema mientras que estos no interfieran con la formación, puesto que esta la dotará de puntos para poder acceder a un puesto de interinidad y más tarde a una plaza fija.

Entrelaza los temas de **sanidad pública y privada** y la relación y soporte que tuvo desde la supervisión de enfermería. Las causas por las que empezó a trabajar en la sanidad pública las deja muy claras:

“si tenía intención de sacar una oposición tenía que empezar a trabajar en la pública”

Comenta en diversas ocasiones lo diferente que ella vive el trabajar en pública o privada, el mayor nivel de exigencia que vivió con los pacientes y el bajo soporte que obtuvo de supervisión de enfermería. Expresa claramente *“no me gusta la privada”*. Esto hace que inicie un proceso de conquistar una plaza en la sanidad pública por eso decide iniciar la formación.

Con respecto a la **supervisión / dirección** expresa muy claramente sus sentimientos: *“para la dirección las eventuales somos el ultimo mono”*, una de las dificultades para ella es la dimensión del hospital en el que trabaja *“es muy grande y difícil”*

Y cómo último tema habla de **la enfermería**, que vuelve a ligarlo con la salud pública y privada, cree que *“seria o es un oficio indispensable, poco valorado... y de una faena oculta de la que no todo el mundo es consciente”*. Expresa la dificultad que conlleva trabajar con pacientes directamente *“no todos los pacientes son fáciles de llevar”*. Le es duro pensar en cambiar cada día de pacientes. El sufrimiento del paciente no le es ajeno. Comenta la diferencia que existe en la privada según el estatus del paciente.

Según ella es complicado cuidar debido al estado del paciente, es importante para ella al margen de la parte mas práctica la atención emocional y el soporte.

En resumen, se siente *“el último mono”* de la institución y su lucha es conseguir una plaza pública porque sufrió tanto en la sanidad privada y siendo correturnos en este Hospital, que necesita una estabilidad laboral. Intenta hacer formaciones aunque no tenga nada que ver con la especialidad en la que trabaja.

7.2.4. ÁNGELES: ENFERMERA HABILIDOSA

Ángeles lleva 21 años trabajando como enfermera. Se cataloga como enfermera habilidosa porque siente que identifica situaciones globales basadas en experiencias y es capaz de apreciar casos que no se plasma lo previsto.

Lo temas de los que habla son siete:

1. Experiencia profesional
2. Formación académica
3. Familia
4. Supervisión e Institución
5. Enfermería y cuidar
6. Sentimientos
7. Relaciones personales y cambios

La **experiencia profesional** de Ángeles no es muy variada: ha estado diez años en servicios especiales y unos once años en la especialidad de Digestivo. En este hospital nunca le ha faltado trabajo y al llevar tanto tiempo dice que no se siente como una *“baldufa”*. Cree que es una enfermera asistencial y nada reivindicativa

Comenta que como **formación** “realmente tengo solamente la titulación de enfermería” y la cursó en la Escuela de Enfermería de Vall d’ Hebrón

Su **familia** consta de su marido y dos niños. Su vida la ha organizado y la organiza *“cara al cuidado de los niños”*. Dice que el horario hospitalario le ha permitido que

“cada día hubiera uno en casa, cuando han sido pequeños” “el horario nos ha dejado estar con los hijos a su padre y a mí, y esto lo valoro positivamente”

A ella el tema de la **institución y supervisión** *“me suena muy gordo”*, “mi adjunta me queda muy lejana, yo siempre con la persona que me he relacionado a sido con la supervisora”. Dice ahora tener una enfermera “pro-enfermería”

Para ella la **enfermería**, introduciendo ya el quinto tema

“son muchas, mi profesión me gusta, me gusta mucho, vale?.. Desde que era bien pequeña yo quería ser enfermera y siempre he dirigido mis estudios a ser enfermera y al final lo he conseguido. Una enfermera tiene una entidad propia no??” “...es una faena muy satisfactoria, muy gratificante, te sientes bien. Yo a veces me he sentido importante entre comillas, por ser enfermera o sea todos los trabajos se merecen su respeto”

Cree que ahora *“la dejaría para dedicarme a otra cosa, es cansada, es cansada” “...yo quemada, no, físicamente, no, tal vez por el horario, las 12 horas...”*

La enfermería añade:

“...es muy trabajosa, depende también de cómo tienes a los pacientes, a veces tienes temporadas que los pacientes son muy llevaderos y entonces lo llevas bien, y a veces hay temporadas que no llego, no llego y entonces lo llevas peor”

Ángeles habla de sus **sentimientos** y comenta que enfermería es un trabajo donde no es fácil desconectar

“soy una persona que a veces pienso mucho las cosas en casa, sobre el trabajo te llevas mucho a casa. Y ahora pues bueno, la verdad es que es aquello que bueno, vas a casa y dices bueno el trabajo se ha quedado allí y yo tal vez porque me han tocado pacientes, cada mes cambiamos, hacemos rotación...menos mal..” “a lo mejor vas para casa y piensas que tenias que haber hecho esto a este señor y ostras... te vas dejando cosas en el tintero, como trabajo no acabado”

Para ella son muy importantes las **relaciones** que establece con sus colegas enfermeras e incluso con los médicos residentes. Dice que echa de menos que no exista una relación más personal entre todos sus compañeros. Sin duda alguna ella modificaría cosas porque cree que si esas relaciones fueran más fluidas las cosas cambiarían a beneficio de todos hasta del paciente al igual que si redujera el número de pacientes por enfermera:

“me gustaría que hubiera un poquito más de relación entre el equipo asistencial, que no hay mucha, no se si un poco por culpa de todos me imagino, o sea, porque si tu ya ves que las personas son distintas, pues a lo mejor ya no te acercas.

Si tu te acercas, pues los otros tampoco se acercaran. Es una cosa que se va prolongando y cuando llevas aquí 10 años, pues no vas a llegar un día y Hola, que tal como os va la vida... no tiene sentido” “la relación entre medico enfermera es poco, con los residentes, gente mas joven, son menos distantes, tu puedes comentar de otra manera y ellos también te necesitan”

“...yo cambiaria cosas, no se con las compañeras estamos muy bien, un grupo muy majo, la supervisora... hay mucho papeleo, ahora también nos introducirán la informatización, no se que tal, no se si ganaremos...”

“ si llevamos 8 pacientes esta bastante bien, 10 ya es demasiado si quieres dar una buena intención...para cambiar esto quizás tendríamos que llevar menos enfermos y en vez de tener dos o tres ingresos que tuviéramos uno o dos”

Vive la institución como algo lejana a ella, al igual que los mandos de gestión. Sienten que están para aumentar las cargas de laborales Cree que deben cambiar cosas como las relaciones con los compañeros de trabajo, las cargas laborales e incluso apunta la contratación de más personal de enfermería

7.2.5. JULIA: ENFERMERA EXPERTA

Julia Gomis, de cincuenta años de edad, es enfermera de un hospital de tercer nivel desde el año 1990. Estudió ATS en el Hospital Clínico. Aquella fue la última promoción de ATS puesto que el siguiente año se convertiría en Diplomada en Enfermería.

Ha decidido catalogarse como enfermera experta porque lleva unos veinte años en el servicio de digestivo del Hospital.

Los sentimientos que transmite Julia son: tristeza, desmotivación, sufrimiento, falta de sentimiento. Así como satisfacción por haber podido compaginar trabajo y familia a lo largo de los años. No siente que la institución le haya cuidado

Tras 35 minutos de entrevista podemos observar ocho grandes temas:

1. experiencia laboral y turnos
2. familia
3. formación
4. relación con Supervisión
5. relación con la Institución
6. Enfermería y dificultades de la profesión
7. cuidar y paciente
8. futuro

El primer tema que trata es el de la **experiencia laboral**. Nos comenta que empezó en una clínica privada, donde “hacía de todo”, durante los 10 años que estuvo. Desempeñaba funciones de enfermera sin serlo, pero también de auxiliar. Fue la única vez que trabajó de turno de noche, lo cual le generaba

mucha tristeza y le hizo plantear un cambio. Posteriormente trabajó en el Hospital de Can Ruti en turno de mañana.

Este hospital, cuando tuvo ocasión “por puntos” solicitó traslado al Hospital y le tocó. Los primeros tres años en este centro los pasó en el Servicio de quemados.

“Me costó mucho a mi quemados, los grandes quemados me hacían sufrir muchísimo”, “el Servicio era muy cerrado”.

A raíz de todo esto, pidió un cambio de Servicio, y desde el año 90 se encuentra ubicada en el Servicio de Digestivo en turno de Lunes (a pesar de que el primer año fue en turno de Martes). Del turno de Martes recuerda que la Supervisora era “muy estricta, autoritaria”, por lo que “de tanto respeto le tenía un poquito de miedo” y que era de las enfermeras más mayores (tenía por aquel entonces unos 34 años).

Con el cambio al turno de Lunes pasó a ser de las jóvenes, sin embargo recuerda que *“había un ambiente como de un volcán en erupción”,* puesto que *“había momentos de mucha tensión!”.* Además destacar que *“la Supervisora en lugar de ser una persona que calmara los ánimos, los exaltaba”.* Respecto la organización de la planta, del tema del material, del tema vacantes... *“en este sentido un 10”.* Pero por lo que refiere a la gestión del personal, afirma *“a mi no me gustaba como lo llevaba”.*

Ligado a todo esto encontramos el segundo tema, la **familia**. Está casada, tiene 2 hijas, reconoce haber compatibilizado muy bien las cargas familiares con el trabajo gracias al hecho de haber tenido ese turno y de haber podido compaginar sus horarios con los de su marido.

A continuación y en relación al tercer tema comentar que para ella, la **supervisora**

“tiene que ser una persona que aparte de lo que es la organización externa del Servicio, orden, limpieza, que no falte material, debe saber gestionar los conflictos entre nosotras”, “ha de ser un poco mediadora”.

Destacar la excelente relación establecida con la actual Supervisora, dado que esta última *“va del modo de confianza, de que somos mayores y profesionales”.*

En **relación con la Institución**, que es el cuarto tema que nos ocupa, resaltar que se siente *“desmotivada, poco cuidada y como un número y esto ha ido aumentando a lo largo de los años”,* y también muy poco valorada, lo cual añadido al hecho de que muchas enfermeras (algunas compañeras y amigas suyas) son interinas o contratadas, considera que *“no es bueno para dar una buena calidad”.* En definitiva, percibe un ambiente en el Hospital de tristeza por parte del personal, *“todo el mundo tiene ese sentimiento de pena, de tristeza”.*

Por lo que se refiere a la **enfermería**, quinto tema destacado, considera que es una profesión *“con la que estás cuidando al enfermo cuando está hospitalizado en el Hospital”.* Hace referencia a la autonomía del paciente, lo importante que resulta el que el enfermo regrese a su casa siendo lo más autónomo posible. También opina que Enfermería debe al margen de administrar medicamentos, ocuparse de la seguridad, de la comodidad, del miedo que el paciente siente ante una situación tan estresante como es el estar ingresado.

Ligado a todo lo anteriormente comentado, nos aparece el siguiente tema, el sexto, que es el del **paciente** propiamente dicho. Afirma que *“la gente tiene mucho miedo”,* este miedo está basado en el desconocimiento de su enfermedad, las pruebas, la falta de información... Además destacar la falta de tiempo para poder hablar con él en la práctica clínica diaria, el poder dedicarle

más tiempo... unido a la falta de este tiempo para hablar con las compañeras genera un sentimiento muy importante de “*soledad*”.

El séptimo tema a tratar es el del **futuro**. En relación a éste y ligado a un sentimiento de cansancio tanto físico como psicológico respecto la hospitalización, Julia verbaliza que le gustaría hacer un cambio, pero que desconoce qué tipo de cambio, puesto que refiere que aun tiene dependencia del hospital.

El octavo y último tema es el de la **formación**. Como se ha comentado antes, estudió para ATS, y realizó la especialidad de Psiquiatría y de Pediatría. Al poco tiempo hizo la convalidación para Enfermería. Durante estos años refiere haber realizado algún curso de úlceras por presión, de electrocardiogramas...

En resumen, Julia siente que no ha cuidada desde la institución no de los mandos superiores, cree que a parte de ordenar las vacaciones y el material deben tener un trato humano, que es justo lo que no tiene: percibe un ambiente en el Hospital de tristeza por parte del personal, “*todo el mundo tiene ese sentimiento de pena, de tristeza*”.

7. CONCLUSIONES

Las limitaciones de la presente investigación vienen en parte determinadas por la aproximación cualitativa que se realiza en dicho proyecto. La pretensión no es inferir los resultados al universo poblacional sino conseguir comprender y detallar el fenómeno que se investiga. Se pretende abrir un abanico de ideas relacionadas con el objeto de la investigación, y sugerirlas como posibles explicaciones. Dichas ideas, podrían ser fuente de líneas de investigación futuras.

La hipótesis de trabajo en la presente investigación tiene, como elemento fundamental, que para cuidar se debe cuidar aquellas personas que profesionalmente prodigan los cuidados, en este caso las enfermeras. De la misma forma que se hacen programas de cuidar al cuidar informal, se deben hacer programas para cuidar al cuidador profesional. La hipótesis de partida, surge de la convicción que para que la disciplina profesional enfermera se pueda desarrollar, es necesario que desde los mandos directivos enfermeros cuiden a su equipo humano. Para ello, antes se debe escuchar a las enfermeras y saber si se sienten cuidadas por la institución a la que pertenece o por dichos mandos directivos, y, si no es así, qué necesitaría para que este hecho se produjera.

A través del análisis de las narrativas de las enfermeras, se pretendía conocer y reconocer el significado de las historias recogidas, con el objetivo de alcanzar una mejor comprensión de cómo se sienten y si éstas perciben cuidados de la organización a la que pertenecen y de los mandos enfermeros. En definitiva, alcanzar un conocimiento más comprensivo y reflexivo de la realidad enfermera. Por tanto, la presente investigación alcanza los objetivos propuestos, y se confirma la hipótesis

La experiencia no es garantía de innovación, como aporta M. Teixidor, ni la capacitación sinónimo de competencia, como apunta J. Tejada. Si bien es cierto que la experiencia ayuda, de ninguna forma se puede asegurar que una práctica de 25 años garantice la competencia experta. La competencia no está en función del número de años de práctica profesional sino es el resultado de un proceso cualitativo, el proceso que describe Benner (1987) en cinco niveles: principiante, principiante avanzado, competente, enfermera aventajada y enfermera experta. Esto es algo que queda patente en la investigación, puesto que, hay enfermeras que llevan una práctica de más de diez años y deciden ubicarse en estadios de principiante avanzado ya que el cambio a una unidad desconocida hace que pasen de nuevo por el proceso descrito por Benner.

Se puede observar tras el análisis de la narrativa de cada una de las enfermeras que han colaborado en el estudio que hay temas que se repiten: situación laboral, diferenciando la práctica laboral en centro público y privado; presión asistencial; conciliación familiar, estos tres temas intrínsecamente unidos y relacionados; la formación y la relación con los mandos enfermeros.

Como ya hemos apuntado, uno de los temas comunes que las enfermeras han narrado es la situación laboral. Es un aspecto relevante y paradójico, a su vez, puesto que las enfermeras desarrollan su trabajo en situaciones de incertidumbre permanente. Precisamente, se les pide un equilibrio personal para ofrecer cuidados de calidad. ¿O es que las organizaciones no tienen suficientes datos específicos, sobre la evolución de la asistencia sanitaria, para estudiar y hacer predicciones de futuro sobre las demandas de personal? La necesidad de personal cualificado y profesional es algo que no se debería dejar al azar del día a día. Ante estas condiciones de trabajo difíciles y adversas, el colectivo profesional detecta la situación, pero muestra pasividad. Esto está relacionado, sin duda, con una identidad profesional débil.

Otro tema relevante es la presión asistencial y los factores claves que la provocan. Según las enfermeras los factores estructurales son los que provocan el aumento de esta presión. Por ejemplo: la escasez de personal; falta de compañerismo; el trabajo en unidades especializadas; el cambio: de turno, de ubicación fija, y en distintas unidades

Debida a la escasez de personal deben atender y hacerse responsables de un número mayor de personas. La falta de compañerismo, aunque no es habitual, es una situación difícil, en la que surgen y se ven obligadas a sobrellevar manifestaciones de indiferencia o despotismo. Otro factor es el trabajo en unidades especializadas que requiere de conocimientos, habilidades y experiencia, que provoca percepciones de impotencia. Otro rasgo estructural, que aumenta el estrés es el cambio de turno, de ubicación fija, y en distintas unidades las enfermeras. Perciben soledad y no cuentan con otras compañeras más expertas que puedan actuar de referentes. Estos factores aumentan la percepción de impotencia, y entran en conflicto con los valores profesionales que han ido asumiendo a lo largo de su formación y profesionalización.

En definitiva sienten que no pueden asumir las complejas situaciones que las personas que cuidan presentan y, debido a esto, trabajan con una presión asistencial extrema.

Otro tema que se pone en relevancia es el impacto de las organizaciones sanitarias en la práctica enfermera. Los rasgos de identidad de una institución sanitaria influyen en mayor o menor medida en el trabajo profesional enfermero. Como hemos podido ver en el análisis narrativo, en los centros privados, determinadas prácticas, provocan en las enfermeras reacciones en contra, ya que se enfrentan con los valores profesionales que tienen asumidos. En las instituciones privadas la economía es un valor esencial al igual que la imagen que transmite la institución, acorde con la posición económica, y social

de las personas enfermas. Cuando en un mismo centro se producen situaciones paradójicas, en la aplicación de tratamientos, y solo son explicadas por posicionamientos económicos, se produce una contradicción personal y un dilema profesional en las enfermeras como le sucedía en este caso a Judith.

Otra tema que apuntan es la conciliación de la vida personal, familiar, y laboral. Este hecho repercute de forma directa en la calidad de la asistencia. Se debería potenciar la creatividad en las enfermeras gestoras para buscar estrategias facilitadoras de la conciliación de la vida familiar y laboral. Estrategias que implican el desarrollo de determinados valores profesionales. Valores estéticos, de libertad, verdad, y justicia e igualdad. Estos cinco valores tienen un papel fundamental: gracias a ellos se pueden desarrollar actitudes y conductas profesionales, en definitiva, potenciar la identidad profesional. Las características contractuales, hoy por hoy, no facilitan el avance profesional, y marcan la identidad profesional, cómo hemos apuntado anteriormente, una identidad profesional débil.

Las enfermeras a las que hemos entrevistado y analizado sus narrativas cuando cambian de lugar de trabajo, o incluso cuando ya llevan tiempo en un mismo puesto, no perciben la necesidad de formación. No asumen la responsabilidad de mantener el proceso formativo. Buscan acrecentar y consolidar actitudes y conductas profesionales, a través del día a día. Se puede formar en otros aspectos que les ayude a obtener un objetivo fundamental: ocupar un espacio profesional seguro, es decir, y como comentan, "una plaza fija".

Se presupone, y hablamos del último tema, que las enfermeras que se forman en gestión, parten de una motivación importante: mejorar la práctica enfermera. En la realidad cotidiana, el trabajo que realizan es complejo, y la situación jerárquica que ocupan esta influida por el poder médico. Pero estos factores no eximen, ni excusan a sus protagonistas del trabajo a realizar en esa área.

Acceden a cargos de gestión después de años de experiencia en la asistencia directa a las personas. Por tanto, están en situación de comprender los problemas que afectan a la realidad enfermera y deben poner en práctica formas creativas de organización, y planificación que ayuden avanzar profesionalmente al grupo profesional. El progreso profesional es sinónimo de calidad de la asistencia. Además, si el colectivo profesional percibe en la práctica cotidiana, el esfuerzo real de las gestoras enfermeras, en promover estrategias de avance profesional, los cambios positivos están asegurados

Las gestoras enfermeras deben asumir la responsabilidad de gestionar no solo el colectivo profesional, si no la estructura y articulación de los cuidados en las organizaciones sanitarias. Atendiendo a la historia de la sanidad, y específicamente la historia de las organizaciones hospitalarias, el futuro de estas instituciones puede modificarse. La aportación enfermera es una aportación desde la globalidad, esta es su especificidad. Los criterios científicos positivistas de la medicina, no pueden ser los únicos que organicen la asistencia sanitaria en un centro. Las enfermeras están capacitadas para poder articular los cuidados en el conjunto de la asistencia.

Enfermería debería aumentar la autoestima profesional, y valorar las acciones cuidadoras propias, avanzando hacia la humanización de la asistencia, y el reconocimiento social merecido. Sin embargo ese reconocimiento se debe generar desde dentro, desde el seno del mismo colectivo profesional. Con el convencimiento que, desde la propia profesión los cuidados que aplican son importantes. Solo las enfermeras tienen la competencia y están preparadas para resolver y prevenir los problemas de salud que su especificidad puede abordar. En resumen, aportar y dar a conocer sus conocimientos específicos en el ámbito de la salud basándose en su conocimiento experto.

Las estrategias a desarrollar por Enfermería podrían ser:

- Aumentar la investigación sobre los beneficios de los cuidados enfermeros al cuidado de la salud, y de la enfermedad de las personas durante todo el ciclo vital.
- Comunicar los resultados, y ofrecer opiniones, orientación, y asesoramiento en temas de salud a través de los medios de comunicación, y participando en las políticas.
- Aplicar cuidados en base a modelos, metodologías y evidencia científica, desde la aportación enfermera.
- Dotarse de métodos reflexivos y críticos para actualizar los conocimientos.
- Desarrollar el potencial profesional del colectivo, mejorar la calidad, y avanzar hacia la excelencia.

Para poder desarrollar las estrategias propuestas, se debería potenciar las sesiones de trabajo del equipo profesional, formar en técnicas de comunicación, sesiones de soporte emocional, trabajo en equipo y favorecer estrategias que aumenten la autoestima y ayuden a creer, validar y mostrar los efectos terapéuticos de los cuidados. En definitiva, crear espacios donde se consensuen conductas profesionales y actitudes, sobre los procesos de cuidados de las personas que atienden. Proporcionan a todo el equipo cohesión, y sentimiento de pertenencia al colectivo profesional

Tras valorar las narrativas de las enfermeras no hay duda que para poder cuidar, las enfermeras necesitan sentirse arropadas, de una manera especial e intensa. Las organizaciones sanitarias, con poder de decisión para cambiar las políticas, son las últimas responsables cuando se trata de humanizar la asistencia “cuidando” a quienes cuidan.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bal, M. Teoría de la narrativa. Una introducción a la narratología. Madrid: Cátedra. 1990
2. Baudrillard, J. The Ecstasy of Communication. New York: Autonomedia. 1987
3. Berger, P. & Luckman, T. La sociedad como realidad objetiva. En La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu. ciudadanía jóvenes 554 .1979
4. Bruner, J. La educación puerta a la cultura. Madrid: Visor. 1997
5. Benner, P.. Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness. Thousand Oaks: SAGE Publications. 1994
6. Bülow P. Making sense of conteste illness: Talk and narratives about chronic fatigue. Linkoping: Linkoping University Press. 2003
7. Domínguez Alcón, Carmen. Los Cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide. 1986
8. Domínguez Alcón, Carmen. "La percepción del cuidar". *Rol de Enfermería* (127): pp.25-27. 1989
9. Domínguez Amorós, M. y A. Coco Prieto Tècniques d'investigació Social, Barcelona: Universidad de Barcelona. 2000
10. Eseverri C. Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Ed Universitas S.A. 1995.
11. García C, Martínez ML. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Harcourt 2001.
12. Geertz, G.. Conocimiento local: Ensayos sobre la interpretación de la cultura. Ediciones Paidós Ibérica. 1994
13. Gergen, K. Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós. 1996
14. Gergen, K. El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós. 1997

15. González, F. Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos. México: Thomson. 2001
16. Good, B. Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press. 1994
17. Gordo, A. Psicología, discursos y poder. Madrid: Editorial Visor. 1996
18. Ibañez, T. La psicología social como dispositivo desconstruccionista. En El conocimiento de la realidad social. Barcelona: Sendai. 1989
19. Kérouac, Suzane et al El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson Mattingly C, 1998.
20. Launer, J. Narrative-based Primary Care: A Practical Guide. Oxford UK: Radcliffe Medical Press. 2001
21. Lea, A., Watson, R, et al. "Caring in nursing: a multivariate analysis", Journal of Avanced Nursing, (28): pp.662-671. 1998
22. Lewis, Hunter .La cuestión de los valores humanos, Barcelona: Gedisa. 1998
23. Llibre Blanc de les Professions Sanitaries. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 2003
24. Llimona, Jordi Viure Barcelona: Edicions 62. 1996
25. Maxwell, J. Qualitative Research Design: An interactive approach. Londres: Sage publications. 1996
26. Mishler, E. The Analysis of Interview-narratives. En Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct. New York: Praeger. 1986
27. Mishler, E. Research Interviewing: Context and Narrative. Cambridge: Harvard University Press. 1991
28. Mishler, E. Storylines: Craftartists' narratives of identity. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1999
29. Mishler, E. Narrative and Identity: The Double Arrow of Time. En Discourse and Indentity. Cambrigde, UK: Cambridge University Press. 2005

30. Neuman, W y Lawrents. . Social research methods qualitative and quantitative approaches. Needham Height: Allyn Bacen. 2000
31. Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona: Elsevier 2002.
32. Messner R. What patients really want from their nurses. American Journal of Nursing. 1993(8): 38)
33. Tejada, J. Acerca de las competencias profesionales I” en Herramientas, 56, 20-30, 1999.
34. Tejada, J. Acerca de las competencias profesionales II” en Herramientas, 57, 8-14, 1999.
35. Pennebaker, J.W. *Emotion, disclosure and health*. American Psychological Association. Washington: DC. 1995
36. Pennebaker, J.W. *Writing to Heal. A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*. New Harbinger: Publications, Inc. 2004
37. Pennebaker, J.W. y Seagal, J. D. Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254. 1999
38. Riessman, C.K. When Gender is not Enough: Women Interviewing Women. *Gender and Society* 1:172–207. 1987
39. Riessman, C.K. Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Series, No. 30. Newbury Park, CA: Sage. 1993
40. Riessman, C.K. Even if we don't have children [we] can live: Stigma and Infertility in South India. In Narrative and Cultural Construction. *of Illness and Healing*. Univ. of California Press: Ed C. Mattingly and L. C. Garro. 2000
41. Ricoeur, P. Tiempo y narración. México: Siglo Veintiuno. 1998
42. Rozo, J. La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿tiene algún sentido la terapia? Universidad de Sevilla. 2001
43. Sacks, O. El hombre que confundió a su mujer por un sombrero. Barcelona: Anagrama. 1985

44. Shankar, A; Elliott, R y C. Goulding. Understanding consumption: contributions from a narrative perspective. En *Journal of Marketing Management* Vol. 17 (3-4) .2001
45. Siles Gonzalez, Jose. “Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina” *Enfermería Clínica*, 7(4): pp.38-44. 1997
46. Sontag, S. La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas. Punto de Lectura. 2003.
47. Teixidor i Freixa, M. La Europa de la salud: un nuevo espacio para las enfermeras. *Metas de enfermería*, Vol. 9, Nº. 6, 2006, pags. 61-66.
48. Teixidor i Freixa, M. El rol de la enfermera en la definición y activación de las trayectorias clínicas y la gestión de casos. *Todo hospital*, Nº. 231, 2006, pags. 591-605.
49. Teixidor i Freixa, M. Ya en el siglo XXI... nuevos retos en ciencias de la salud. *Revista ROL de enfermería*, Vol. 27, Nº. 3, 2004, pags. 72-74.
50. Montserrat Teixidor i Freixa. Futuro. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (II). Montserrat Teixidor i Freixa. *Revista ROL de enfermería* Vol. 25, Nº 5, 2002, pags. 8-12
51. Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis. 2000
52. Valverde, C. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de Salud Mental*, 2007. nº 28: 8–15. (2007).
53. Valverde, C. *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Dae. (2007).

Internet

54. <http://www.yahoo.es/>(Consultada durante 2008-2009)
55. <http://www.google.es/>(Consultada durante 2008-2009)

56. <http://www.humv.es/>(Consultada del durante 2009)
57. <http://www.enfermeriacomunitaria.org/>(Consultada durante 2009)
58. <http://www.dialnet.uniroja.es/>(Consultada junio de 2009)
59. <http://www.enfermeria21.es/>(Consultada durante 2009)