

IMAGEN
DORADA

**REALIDAD
OPACA**

R.10.516

Autores:

Ambito Hospitalario:

- Josep Antolí Sasot
- Conchita Ballano Castro
- Antoni Ibarzo Monreal
- Corona Sallent Gual

Ambito Atención Primaria:

- María Amenedo Rodríguez
- Isabel Guiard Justel
- Ana Sala Cardús

Agradecimientos.

Numerosas personas han colaborado, consciente o inconscientemente, en este trabajo. Pensamos en la gran cantidad de enfermeras que, simplemente rellenando nuestras encuestas, han hecho posible que tuviéramos una ingente cantidad de información. También muchas de ellas nos han aportado sus valiosos comentarios y sugerencias, la mayoría de las cuales han sido de gran utilidad.

Cabe mencionar a los directivos de enfermería que han sido entrevistados por nosotros y que han facilitado el acceso a toda la información que hemos precisado.

Agradecemos a nuestros compañeros de trabajo la paciencia y comprensión que han mostrado por nuestras ausencias y por la sobrecarga laboral que esto les ha representado.

Debemos destacar muy especialmente el constante estímulo y la inestimable colaboración que nos ha prestado la Sra. Montserrat Teixidó y los doctores Ferran Ferrer, Esteve Pont y José Tejada, sin la ayuda de los cuales este trabajo no hubiera visto la luz.

Por último, a nuestras familias (esposas/os e hijos) por el tiempo que hemos dejado de dedicarles...

INDICE.

0.- <u>PROLOGO.</u>	1
1.- <u>INTRODUCCION.</u>	6
1.1- <u>DEFINICION DE CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERIA.</u>	9
I. PERCEPCION.	9
II. CONCEPTO.	11
III. PENSAMIENTO.	13
IV. ESTEREOTIPO SOCIAL.	16
V. PREJUICIO.	18
VI. GRUPOS DE REFERENCIA.	19
VII. SOCIALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL.	21
1.2- <u>INFLUENCIA DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN SU IMAGEN PROFESIONAL ACTUAL.</u>	24
I. NATURALEZA DEL CUIDADO. ERA PRIMITIVA.	25
II. CIVILIZACIONES ANTIGUAS.	28
III. LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO CRISTIANO.	30
IV. LA ENFERMERÍA EN TRANSFORMACIÓN.	33
V. LA ENFERMERÍA MODERNA.	37
VI. LA ENFERMERÍA EN AMERICA.	40
VII. LA ENFERMERIA EN ESPAÑA.	44
VIII. COMENTARIO.	49
1.3- <u>LAS LEYES QUE HAN REGULADO LA FORMACION Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA.</u>	51
I. 1857-1977	52

II. EPOCA DE LA TRANSICION (1970-1990).	55
III. REFLEXIONES SOBRE LA FORMACION DE ENFERMERIA.	59
IV. SITUACION ACTUAL.	60
V. COMENTARIO.	62
1.4- <u>LOS ESTILOS DE DIRECCION Y SU INFLUENCIA EN LA</u> <u>MOTIVACION, PARTICIPACION E IMAGEN DE LOS PROFESIO-</u> <u>NALES.</u>	64
I. CONTENIDO DE LA DIRECCIÓN.	65
II. ESTILOS DE DIRECCIÓN.	66
III. LA LÓGICA DE LA CONDUCTA.	69
IV. LA PARRILLA DE LOS ESTILOS DE DIRECCION.	70
IV.1. ESTILO DE DIRECCION DICTATORIAL.	70
IV.2. ESTILO DE DIRECCION BUROCRATICO.	74
IV.3. ESTILO DE DIRECCION MISIONAL.	78
IV.4. ESTILO DE DIRECCION PROFESIONAL.	83
V. CONSECUENCIAS SOBRE LA IMAGEN PROFESIONAL.	87
1.5- <u>EL FUTURO DE NUESTRA IMAGEN PROFESIONAL.</u>	90
I. LA DEFINICION DE ENFERMERIA.	91
II. RETO A LA ENFERMERIA PARA EL FUTURO.	93
2.- <u>PROBLEMA.</u>	101
2.1- <u>HIPOTESIS GENERALES.</u>	102
2.2- <u>PLANTEAMIENTO PRACTICO.</u>	103
2.3- <u>METODOLOGIA.</u>	104
2.4- <u>INTRUMENTOS.</u>	105
2.5- <u>POBLACION Y MUESTRA.</u>	109
2.6- <u>RECOGIDA DE INFORMACION.</u>	114

3.- <u>ANALISIS DE RESULTADOS.</u>	118
3.1- <u>ANALISIS DESCRIPTIVO.</u>	121
I. PROFESIONALES DE ENFERMERIA.	121
I. 1. MOTIVACION.	121
I. 2. ESTILOS DE DIRECCION.	123
I. 3. AUTOIMAGEN PROFESIONAL.	125
I. 4. COMUNICACION.	127
I. 5. EDAD.	129
I. 6. SEXO.	131
I. 7. FORMACION, PROCEDENCIA ACADEMICA.	133
I. 8. LUGAR DE TRABAJO Y TURNOS DE TRABAJO.	135
I. 9. SITUACION LABORAL.	137
I. 10. FORMACION CONTINUADA.	139
I. 11. TITULACION ENFERMERIA.	142
I. 12. VARIABLES MAS SIGNIFICATIVAS DE LA COMUNICA- CION.	144
A. Escrita.	
B. Oral.	
C. Actividades docentes.	
D. Intercambio de información.	
E. Participación.	
F. Conocimientos actividades.	
I. 13. VARIABLES MAS SIGNIFICATIVAS DE LA AUTOIMAGEN PROFESIONAL.	150
A. "Cuidar".	
B. Autonomía.	
C. Imagen social.	
D. Reconocimiento Social.	
I. 14. VARIABLES MAS SIGNIFICATIVAS DEL ESTILO DE DI- RECCION.	153
A. Participación.	
B. Animación.	
I. 15. CORRELACION ENTRE ITEMS.	156

II. CARGOS DE DIRECCION.	160
II. 1. AUTOIMAGEN PROFESIONAL.	160
II. 2. COMUNICACION.	162
II. 3. ESTILO DE GESTION.	164
II. 4. EDAD.	166
II. 5. SEXO.	168
II. 6. FORMACION, PROCEDENCIA ACADEMICA.	170
II. 7. SITUACION LABORAL.	172
II. 8. FORMACION CONTINUADA.	174
II. 9. TITULACION.	177
3.2- <u>RELACION Y COMPARACION ENTRE VARIABLES.</u>	179
3.2.1- Resultados de los cuestionarios de los profesio- nales de enfermería de Hospital y Atención Pri- maria.	179
I. Correlación entre motivación y autoimagen pro- fesional.	179
II. Correlación entre autoimagen profesional y estilo de dirección.	179
III. Correlación entre comunicación y etilo de direc- ción.	179
IV. Comparación entre lugar de trabajo y estilo de dirección.	179
V. Comparación entre lugar de trabajo y comunica- ción.	180
VI. Comparación entre situación laboral y estilo de dirección.	181
VII. Comparación entre turnos de trabajo y estilo de dirección.	182

VIII. Comparación entre lugar de trabajo y autoimagen profesional.	182
IX. Comparación entre titulación y comunicación.	183
X. Comparación entre estado civil y autoimagen.	184
3.2.2- Resultados de los cuestionarios de dirección de Hospital y Atención Primaria.	185
I. Correlación entre comunicación y estilo de gestión.	185
II. Comparación entre titulación y estilo de gestión.	185
4.- <u>CONCLUSIONES.</u>	187
5.- <u>PROPUESTAS HACIA EL FUTURO.</u>	197
5.1- <u>HACIA EL FUTURO DE LA ENFERMERIA.</u>	197
5.2- <u>HACIA EL FUTURO DE LAS DIRECCIONES DE ENFERMERIA.</u>	200
5.3- <u>EL DESAFIO QUE AFRONTAN A LA DIRECCIONES DE ENFERMERIA.</u>	201
5.4- <u>LINEAS GENERALES DE ACTUACION.</u>	202
<u>BIBLIOGRAFIA GENERAL.</u>	204

0.- PROLOGO.

En el proceso de socialización las representaciones valorativas y costumbres sociales cambian rápidamente así como la configuración de la misma sociedad, los modos de producción, los costos de los servicios de salud, la mayor incidencia de determinadas enfermedades y riesgos relacionados con nuevos estilos y modos de ver la vida, la aparición de "nuevas" formas de enfermar y morir, el aumento de las situaciones de cronicidad y la amplitud del concepto de prevención.

En esta modificación de la cultura se puede observar una revolución de los valores tradicionales: el trabajo, el ser humano, la familia, la religión y el estado ya no significan lo mismo.

Ante estas nuevas expectativas, la enfermería debe reflejar un respeto hacia las nuevas creencias, una actitud positiva a la utilización de métodos científicos y tecnológicos más avanzados, una utilización correcta de los recursos y una responsabilidad en la buena gestión de los cuidados.

Una "Enfermería Moderna" y adaptada a las necesidades sociales solo podrá serlo si incorpora a su metodología de trabajo un sistema propio.

Al analizar la escasa valoración del trabajo de enfermería por parte de la Sociedad y de otros profesionales de la salud, no acorde al desarrollo alcanzado por la profesión ni tampoco al tipo de servicios que presta a la Comunidad. Nos

hemos planteado un estudio de Investigación que nos sirva para sentar unas bases sólidas desde los diferentes puestos de gestión y mejorar, en la medida que sea posible, la imagen que el personal de enfermería, percibe de si mismo.

La desvalorización de los cuidados básicos de enfermería en favor de servicios tecnificados o especializados, el grado de desmotivación y la falta de circuitos de información y comunicación entre Hospital y/o Primaria son, entre otros, algunos de los factores que inciden de forma directa en el desarrollo y valoración de la enfermería.

El estudio de estos factores nos deberán ayudar a encontrar una propuesta que facilite a los responsables de la gestión, Gerentes y Directores, un cambio en la comprensión del trabajo de enfermería, una modificación de las actitudes ante la esencia de la práctica profesional y una mejora de la intercomunicación profesional.

El desarrollo de este potencial de enfermería debe conseguir fortalecer los conocimientos básicos, el trabajo en Equipo y mejorar nuestra imagen profesional.

Extraer una propuesta de Actuación e Investigación es el reto que el grupo se ha marcado para mejorar no tan solo la Autoimagen y Autoestima profesional, sino también social.

Objetivos Generales:

- Mejorar la Imagen Social de la profesión de enfermería en todos sus ámbitos de actuación.
- Crear una Actitud positiva y una mayor confianza de las enfermeras como profesionales autónomas en la administración de los Cuidados de enfermería.
- Identificar el grado de intercomunicación de las enfermeras y valorar su repercusión en la Autoimagen profesional y social.
- Elaborar unas pautas en los sistemas de gestión que sirvan para mejorar la Autoimagen profesional y Social de la enfermería.
- Definir los factores (edad, sexo, situación), que afectan a los profesionales de enfermería y que repercuten en su práctica profesional y, en consecuencia, en su imagen, motivación, estilo de dirección.
- Evaluar el nivel de formación pre y post-básica del personal de enfermería y analizar la repercusión en la Autoimagen profesional.

Objetivos Específicos

- Identificar el criterio de los profesionales de enfermería respecto a su rol profesional.
- Analizar la Autonomía de los profesionales de enfermería en la Gestión de los Cuidados.
- Evaluar la Comunicación entre la enfermería de Primaria y Hospital.

- Medir el nivel de autoimagen de los profesionales de enfermería relacionado con el estilo de dirección de un Centro.
- Detectar el nivel de Formación del personal de enfermería.
- Describir la existencia de actividades docentes entre los profesionales de enfermería de Hospitalización y/o Primaria.
- Medir el grado de motivación de los profesionales de enfermería en relación a su autoimagen profesional.
- Identificar la participación de los profesionales de enfermería en la elaboración de objetivos y proyectos.
- Medir el reconocimiento profesional que percibe enfermería.
- Analizar que preocupación tiene el profesional de enfermería respecto a su Imagen Social.

Con el análisis de estos factores que, creemos pueden incidir en que la imagen de nuestra profesión no haya evolucionado paralelamente al desarrollo de competencias y atribuciones de la enfermera/o respecto a las necesidades sociales de hoy. Pensamos que podremos sentar las bases para, desde los puestos de gestión, mejorar el nivel de esta imagen profesional de enfermería.

La imagen social de la enfermería y sus condicionantes

1.- INTRODUCCION.

A lo largo de las siguientes páginas y a modo de soporte teórico de nuestro trabajo de investigación vamos a desarrollar varios aspectos relacionados con el estudio que nos ocupa, los cuales nos centrarán en la búsqueda de las diversas hipótesis de trabajo que nos planteamos al inicio de la tarea.

Estos aspectos son los que se intuyen en el título que encabeza estas líneas, "LOS CONDICIONANTES" los cuales son muchos y variados como veremos, y son el resultado de un amplio proceso de búsqueda y documentación entre múltiples artículos y publicaciones referentes a los temas que centran el interés teórico de la investigación.

En primer lugar y bajo el título DEFINICION DE CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA IMAGEN SOCIAL DE ENFERMERIA, se clarifican una serie de definiciones que nos servirán para enmarcar los conceptos que se irán usado tanto en la introducción teórica de la investigación, como posteriormente en el desarrollo del trabajo de campo y en sus conclusiones.

Así nos familiarizaremos con la PERCEPCION, el PENSAMIENTO, la formación de CONCEPTO, PREJUICIOS y ESTEREOTIPOS SOCIALES, y con otras acepciones de carácter psico-social del máximo interés para nuestra tarea.

A continuación se hace un breve recorrido a través de la HISTORIA DE LA ENFERMERIA, la cual ha ejercido una muy

notable influencia en lo que es hoy en día la imagen profesional de la enfermería.

Veremos de donde parten los primeros cuidados enfermeros, como se han ido configurando estos cuidados a lo largo de los siglos y como ha sido la consideración del enfermero/a según las distintas culturas y necesidades sociales.

En tercer lugar exploraremos el ENTRAMADO LEGAL que tanto ha condicionado a la enfermería en su desarrollo profesional, limitando sus funciones la mayoría de veces, reconociendo su evolución las menos.

Esta exploración la haremos contemplando las dos facetas reguladas legalmente. La Formación, viendo la evolución de los distintos programas educativos de la carrera; y las Funciones, reguladas por reglamentos que siempre van por detrás de las expectativas sociales y de la realidad profesional.

El siguiente apartado trata de la INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE DIRECCION en las variables que estudiaremos como la motivación, la participación y la imagen profesional de la enfermería. En él se hace una interesante clasificación de dichos estilos por medio de las principales actitudes personales de los directivos, dando lugar a unos modelos basados en la interacción entre el interés del directivo por la consecución de los objetivos, y por el interés de este directivo en las personas que componen la organización.

Por último el apartado EL FUTURO DE NUESTRA IMAGEN PROFESIONAL, nos ha servido para clarificar el concepto "autoimagen", tratándolo como lanzamiento hacia el futuro, dado que aparecen temas y conceptos que ya están vigentes en la actualidad y que nos marcan hacia donde va y que debe ser la profesión de enfermería.

Veremos, por lo tanto, ideas que ya han internalizado una buena parte de enfermeras y otras que se está debatiendo, aceptando o rechazando. De esta forma podremos medir, en nuestra investigación, el estado actual del pensamiento sobre la enfermería.

1.1- DEFINICION DE CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERIA.

Para introducir el marco teórico del presente trabajo de investigación, es preciso definir una serie de conceptos que van a resultar claves para comprender y delimitar aquello que pretendemos estudiar.

Como vemos en las hipótesis que nos hemos planteado, existen un determinado número de expresiones (percepción, actitudes...) que por estar directamente especificadas en el planteamiento del trabajo es preciso delimitar mediante su definición. Y otras expresiones que no aparecen inicialmente, cabe también definir por ser conceptos necesarios para comprender en su totalidad el marco conceptual en el que nos moveremos.

I. PERCEPCIÓN.

Tradicionalmente la percepción se ha definido como la aprehensión de la realidad a través de los sentidos. Sin embargo, esta definición es demasiado vaga y general para poder delimitar el campo del estudio que emprendemos, pero si queremos definir la percepción dentro de un sistema teórico nos encontramos con graves dificultades, debido primordialmente a que no existe una teoría completa y consistente sobre el proceso perceptual. Las explicaciones que la psicología científica aporta, sobre la percepción, son diversas, cuando no contradictorias.

Añadido a esta dificultad en dar una definición de la percepción, en la que estén de acuerdo todos los autores, tenemos también el hecho de que no existe una base experimental suficientemente demostrativa de ninguna de las concepciones teóricas posibles. Parece, pues, que a la hora de definir la percepción tendríamos que optar por una fórmula común que evite los puntos en los que hay controversia. Naturalmente, esta definición no podrá ser tomada como una definición científicamente completa, sino más bien como una herramienta de trabajo que sirva para encuadrar nuestro trabajo.

Como ya hemos mencionado, el enunciado tradicional que define la percepción como la aprehensión de la realidad a través de los sentidos, es muy vago y además presenta la dificultad de hacer referencia a la construcción de una imagen representativa a partir de sensaciones elementales.

La definición de la psicología cognitiva se acercaría mas a una definición clarificadora del concepto de percepción para nuestro trabajo. Esta tendencia define a la percepción como un proceso de interpretación representativa de los inputs sensoriales. Determina que la naturaleza de la percepción es constructiva al ser un proceso de interpretación.

También la interpretación que hace Gibson, cercana a la concepción ecológica de la percepción, puede clarificar el concepto al definirlo como la captación de la información del ambiente, necesaria para organizar las actividades de un individuo.

En el campo de la percepción interpersonal encontramos dos áreas fundamentales:

a) La percepción de la persona, que es el modo en que se forman las impresiones, opiniones, o sentimientos acerca de otras personas. La frase "percepción de la persona" implica que el juez o sujeto que percibe puede existir independientemente de y fuera del mundo de la persona juzgada. No necesita sostener una interacción con la otra persona para hacer su juicio.

b) La percepción social, que es más general que la percepción de la persona, pues implica la percepción de los procesos sociales. Los objetos de la percepción social son las relaciones de la persona con los demás, incluyendo su percepción de los grupos e instituciones sociales.

II. CONCEPTO.

Como hemos visto la percepción se ha podido definir ya como un proceso de interpretación, ya como la captación de información para organizar actividades. Estas definiciones nos llevan a la necesidad de conocer que es un "concepto".

Bourne establece una definición práctica del término concepto al afirmar que: *"podemos decir que un concepto existe cuando dos o mas objetos o hechos discriminables han sido agrupados o clasificados conjuntamente y apartados de otros objetos en base a una cierta característica o propiedad común a cada uno de ellos"*. Esta definición parte del hecho

de que los seres humanos clasifican o categorizan sus percepciones.

Al igual que con el término "percepción", la definición de concepto tiene tal margen de variabilidad que resulta difícil llegar a un acuerdo, no solo entre diferentes teorías, sino incluso entre las distintas disciplinas que lo estudian.

A pesar del desacuerdo definitorio de "concepto" existen una serie de atributos identificados con la idea de concepto, los cuales clarifican la idea. Entre ellos está el aprendizaje, así la susceptibilidad de aprendizaje varía entre conceptos en el sentido de que algunos de ellos son más fáciles de aprender que otros por parte de individuos con la misma experiencia cultural y lenguaje.

De esta forma vemos que el nivel alcanzado por un determinado concepto como constructor mental por un individuo varía igualmente, aumentando, al incrementarse el aprendizaje. Por ejemplo, el concepto de enfermería varía al ir adquiriendo conocimientos acerca de las funciones, competencias, etc., desde la idea simple que tiene una persona desconocedora de la profesión hasta la idea completa y compleja de un experto.

Otro atributo de "concepto" es la capacidad perceptual. Los conceptos varían en lo que respecta a la medida en que los ejemplos de los mismos pueden ser percibidos. La dificultad estriba, referido a enfermería, en que los distintos ejemplos de la misma que puede percibir un sujeto pueden llegar

a ser tan distintos (e incluso contradictorios) que se le puede hacer muy difícil, a ese mismo sujeto, la construcción correcta o al menos uniforme de lo que es el concepto "enfermería" o "enfermero".

III. PENSAMIENTO.

Vistas las anteriores definiciones, cabría definir en que consiste el pensamiento, pues es un proceso psíquico que interviene en los procesos anteriormente descritos.

El concepto de pensamiento, como casi todas las funciones psíquicas sufre de una indefinición y vaguedad notables, más si tenemos en cuenta las múltiples interpretaciones que se le dan desde las diferentes escuelas psicológicas.

Según Descartes pensar "es todo lo que en nosotros se verifica de tal modo que lo percibimos inmediatamente por nosotros mismos; por lo cual, no solo el entender, el querer y el imaginar, sino también el sentir, significan aquí lo mismo que pensar".

Actualmente, siguiendo la línea de Descartes, se ha afirmado que el pensar es sinónimo de expresar imaginativamente deseos, necesidades y exigencias subconscientes, de recordar, de imaginar, de ordenar o dar instrucciones o adoptar una actitud o estado mental, de creer u opinar o atacar y defender las creencias, de razonar o reflexionar o meditar.

Cabe destacar que el moderno concepto de pensamiento subraya su carácter de proceso interno, ajustado a reglas y desligado de la absoluta tiranía de estímulo (esto último

nos clarifica los conceptos de percepción y concepto definidos más arriba). Por otro lado se ha insistido en la necesidad de una actividad reorganizativa cuyo patrón viene dado por estructuras perceptuales y cognitivas.

Debemos mencionar por último a Piaget, para el cual pensamiento equivale a inteligencia y la inteligencia es adaptación entre el organismo y el medio.

Una vez revisados los conceptos puramente psicológicos y después de haber intentado definirlos para clarificar algunos de los términos a los que nos referiremos durante la exposición del trabajo. Debemos adentrarnos en otras definiciones que pasan a formar parte de las temáticas tratadas por otras disciplinas como la Sociología, la Antropología y la Psicología Social.

Para defender la equiparación de "grupo social" y "grupo profesional" acudiremos a Tajfel y colaboradores, los cuales demuestran que la atracción y la interdependencia no son condiciones necesarias para la formación del grupo, pues la simple imposición a las personas de la pertenencia compartida es suficiente para generar conciencia grupal.

Es decir que el simple hecho de haber cursado la carrera de enfermería y ejercer la profesión, debe generar en toda enfermera la conciencia de pertenecer a un grupo, en este caso al grupo de "profesionales de la enfermería".

La pertenencia a un grupo da lugar a la aparición de la "Identidad Social" que no es otra cosa que el hecho de

sentirse identificado con el grupo de pertenencia. Siguiendo con Tajfel, éste propone tres hipótesis concretas en relación a la identidad social:

- 1- El individuo buscará la pertenencia a su grupo, si ésta pertenencia contribuye a fomentar su identidad social.
- 2- Si no puede conseguir este efecto positivo, el individuo abandonará el grupo, a no ser que el abandono sea impositivo, o que este afecte negativamente a su autoimagen.
- 3- Si existen dificultades para abandonar el grupo entonces el individuo o reinterpreta los atributos desagradables como favorables o los acepta centrándose en una acción social encaminada a cambiar la situación en el sentido deseado.

Parece que la enfermería, como grupo social, estará en la vía de la tercera hipótesis de Tajfel, es decir que al no poder abandonar el grupo (por motivos económicos o vocacionales), está centrándose en acciones sociales y profesionales encaminadas a cambiar su situación actual en un sentido más deseable.

Esta actuación de la enfermería, encaminada a cambiar su situación actual, viene determinada en parte, por el rechazo de la imagen social que tiene la enfermería y por el deseo de ésta, de variar su estereotipo social. Para comprender

correctamente de que se trata debemos definir esta última acepción.

IV. ESTEREOTIPO SOCIAL.

Según Stallybrass (1977) un estereotipo es una imagen mental muy simplificada de alguna categoría de personas, institución o acontecimiento multitudinariamente compartido, los estereotipos van frecuentemente acompañados de prejuicios, es decir de una predisposición favorable o desfavorable hacia cualquier miembro de la categoría en cuestión.

Los estereotipos sociales, según Tajfel, cumplen cuatro funciones:

Funciones individuales:

- a) Ayudan a preservar o a defender el sistema de valores del individuo.
- b) Se sitúa al estereotipo en relación a los aspectos cognitivos.

Funciones sociales:

- c) Contribuyen a la creación y mantenimiento de ideologías de grupo que explican y justifican una diversidad de acciones sociales.
- d) Ayudan a crear y conservar diferenciaciones positivamente valoradas de un grupo respecto de otros grupos sociales.

Como se puede deducir de la definición de estereotipos y sus funciones, la enfermería tiene socialmente atribuidos algunos de ellos y no precisamente muy positivos. Entre los que se le atribuyen está el de profesión femenina, sirvien-

te, ayudante, etc., como veremos a continuación, han sido los propios profesionales e incluso algunas de las principales líderes de la "renovación" de la enfermería los que han contribuido a crearlos.

Florence Nightingale, paradigma de la "nueva enfermería", estableció y promulgó un sistema educacional que no produce profesionales decididamente independientes que dejan de lado los estereotipos femeninos y se niegan a aceptar los convencionalismos establecidos para la atención sanitaria tradicional.

En el libro "Imagen de Nightingale", Bullough (1975) nos analiza las contradicciones e ironías de la líder:

"Su trabajo como enfermera en Scutari, durante la guerra de Crimea, fue muy detalladamente reseñado por la prensa británica e hizo de ella una heroína para el pueblo en general. Sin embargo, y lamentablemente para las enfermeras de hoy, Florence Nightingale jamás trabajó de forma directa. Fue maestra en el arte de la manipulación, capaz de conseguir que otras personas, por lo común hombres, hablasen en su nombre mientras ella se fingía desvalida. En Scutari, pese a haber llegado con importantes poderes otorgados por el secretario de Guerra, se negó a permitir que las enfermeras a su mando brindaran sus cuidados a los heridos en tanto que los cirujanos no les "ordenaran" hacerlo. Con este mecanismo se ganó el apoyo de los médicos militares, que desconfiaban de ella y de las otras 38 enfermeras que la acompañaban, pero ayudó también a esta-

blecer la superioridad de los cirujanos sobre las enfermeras".

Pero atribuir a Nightingale la culpa de la subordinación actual de la enfermería es simplificar demasiado las cosas, los verdaderos culpables son sus seguidores actuales que aceptan sin dudar un instante el concepto de la subordinación al médico.

V. PREJUICIO.

A lo largo de la historia se ha estudiado el prejuicio como fenómeno social "visceral", diferenciado de los modelos "racionales", y más concretamente se ha estudiado en el área de las relaciones entre los grandes grupos humanos. En esta clase de relaciones, si sabemos cómo comprende un individuo la situación intergrupal, podremos predecir si tendrá actitudes hostiles hacia un grupo y cual será el contenido de esas actitudes.

La comprensión y percepción de la situación grupal será, por tanto, la que afecte la comprensión de los individuos.

Según Klineberg (1968), el prejuicio "...se refiere principalmente a un juicio previo o a una pre-comprensión a la que se llega antes de que se recoja o examine la información pertinente y que, por lo tanto, se basa en razones inadecuadas o incluso imaginarias". El prejuicio, según el mismo Klineberg, está basado en tres aspectos:

El aspecto conceptual o cognoscitivo está formado por las ideas u opiniones que tenemos acerca de los individuos o grupos que son objeto de tal juicio previo (en este sentido, se habla a menudo de estereotipo).

El aspecto afectivo o sentimental implica una actitud a favor o en contra, una adscripción a un valor positivo o negativo.

El aspecto connativo o conductual es una disposición a expresar los juicios y los sentimientos que experimentamos, a comportarnos de manera que se refleje nuestra aceptación o rechazo de los otros (este aspecto determina lo que entendemos por discriminación).

El tema del prejuicio se conoce como "efecto espiral", este efecto se refiere a que la existencia del prejuicio da apoyo y recompensas para los juicios hostiles, y a su vez esto imposibilita el probar la veracidad o realidad de estos juicios, con lo que se crean una serie de mitos sociales que fortalecen a los prejuicios. Los prejuicios que tiene atribuidos la enfermería (femenina, sumisa, intuitiva...) son un claro ejemplo de ello.

VI. GRUPOS DE REFERENCIA.

Cabe hacer mención de este tipo de grupos dado que la enfermería, en su búsqueda de una identidad profesional, de una imagen social prestigiosa, ha intentado durante su historia reciente identificarse con el colectivo profesional más prestigioso de su ámbito laboral, los médicos.

Los grupos de referencia son grupos con los que un individuo se identifica y que ejercen influencia en su conducta, independientemente de que sea o no miembro de ellos.

Actúan como un estándar de comparación y como una fuente de normas, representan un punto ideal con el que el individuo se compara. Las autoevaluaciones del status económico, del valor intelectual y del atractivo físico, se determinan después de una comparación con otros individuos del grupo de referencia, también se comparan de esta forma las privaciones y las gratificaciones.

Este hecho apuntado lo encontraremos, como ya mencionamos, en la enfermería y es debido, sobre todo, al mantenimiento del status de sumisión de las enfermeras a la autoridad médica, aunque si se revisa mayor bibliografía encontramos que existe mucha controversia respecto a si efectivamente es así. Rogers (1972), por ejemplo, defiende convincentemente la posición de que la enfermería es una profesión con una identidad definida y una base de conocimientos cuya función no está determinada por la profesión médica. Pero muchos otros teóricos están de acuerdo en que esto no es válido para el estado actual de la profesión.

Stein (1971) nos muestra uno de los ejemplos con lo que ha denominado el "juego médico-enfermera"; es decir que, sin dar la impresión de pasar por encima de la autoridad de él, una enfermera diga al médico cuál es la actuación medicamente correcta.

Para finalizar éste capítulo es preciso referirse a la definición de un término que directa o indirectamente hemos estado usando y el cual aclarará el concepto de "lo social". Cómo el ser humano se inserta en la sociedad y, más concretamente, cómo llega a formar parte de un grupo social.

VII. SOCIALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL.

Por socialización debemos entender aquel proceso por el cual el individuo hace propias las normas de su grupo de tal modo que surge un "yo" distinto, único en este individuo. Hablamos de "proceso de socialización" debido a que es un fenómeno continuo a lo largo de toda la vida del individuo. Sin cesar aprende, en la interacción social, normas culturales y pautas de comportamiento, desde la niñez -en que aprende el lenguaje, las normas sobre lo bueno y lo malo, los roles de edad y sexo, por ejemplo- hasta la edad más avanzada en que surgen también necesidades de aprendizaje y adaptación.

Existen dos clases de socialización. La socialización primaria, que es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez y por medio de la cual se convierte en miembro de la sociedad. La socialización secundaria se refiere a cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de la sociedad.

Es en este último tipo de proceso de socialización donde podemos hablar de Socialización profesional.

La Socialización Profesional es el complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión. En ella están en juego la asimilación de los valores y las normas del grupo en la conducta, y el concepto que la persona tiene de sí.

En el proceso, la persona renuncia a los estereotipos sociales y de los medios de comunicación que prevalecen en nuestra cultura, y adopta los que mantienen los miembros de esa profesión. El resultado final de la socialización profesional debe ser una persona que posea las competencias técnicas como las actitudes y los valores asimilados que exige la profesión y espera el público en general.

Existe otro concepto importante llamado "Socialización anticipatoria", éste término se refiere a una forma de socialización que tiene lugar cuando los individuos adoptan como "grupo de referencia" un grupo al que no pertenecen, pero al cual aspiran parecerse por lo beneficioso de su status, por ejemplo; socializándose de acuerdo con lo que perciben de sus normas.

Cuanto más compleja es una sociedad, mayor número de grupos de referencia se encuentran potencialmente disponibles por el individuo. Pensemos, en este sentido, en la influencia de los medios de comunicación de masas. Respecto a esto último debemos tener en cuenta la relación entre la información y

la opinión, así como sus consecuencias en la formación de la imagen social de un grupo por parte de la opinión pública.

Basta tener en cuenta como es presentada delante de esta opinión pública la profesión de enfermería y sus miembros, representando un rol estereotipado de mujer muy femenina, servicial, dispuesta al sacrificio, abnegada, etc...

1.2- INFLUENCIA DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN SU IMAGEN PROFESIONAL ACTUAL.

Desde los orígenes de la civilización existen pruebas que apoyan la premisa que la CRIANZA ha sido elemento esencial para la preservación de la vida. Por tanto, la supervivencia de la raza humana está intrínsecamente ligada al desarrollo de la enfermería.

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos, también se la asocia con la Educación en lo referente a la crianza e instrucción general de niños y jóvenes. De este origen de la enfermera como madre se perpetuó la idea de que la enfermería solo podía ser ejercida por mujeres debido al instinto maternal que proporcionaba ese fuerte impulso o motivación para cuidar aquellos que sufrían o estaban desamparados, debido a ese instinto, fueron consideradas "Enfermeras Natas".

En consecuencia, la imagen de la enfermera como madre amorosa que comporta y cuida instintivamente sigue siendo muy popular.

Sin embargo las personas de ambos sexos poseen una tendencia natural a responder frente al desamparo o a la amenaza de la vida por una enfermedad, por ello tanto hombres como mujeres han ejercido de enfermeros a lo largo de los diversos periodos de la historia.

Con el tiempo el papel de la enfermera fue ampliándose al cuidado de enfermos, ancianos, minusválidos así como el

concepto global del "cuidado" que empezó a abarcar el afecto, preocupación, solidaridad y responsabilidad hacia los necesitados.

Conforme los cuidados de enfermería se fueron haciendo más complejos, se hizo patente que la simple motivación no era suficiente para realizar el trabajo de enfermería. El amor y la dedicación no bastaron para fomentar la salud o vencer la enfermedad.

El desarrollo de la enfermería dependía de la habilidad, experiencia y conocimientos. El conocimiento de los hechos y principios proporcionaría el impulso para que la enfermería se convirtiese tanto en un arte como en una ciencia. (DOCK y Stewart, 1925).

A pesar de que la profesión de enfermería ha ido evolucionando a través de los tiempos, todavía no ha alcanzado su plena madurez, continua creciendo y desarrollándose. De aquí que se la considere la más antigua y bella de las artes pero la más joven de las profesiones.

I. NATURALEZA DEL CUIDADO. ERA PRIMITIVA.

Durante este periodo de la Historia el hombre estaba más cerca de la naturaleza, observaba y aprendía de la práctica de los animales ante sus dolencias (Se lamen las heridas para limpiarlas, comen hierbas y hojas como eméticos y purgantes, etc...).

Pero el hombre primitivo no pudo encontrar tratamiento para todas las enfermedades a través de la observación. Conscien-

te de que existían otros factores causantes de enfermedad diferentes a las causas naturales más evidentes, el hombre se volcó a la búsqueda de nuevas respuestas permitiéndola identificar que los objetos naturales (ríos, árboles...) estaban vivos o animados y que poseían espíritu o alma. Así podían explicarse los fenómenos naturales que causaban desastres o enfermedades.

Esta creencia en el animismo abrió el camino de la imaginación la incorporación de la creencia de espíritus buenos y malos influyó decisivamente en los tratamientos y remedios. Las supersticiones se vincularon a la etiología de las enfermedades. En consecuencia surgió un cuerpo de sabiduría que incluía encantamientos, ritos y conjuros. El objetivo básico era expulsar los espíritus y hacer que el cuerpo del paciente fuera una morada desagradable para el espíritu. ejemp. (golpear el área del cuerpo poseída, fuego, cataplasmas, baños fríos, pócimas repugnantes, etc.).

La erudición mágica que se iba acumulando se volvió demasiado compleja, por lo que fueron elegidos individuos que poseían una supuesta percepción especial para pasar un período de preparación.

Estos "curanderos", "hechiceros" o "brujos" se convirtieron en guardianes y divulgadores del conocimiento esotérico y la posesión de poderes sobre la vida les otorgaba un puesto de prestigio permaneciendo aparte y por encima de la tribu.

"Así comenzó la especialización en el Arte de la Curación."

(Shryock, 1959)

A medida que fue desarrollándose esta casta de los curanderos, se les unió otra clase de practicantes. Estos, por lo general mujeres de la tribu, que aplicaban los tratamientos, comprobaban las cualidades de los medicamentos y aprendían a tratar las heridas y bajar las fiebres. Lo suyo era el conocimiento práctico de las aplicaciones y medicamentos.

"Estas mujeres fueron las descubridoras de las hierbas medicinales, los primeros médicos empíricos, que aprendieron a preparar diferentes pociones para utilizarlas como remedios". (Masson, 1984)

"Desempeñaron un papel importante como cuidadoras de los enfermos durante épocas prehistóricas". (Alexandre, 1782)

La relación entre estas cuidadoras prácticas (enfermeras) y los curanderos o sacerdotes-médicos, era la combinación entre la teoría y la práctica de la medicina. La cuidadora prescribía los tratamientos sencillos y las hierbas y el curandero limitaba su tratamiento a los encantamientos.

En las sociedades Primitivas hay que encuadrar la herencia de la enfermería, sembraron la semilla de la higiene, el saneamiento y la salud pública.

El papel de la enfermera como madre, el concepto de enfermería como ocupación femenina y el desarrollo de esta disciplina hasta convertirse en el papel vital de la sociedad. La interrelación y la diferenciación entre el médico y la enfermera ya se había establecido.

Hasta hace poco los cuidados de enfermería se componían de saberes populares que se transmitían de generación en generación. La noción de cuidados de enfermería, como una actividad profesional, es reciente. La primera persona que conceptualizó su práctica profesional por escrito fue Florence Nigthingale en 1852.

A principios del año 1960 se empezó a precisar las bases científicas de los Cuidados de enfermería, el método de resolución de problemas y la clasificación de los principios científicos. El desarrollo de los modelos de enfermería nacieron de la necesidad de identificar los conocimientos de enfermería de manera científica y de tener un cuadro de referencia que permitiera dirigir nuestra práctica profesional.

II. CIVILIZACIONES ANTIGUAS.

A) Próximo Oriente.

La posición de las mujeres en el antiguo Egipto era más elevada que en otros países orientales, la responsabilidad de los cuidados de enfermería recaía en la Madre o en las hijas de la Casa. Los médicos no practicaban la obstetricia, campo que dejaban completamente en manos de las parteras.

En Persia (Irán) y Asiria no se hace mención alguna a la enfermería; mientras que en Babilonia el enfermo era el sirviente doméstico o esclavo y en Palestina eran las amas de cría o cuidadoras de niños y no se dedicaban a los enfermos.

B) Extremo Oriente: INDIA.

En un documento hindú aparece una interesante descripción del concepto de Equipo de Cuidado de Salud:

"El médico, los fármacos, la enfermera y el paciente constituyen un conjunto de cuatro. Se deben conocer las virtudes que cada uno de ellos ha de poseer para que pueda ser causa de la curación de la enfermedad".

Enfermera. "Conocimiento de la forma en que debe prepararse o combinarse los medicamentos para su administración, astucia, dedicación al paciente al que se atiende y pureza (tanto de mente como de cuerpo) son las cuatro cualidades de la enfermera". (Kauiratna, n.d.)

La historia de la India proporciona una descripción más completa de los principios y práctica de enfermería que cualquier otra civilización. Se hacen referencias frecuentes a los ENFERMEROS (varones) y en situaciones excepcionales eran mujeres ancianas. A ellas también se les exigía tres cualidades principales de carácter: Altos principios morales, habilidad y capacidad de inspirar confianza.

Enfermero. "Sólo es apto para cuidar o atender al enfermo en su lecho, aquella persona que sea fría de mente y agradable en el trato, que no hable mal de nadie, que sea fuerte y esté atenta a las necesidades del enfermo y que siga de forma estricta e infatigable las instrucciones del médico". (Susbruta - Samhita. vol.1, cap.14)

C) En el Mundo Mediterráneo.

En Grecia las enfermeras eran principalmente las cuidadoras de niños y parteras, mientras que en Roma eran los sirvientes y los esclavos.

III. LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO CRISTIANO.

Los documentos precristianos sobre la enfermería son fragmentarios y dispersos; sin embargo las referencias a esta disciplina desde los tiempos de los primeros trabajadores cristianos hasta la actualidad son continuas.

"La enfermería organizada", traducía el concepto de altruismo puro. Altruismo deriva de la palabra latina alter (otro); de ahí que altruismo signifique pensar e interesarse por los demás.

A partir de este concepto de altruismo, surgió el cuidado a los enfermos y desvalidos como obra de misericordia que abarcaban las necesidades humanas básicas.

La curación por la fe era parte de la creencia cristiana. Además, a esto se añadieron condiciones capaces de promover la curación natural y que, con el tiempo proporcionaron el ímpetu necesario para crear los Centros de enfermería.

La prueba práctica de la nueva fe "no era ser cuidado, sino cuidar". Lo que antes era principalmente una ocupación de Esclavos o un servicio necesario en cualquier hogar, se convirtió en una vocación sagrada.

La incorporación de la mujer a la enfermería después del año 300 d.C. estuvo influida por tres factores: "En primer lugar, la mejora en la posición social de la mujer Romana, en segundo lugar, la doctrina cristiana de igualdad de hombres y mujeres ante Dios y en tercer lugar, el llamamiento cristiano de llevar a cabo su labor en nombre de todos aquellos que estaban afligidos". (Shryock, 1959; pág. 97)

No obstante, el pensamiento religioso también obstaculizó el progreso de la enfermería. Dado que la enfermería se relacionó estrechamente con la religión y las órdenes religiosas. Quien se dedicaba a las tareas de enfermos acabaron por ser adiestrados para la docilidad, pasividad, humildad y un desprecio total de si mismos. Se promulgó la obediencia incontestable a las decisiones de otros estamentos de rango superior, generalmente el sacerdote o el médico.

Así, el criterio individual de la enfermera y responsabilidad personal para tomar decisiones en relación con el cuidado de los pacientes fueron olvidados y permanecieron totalmente ajenos a la enfermería durante mucho tiempo.

"La característica esencial de la "buena" enfermera era la obediencia..., los mayores impulsores del concepto de obediencia incontestable eran los médicos,...". (Christy, 1976)

A) 1ª Era Cristiana (1-500 d.c.).

Se estableció el derecho de la mujer soltera a alcanzar una posición de utilidad y responsabilidad se abrieron las puertas de las carreras respetables.

Diaconisas. Atender las necesidades de otro. Febe fue la 1a. Diaconisa y la 1a. enfermera visitadora (atender a los pobres en sus propios hogares).

Las viudas y vírgenes. La edad requerida 60 a. Se dedicaban a trabajar con los enfermos y pobres. Relacionadas con las Diaconisas para compartir el trabajo de Ayuda y enfermería.

Matronas romanas. Máximo apogeo siglos IV y V. Cuidar a los enfermos pobres. Los hombres en la enfermería Hermandad de los PARABOLANI. Aquellos que arriesgan sus vidas al entrar en contacto con los enfermos. (siglo III) Cuando la peste negra asoló toda el área Mediterránea. (En los hospitales, habían médicos y enfermeras residentes y encargados del transporte de enfermos). (Walsh, 1929)

B) Edad Media. 500-1000 d.c.

El Feudalismo.

La señora, que tenía a su cargo el cuidado de los enfermos de la hacienda, era una combinación del médico y enfermera. Practicaba primeros auxilios, actuaba ante las urgencias quirúrgicas y tenía un amplio conocimiento de remedios caseros.

El Monasticismo.

Retirarse de la sociedad para sacrificar la propia alma. Con el tiempo los monasterios se convirtió en una función del cuidado de los enfermos pobres.

"El principal avance de la enfermería durante este período provino probablemente de la organización y operación interna

de las instituciones monásticas y de la disciplina e instrucción de grandes grupos de humanas y humanos en sus cometidos cooperativos". (Stewart y Austin, 1962)

El Islamismo: ("Rendición a la voluntad de Alá")

La medicina era uno de los centros de interés de los Arabes. El cuidado de los enfermos incluía aspectos espirituales y mentales, aparte la atención al cuerpo. No obstante el Cuidado de la mujer durante el parto y en casos de enfermedades ginecológicas seguía estando en manos de parteras sin formación.

Los Hospitales Medievales.

Tanto las Hermanas como Hermanos tenían asignadas actividades específicas, entre las que figuraba el trabajo externo, la administración del Hospital, el Cuidado de los enfermos y los servicios religiosos. Parte de la labor de enfermería la realizaban los hermanos en los pabellones generales, mientras que en las salas de mujeres los Cuidados de enfermería les impartían exclusivamente las Hermanas.

IV. LA ENFERMERÍA EN TRANSFORMACIÓN.

La redistribución de la Población y el crecimiento de las Ciudades determinación que la enfermería saliera de las instituciones y volviera de nuevo a los domicilios. Las personas atraídas por la enfermería seguían procediendo de niveles intelectuales y sociales elevados.

Gremios y Cofradías. (Proviene de Inglaterra s. XIII).

Elemento estabilizador del orden social. Hombres de mismos oficios y profesiones se unían para mejorar sus niveles de vida y trabajo. Por desgracia, este tipo de sistema no fomentaba un genuino proceso educacional sino que hacía hincapié en el aspecto de servicio, lo cual impidió el progreso de la enfermería durante muchas décadas.

Las cruzadas.

La guerra que se hizo cada vez más mortal conforme se propagaba la enfermedad, provocó una gran demanda de sanitarios, desarrollándose ordenes militares de enfermería. Ahora se hacía hincapié en el rango, la enfermería hacia los oficiales superiores y el voto incuestionable de obediencia, todo esto afectaría profundamente el progreso y formación de enfermería durante muchos años.

Ordenes mendicantes.

La rápida propagación de los males, enfermedades y el miedo asociado a las plagas dieron lugar a una tendencia de agrupación social para las labores de enfermería y el trabajo en la Comunidad.

Surgieron órdenes religiosas de misioneros, lo que suponía llevar la religión y la enfermería al propio entorno de la gente.

Ordenes de enfermería.

Hicieron grandes contribuciones a la enfermería y sirvieron a los enfermos, los pobres, los abandonados y los huérfanos

en sus propias comunidades. En ocasiones ejercieron la enfermería hospitalaria.

Los siglos que siguieron a las cruzadas, vieron grandes cambios sociales (1450 - 1750). (Se inició el método científico de Investigación).

La reforma.

La rebelión contra el Papa y las reglas patriarcales de la Iglesia fue dirigida por MARTIN LUTERO (Protestantes), la cual afectó a los Hospitales de Países Católicos, se cerraron Hospitales y Monjes y Monjas fueron expulsados por lo que se produjo un déficit de gente que cuidase a los enfermos y a los pobres, y una decadencia de los Hospitales. (Período oscuro de la enfermería) 1550 y 1850.

Revoluciones.

Poderosos inductores al cambio en las ideas y actividades del hombre. Entre los siglos XIII y XIX las epidemias causaron estragos en Europa debido a la decadencia social resultante del industrialismo urbano (higiene deficiente, carencia de instalaciones sanitarias, depuración de aguas residuales).

Tras la reforma Protestante las condiciones insalubres predominantes en los Hospitales dieron lugar a grandes brotes epidémicos. La Mala Gestión, el Personal inadecuado y la Explotación eran hechos habituales en estos Centros.

La Autoridad recaía lejos del alcance de las mujeres (matronas). Las mujeres perdieron el control de la enfermería y

las enfermeras típicas eran la Escoria de la Sociedad, personas inmorales, alcoholizadas y analfabetas. (la miseria de la época).

La enfermería tenía la supremacía masculina absoluta y generalizada, las consecuencias más graves fueron que el cuidado a los enfermos se deterioró gradualmente durante 300 años debido a una inexistencia de una clase de enfermería.

En el S. XIII también fue testigo de una actividad renovada de la enfermería dentro de la propia Iglesia. Surgieron diversas órdenes religiosas de mujeres con el fin específico de ejercer la enfermería (Hermanos de S. Juan de Dios, H. de la Misericordia, etc...). Ministro de los enfermos, San Camilo de Lellis (1550 - 1614) tuvo papel destacado en el cuidado de los apestados de Roma durante la Epidemia de 1550.

El gran renacimiento de la Cultura dejó de lado el Cuidado de los enfermos. Resultaba imposible convencer a personas inteligentes de que se dedicaran a la enfermería en los malolientes Hospitales municipales. Entre 1500 y 1860 la enfermería vivió su peor momento (cuando una mujer ya no podía ganarse la vida con el juego o el vicio, le quedaba la alternativa de convertirse en enfermera). Los estratos más bajos de la Sociedad nutrieron la filas de la enfermería.

Estaban Explotadas y desorganizadas, carecían de posición social.

Se requería ayuda para salir de la situación en que se encontraba la enfermería y el Interés Público por su progreso empezó a hacerse patente entre diversos grupos (médicos, clero, filántropos). Dio como resultado el inicio de una serie de cambios significativos que llevarían a la reforma estable de la enfermería.

V. LA ENFERMERÍA MODERNA.

Uno de los factores más importantes en la regeneración de enfermería fue el Instituto de Diaconisas de Kaisers-werth, creado en 1836 por el pastor Theodor Fliedner (1800-1864). Las órdenes Diaconisas que habían existido en la época de Cristo fueron revisadas por las Iglesias protestantes durante el siglo XIX.

Este instituto se puso en marcha a nivel modesto pero dejó una huella en toda la enfermería que lo seguiría, como a Florence Nigthingale, quien permaneció allí durante un breve período.

El movimiento del Instituto se extendió rápidamente la formación de las diaconisas se dirigía a prepararlas para la enfermería y el programa incluía una rotación por los servicios clínicos Hospitalarios, formación de enfermería domiciliaria, aprendizaje teórico y práctico del Cuidado de los enfermos, conocimientos de ética y doctrina religiosa y un nivel suficiente de farmacia para superar los exámenes Estatales para Farmacéuticos. Este programa de Estudios duraba 3 años.

Se subraya el Principio de que los enfermos debían cumplir exactamente las órdenes del médico y que éste era el único responsable del resultado.

La influencia del Instituto se extendió más allá de las fronteras alemanas, a Pensilvania, Pittsburg, Jerusalén, Esmirna, Constantinopla, Beirut y Alejandría.

Las graduadas del programa se esparcieron por todos los rincones del mundo para ayudar al cuidado de los enfermos y necesitados. Estos comienzos sentaron la base para la Fundación de un nuevo sistema de enfermería por parte de Florence Nigthingale.

La Revolución Nightingale.

Indudablemente Florence Nightingale (1820-1910) fue una persona muy significativa dentro de la Historia de la enfermería moderna y de la reforma de Hospitales. Entre las numerosas aportaciones, cabe destacar sus esfuerzos por elaborar un programa de Formación de enfermería sólido basado en normas profesionales.

Un acontecimiento histórico (la Guerra de Crimea) le brindó una oportunidad histórica. El 21 de Octubre de 1854 partía acompañada de 38 enfermeras. Demostró sus dotes como administradora y se sobrepuso a todos los obstáculos, entre otras cosas consiguió descender el índice de mortalidad del 42% al 2%.

En Junio de 1856 regresó a Inglaterra, como testimonio de gratitud, el pueblo Inglés le regaló 50.000 libras. Con este

dinero reformó la Fundación Nightingale, que más tarde serviría para crear una Escuela de Formación de enfermeras.

La Nightingale training School for Nurses se inauguró en 1860 como institución educativa independiente, eligiendo como Hospital el St. Thomas's Hospital. Una mayoría abrumadora de médicos se opuso al proyecto.

El objetivo de la Escuela Nightingale era preparar enfermeras de Hospital, enfermeros de distritos para enfermos pobres y enfermeras capacitadas para formar a otras. Sirvió de modelo para otras escuelas, envió a sus graduadas a países extranjeros y elevó a la enfermería de la degradación y la deshonra al rango de profesión respetable para las mujeres.

"Miss Nightingale modeló una nueva profesión extraída de siglos de ignorancia y superstición...". (Robinson, 1946)

El nacimiento de la Cruz Roja.

Otro estímulo para la reforma de la enfermería culminó con la creación de la Cruz Roja Internacional el 22 de Agosto de 1864 donde doce gobiernos firmaron lo que hoy se conoce como la Convención de Ginebra, que contenía los principios para el trato y protección de los heridos de guerra, la precisión de material necesario para el cuidado y el personal que atendía a estos heridos.

Todos los gobiernos acordaron honrar a los enfermeros de la Cruz Roja como no combatientes y respetar sus hospitales.

VI. LA ENFERMERÍA EN AMÉRICA.

Los movimientos sociales que caracterizaron a Europa durante varios siglos tuvieron su réplica en América. Grupos diversos emigraron hacia distintas regiones de América llevando consigo sus costumbres que incluían el cuidado de los enfermos.

Los problemas del cuidado médico y de enfermería fueron encarados de diferentes formas por los colonizadores, dependiendo en general de las costumbres del país de origen.

Las guerras coloniales se sucedieron desde el 1607 hasta la revolución Americana.

Al estallar la Guerra de Secesión (1861-1865) la Unión no contaba con un cuerpo de enfermería militar, pero tras las primeras batallas se hizo imperativa su necesidad. Muchas órdenes religiosas se prestaron voluntarias y ofrecieron sus servicios, proporcionando cuidados de enfermería.

El 3 de Junio de 1861 se creó la Comisión Sanitaria de los Estados Unidos por orden del Presidente Lincoln. A esta organización se la ha considerado como precursora de la Cruz Roja Norteamericana.

El 10 de Junio de 1861 Dorothea Lyade Dix fue nombrada Superintendente de enfermeras del Ejército, que permitió la organización de un campo de enfermeras voluntarias mientras duró la contienda.

En 1882 el gobierno ratificó la convención de Ginebra creándose la Cruz Roja Americana.

Las experiencias de la Guerra de Secesión pusieron de manifiesto la inadecuada preparación de la mayoría de enfermeras que en ella habían tomado parte. Así se despertó el interés público por la enfermería, y poco a poco fue aumentando la consciencia de la necesidad de desarrollar programas adecuados para enfermeras.

Tras la Guerra de Secesión el notable interés por la formación de enfermería culminó en 1873 con la aparición de tres escuelas sobre las que se asentaría el progreso estable de enfermería.

En 1882 la escuela de la Dra. Susan Dinock amplió el curso a 16 meses, el programa se extendió a dos años en 1893 y, finalmente a tres en 1901.

La mejora experimentada en el cuidado de los enfermos tanto a nivel hospitalario como a domicilio se debió al desarrollo de un sistema de farmacia para los enfermos. Por fin había madurado el programa para la Escuela de enfermería.

La Guerra con España proporcionó a las enfermeras Norteamericanas su primera experiencia con la enfermería militar. Esta experiencia demostró, sin lugar a dudas, la superioridad de la enfermera preparada sobre la voluntaria sin formación e impulsó la constitución de un cuerpo permanente de enfermeras.

A finales del siglo XIX surgieron nuevas oportunidades de formación para las enfermeras graduadas, se creó un comité

con el fin de investigar la forma de preparar mejor a las enfermeras para la Dirección de la Escuela de Enfermería.

El programa se diseñó inicialmente para preparar a administradoras de los servicios y de la formación de enfermería.

En 1907 Mary Adelaide Nutting se convirtió en la 1ª. profesora de enfermería del mundo que ocupó un sillón de una facultad universitaria.

Bajo su dirección, el departamento progresó y se convirtió en pionero de la formación de enfermeras, fomentando los conocimientos para establecer los títulos de Diplomado y Licenciado en enfermería.

Para los comienzos del nuevo siglo había concluido el período de prueba, tanto las escuelas de Formación como las enfermeras graduadas se reorganizaron y fueron aceptadas por los Hospitales.

Pronto se hizo evidente que una escuela de enfermería era casi indispensable para el funcionamiento de un Hospital, los estudiantes no sólo mejoraban el servicio sino que reducían los gastos. Por tanto, la mayoría de Hospitales abrían sus propias escuelas. No se cuestionaba el derecho del Hospital a abrir una escuela, como tampoco había ninguna interferencia de como se dirigía la escuela. El único objetivo era utilizar el servicio de los estudiantes en el cuidado de los pacientes.

Los líderes de enfermería comenzaron a organizarse para controlar sus propios niveles de formación y mejorar la práctica.

Mrs. Feu Wick estaba convencida de que eran necesarios unos estándares para poder mejorar la enfermería, y en 1888 fundó la British Nurses' Association con el fin de alcanzar la solución legal.

Los numerosos cambios que se habían estado produciendo en el servicio de la formación de enfermería obligaban a modificaciones dentro de la enfermería organizada.

El 1 de Octubre de 1900 apareció el primer número del American Journal of Nursing.

En 1909, la escuela de enfermería de Minnesota se convirtió en la primera en formar parte integrante de la estructura universitaria.

El desarrollo de los programas universitarios de enfermería se inició con los Estudios de Diplomado. Se iniciaron los programas con grado de licenciatura, y pronto se vio que podían constituir el nivel de especialización para la Docencia y la administración.

Según Styles (1977), la historia de Formación de doctorado se dividió en dos componentes lógicos: Los primeros años que estuvieron dominados por la formación de doctorado para enfermeros y los años actuales, que hacen hincapié en la formación de doctorado en enfermería.

VII LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.

Hasta el siglo X existe una enfermería intuitiva, las nociones de curas son transmitidas por tradición y encaminadas a conseguir la supervivencia.

Del siglo X al XV las curas son básicas de higiene, confort y dietética.

Del siglo XV al XVIII la sociedad Española compuesta por algo más de 8 millones de habitantes, de una población preferentemente rural y ciudades escasamente pobladas, favorecía el ejercicio de prácticas médicas empíricas. La miseria general era indudable resultados de la decadencia económico-industrial, comercial y agrícola como pueden verse detallados en diversos informes escritos por el capellán de San Vicente de Toledo y por el regidor de Sevilla, Don Andrés de Herrera, en 1605.

Para paliar la desigualdad social de la época, surgen innumerables Hermandades y congregaciones, las características más importantes que se leen en estas constituciones son:

- a - El voto de hospitalidad.
- b - El oficio de Enfermero Mayor.

La profesión de enfermería aparece en España de forma oficial en el año 1915 (Gaceta del 21 de Mayo de 1945) donde se hace constar un año de duración la formación en un Centro Hospitalario, siendo necesario poner de manifiesto ante un tribunal su eficacia práctica.

En 1921 tomó auge la carrera de enfermería a consecuencia de la Guerra de Marruecos, ya que las mujeres de toda condición social se pusieron a colaborar.

El Catedrático barcelonés Martínez Vargas emprendió una amplia actividad en favor de un tipo de Enfermera visitadora en el año 1923, con el objetivo de que se dedicara a la Educación Sanitaria y Materno-Infantil, se llegaron a constituir en el año 1904 y tuvieron una realidad práctica en el año 1934.

La profesión de enfermería tuvo que expandirse de forma acelerada en los años comprendidos entre el 1936 y 1939 debido a la necesidad social de cubrir los efectos de la Guerra Civil Española.

Los primeros intentos de organización cooperativa estuvieron entre los años 1940-1949 a cargo de la Falange.

A partir de la regulación legal de los estudios de A.T.S. (1955) se ponen en marcha los Colegios Profesionales y surge la pugna entre enfermeras y practicantes, también durante esta época surge gran literatura por parte de los médicos vinculados a la profesión, haciendo referencia a las funciones,

"...Creemos que debemos conseguir Ayudantes Técnicos Sanitarios poco sabios, pero en cambio hábiles y precisos en el ejercicio de su profesión". (Alvarez-Sierra, J.)

"... Nos vamos a ocupar pues exclusivamente del auxiliar del médico por excelencia...". (Turegano, Jose F.)

A partir de la integración de las escuelas de enfermería en la Universidad (1.977) se inicia un avance en los aspectos Docentes y Asistenciales, consolidando las Escuelas Universitarias de Enfermería. También es una realidad la consolidación de las Direcciones de Enfermería en las Estructuras hospitalarias desde su publicación en el año 1985.

Este período de transformación se ha producido en un proceso de cambio no planificado, sin clara orientación ni unificación y con diferencias en el Colectivo.

Esta etapa ha estado además acompañada del inicio de la reforma sanitaria, de las malas condiciones de trabajo y salario.

A partir del año 1981 diversas asociaciones han estado luchando por la formación post-básica, desarrollando diversos proyectos sobre especialidades y licenciatura.

En el año 1989 María Paz Mompert en la inauguración de las sesiones de trabajo de la AEED hacía referencia al desarrollo de enfermería.

"...Lo cierto es que hemos avanzado todavía poco, y en la mente de la Administración de Salud seguimos siendo, con excepciones honrosas, una profesión subordinada, a la que no se necesita reconocer un marco legal de funciones y responsabilidades, largamente demandado, ni tampoco merece una mejor valoración económica."

La discriminación impedía el reconocimiento de las enfermeras como profesionales iguales que los médicos y con derecho a una práctica independiente, lo que sigue siendo un recio impedimento para el desarrollo de la enfermería.

"La evolución de la profesión de enfermería se ha producido dentro de un contexto político que ha puesto muchos impedimentos al proceso de desarrollo. Los conflictos dentro de las propias jerarquías administrativas, los efectos de la discriminación sexual y los papeles circunscritos impuestos a las mujeres son sólo unos pocos obstáculos". (Grace, 1987, pág. 114)

Durante largos períodos la enfermería se ha visto influenciada por la religión, para la enfermera constituía una cualificación excelente el "Autosacrificio" y su desarrollo se ha relacionado estrechamente con las fuerzas sociales preponderantes.

La necesidad de imponer restricciones legales a la práctica de la enfermería o a su ubicación bajo la supervisión directa de la medicina son preocupaciones que se oyen insistentemente en las discusiones sobre especialización de la enfermería. Existen documentos históricos que confirman que los médicos han intentado continuamente mantener la enfermería bajo su control.

A menudo la enfermería ha logrado sus mejores avances en relación con las guerras, debido a que las naciones tienden a reconocer, respetar y valorar a las enfermeras cuando se ven enfrentadas a las tragedias humanas de la guerra.

Despierta la necesidad de escuelas y de servicios de enfermería, y fondos para ampliar la formación.

A medida que se acerca el final del S. XX, la enfermería se encuentra situada entre el pasado y el futuro, la pregunta de qué es lo que hay por delante queda abierta a la especulación.

La práctica de la enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes reajustes dentro de un contexto social cambiante, a medida que se han aumentado los conocimientos y han ido variando las actitudes y valores.

La lucha por conseguir que los programas de formación de enfermería sean incluidos en las instituciones de estudios superiores sigue estando de actualidad, aun cuando la formación es algo que se necesita más que nunca para preparar a personas capaces de enfrentarse a los problemas de adaptación de la vida Moderna.

Hoy como ayer, las enfermeras necesitan definir y controlar su práctica de enfermería, demostrar que no hemos surgido como un grupo específico de generación espontánea, es decir, ha existido un porqué de nuestra existencia.

Estamos viviendo un momento histórico en nuestra profesión y el cuidado es la herencia de la enfermería: Cuidado por, cuidado de, cuidado hacia....

Quizás llegue el día en que sea aceptado unánimemente un modelo conceptual y la forma de ver la profesión y podamos

canalizar todo el potencial de la labor asistencial en una sola dirección: El Servicio al Hombre.

VIII. COMENTARIO.

La historia de la enfermería es esencialmente la Historia de la mujer. Desde los tiempos primitivos la enfermería ha estado indisolublemente ligada a la hembra de la especie, e incluso hoy la mayoría de enfermeros siguen siendo mujeres. A través de los siglos las mujeres han sido consideradas como propiedad de los hombres y no han tenido derechos legales ni poder.

No obstante a principios del S. XVII empezaron a vislumbrarse algunos detalles de un cambio potencial. Surgió un grupo de mujeres con coraje y perseverancia para defender la igualdad de sus derechos.

Comenzaron a aparecer libros, ensayos y artículos. A publicarse novelas de éxito escritas por mujeres. Las mujeres se convirtieron en reformadoras, educadoras y creadoras, se unieron para lograr su derecho al sufragio.

Los líderes de enfermería participaron en las luchas tanto por los derechos de la mujer como los derechos humanos. El dominio de los hombres dentro del campo de la salud fue el principal problema que se enfrentó la enfermería.

En 1903 Miss Dock habló de los proyectos que casi afianzaría el dominio de los hombres y que, a su vez, tendrían mayor impacto sobre el desarrollo de la enfermería. Sus

peticiones fueron desatendidas, y las enfermeras se convirtieron en cómplices de su propia subordinación.

Finalmente, la opresión de las enfermeras se tradujo en la legislación y el sistema educativo a través de la legalización del paternalismo y la Institucionalización del aprendizaje.

1.3- LAS LEYES QUE HAN REGULADO LA FORMACION Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA.

La legislación que afecta a la profesión de enfermería es dispar tanto en lo que se refiere a las normas legales como a la jurisprudencia.

Estas leyes, que a continuación exponemos han influido mucho en la evolución de la profesión dado que han "enmarcado" estrechamente las funciones de enfermería y han ido perpetuando un "status quo" interesante para otras profesiones y, desgraciadamente, cómodo para enfermeras reticentes al progreso y evolución de su profesión.

Toda legislación no es más que la plasmación legal o regulación de una realidad que se está produciendo o que la sociedad demanda. Por ello, y en general, las leyes surgen con un cierto retraso respecto a la realidad dada.

La enfermería ha sufrido, y sufre, este retraso. Con el agravante apuntado antes del freno que ha supuesto la presión ejercida por el colectivo médico (con un amplio poder fáctico) y algunos miembros de la propia enfermería que han visto amenazada su cómoda "seguridad" con el cambio.

Afortunadamente la sociedad, última receptora de las actuaciones profesionales de enfermería, y la mayoría de enfermeras, han conseguido adaptar la legislación gracias a sus presiones. Esta adaptación, lógicamente, no es la deseada pero, como veremos, se ha adelantado un buen trecho en el camino.

1.3- LAS LEYES QUE HAN REGULADO LA FORMACION Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA.

La legislación que afecta a la profesión de enfermería es dispar tanto en lo que se refiere a las normas legales como a la jurisprudencia.

Estas leyes, que a continuación exponemos han influido mucho en la evolución de la profesión dado que han "enmarcado" estrechamente las funciones de enfermería y han ido perpetuando un "status quo" interesante para otras profesiones y, desgraciadamente, cómodo para enfermeras reticentes al progreso y evolución de su profesión.

Toda legislación no es más que la plasmación legal o regulación de una realidad que se está produciendo o que la sociedad demanda. Por ello, y en general, las leyes surgen con un cierto retraso respecto a la realidad dada.

La enfermería ha sufrido, y sufre, este retraso. Con el agravante apuntado antes del freno que ha supuesto la presión ejercida por el colectivo médico (con un amplio poder fáctico) y algunos miembros de la propia enfermería que han visto amenazada su cómoda "seguridad" con el cambio.

Afortunadamente la sociedad, última receptora de las actuaciones profesionales de enfermería, y la mayoría de enfermeras, han conseguido adaptar la legislación gracias a sus presiones. Esta adaptación, lógicamente, no es la deseada pero, como veremos, se ha adelantado un buen trecho en el camino.

I. 1857-1977

A continuación se presenta una esquemática recopilación de toda la legislación que se refiere tanto a las funciones como a la formación en enfermería.

- 1857 Primera referencia legal sobre la formación del personal de enfermería en la "Ley de la Institución Pública" que hace mención a los títulos de practicante y de matrona o parteras.
- 1880 Creación de la primera escuela de enfermería en Madrid.
- 1915 Publicación en la "Orden del 7 de Mayo" de la titulación de "enfermera" la cual respalda la formación de enfermeras. Estas primeras legislaciones muestran desde el punto de vista de formación, la existencia de tres tipos de profesionales para la prestación de los cuidados de enfermería, el practicante, la matrona y la enfermera. De estos tres profesionales, el practicante y la enfermera tenían siempre funciones similares, aunque la formación teórico-práctica que recibían era semejante el enfoque era distinto. Las enfermeras cursaban estudios en escuelas dependientes de los hospitales y los practicantes lo hacían en las Facultades de Medicina y ello influiría, probablemente, en la elección de sus respectivos trabajos. Los practicantes trabajaban preferentemente en el ámbito extra-hospitalario y las enfermeras en los hospitales.

1940-1941 La formación de enfermería experimenta un nuevo progreso con cambios en el plan de estudios y condiciones de ingreso (estudios previos de tres años de bachiller) que significaba una elevación del nivel académico obtenido.

1944 La ley de Bases de Sanidad Nacional dispuso que, en cada provincia, existiera un Colegio Oficial de auxiliares Sanitarios que debía acoger a practicantes y matronas separadamente.

1952 Se publica un decreto que unifica los planes de estudios de practicantes, matronas y enfermeras en uno solo que otorga el título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). Esta reglamentación supuso un paso importante en el desarrollo de la profesión, ya que:

- Unificaba en una sola carrera a todos los profesionales que se dedicaban a la enfermería.
- El nivel de acceso se elevó a cuatro años de bachiller.
- Las enseñanzas abarcaban contenidos teóricos y prácticos de cumplimiento obligatorio.
- Se disuelven los Colegios Profesionales de Practicantes, Matronas y enfermeras para crear los Colegios Provinciales, estableciendo la colegiación diferenciada en tres secciones que actuarían independientemente, aunque con la obligatoriedad de una reunión mensual.

- Al amparo de esta legislación para completar el plan de estudios básicos se estableció una serie de especialidades. Los estudios de matrona pasaron a ser una especialidad de A.T.S.

1960 El decreto de 17 de Noviembre definió la normativa de ejercicio profesional. Posteriormente, y hasta 1973, ningún otro documento legal y de aplicación general trató de la definición de funciones para la enfermería. El tema no se abordó hasta 1973, cuando el Estatuto del personal sanitario titulado y auxiliar de Clínica de la Seguridad Social detalló las funciones del personal de enfermería. (Ver Anexo I: "Funciones de las enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios")

1951-1977 Creación de 131 Hospitales lo que generó una demanda importante de A.T.S., haciendo que el número de ellos resultara totalmente insuficiente. Ante tal problema el Instituto Nacional de Previsión decide crear escuelas de A.T.S. que se ubicaron en los Hospitales.

1977 Existen 169 escuelas de A.T.S. repartidas en todo el país.

Consecuencias más significativas de este período.

Positivas: . En el plano profesional represento la unificación y elevación del nivel de los estudios de enfermería con un aumento del número de profesionales tanto femeninos como masculinos.

. En el plano social, se revalorizó la profesión por la propia elevación de los estudios y la consideración de los A.T.S. como profesionales técnicos y no meramente vocacionales.

Negativas: . En el plano educativo la masificación de los alumnos en las escuelas fue en detrimento de la formación.

En este período el enfoque de la formación que recibían estos profesionales era eminentemente biomédica y basado en la enfermedad. Se les preparaba para ser ayudantes de otros sanitarios, para cuidar de la enfermedad de las personas y se sobrevaloraban las tareas relacionadas con la tecnología sanitaria. Esto ha hecho que aun hoy prevalezca en algunos sectores de la profesión, el considerar más importantes o más reconocidas las actividades y procedimientos técnicos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y curación de las enfermedades. Se ha dejado a menudo en segundo plano la atención global del enfermo como persona, con sus necesidades básicas a satisfacer además de las necesidades generadas por la enfermedad.

II. EPOCA DE LA TRANSICION (1970-1990).

Los profesionales de enfermería toman conciencia de que el papel de "ayudante" o "auxiliar de" y la atención puramente de la enfermedad no son la aportación específica profesional.

Si que lo es el preocuparse por las necesidades del usuario y su familia, respeto a su salud, por las alteraciones de la vida diaria.

Los profesionales de enfermería se dan cuenta de que esto último es el enfoque de formación que reciben las enfermeras europeas y americanas. Estas últimas desde hace años pueden cursar estudios "Universitarios Superiores" a nivel de licenciatura y doctorado en enfermería, lo que les ha permitido profundizar en los conocimientos propios y desarrollar modelos y teorías de enfermería. La sociedad ha ido reconociendo así poco a poco su autentica identidad profesional.

Paralelamente coinciden los objetivos del sistema sanitario, basados casi exclusivamente en la curación de la enfermedad estaban entrando en el proceso de cambio. Se pone el énfasis en la Atención Primaria de Salud, como única forma de conseguir una población sana.

Las acciones de promoción de salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria son la clave para conseguir estilos y hábitos de vida saludable.

1970 "Ley General de Educación" elaboración de un plan de estudios de acuerdo con la formación que reciben las enfermeras de la Comunidad Europea y con los cambios en salud que se preveen.

1977 El Ministerio de Educación y Ciencia publica en el B.O.E. el real decreto 2128 sobre la integración en la Universidad de enfermería y en Octubre de este

mismo año se publican las directrices para la elaboración de los planes de Estudio de las Escuelas Universitarias de enfermería, conducentes al título de Diplomado de Enfermería.

1980-1990 El cambio de enfoque del plan de estudios, introduciendo asignaturas y materiales como la enfermería de Salud Pública, enfermería Psiquiátrica, enfermería Geriátrica, enfermería Fundamental, etc... que hasta el momento no se impartían venían a cubrir una necesidad de la profesión de volver a sus orígenes y de formar a enfermeros/as capaces de dar respuesta a las demandas sociales.

Este período se caracteriza por el nacimiento de las inquietudes de los profesionales de enfermería para la formación postbásica diferenciando la formación Continuada, la Superior y la Especializada.

Formación Continuada de la enfermera/ro sigue su formación de base y toda la formación complementaria posterior, dirigida a una cualificación profesional superior.

Formación Superior, va dirigida a facilitar el acceso a niveles académicos i/o profesionales mas elevados (Master, Licenciatura, Doctorado).

Formación Especializada, proporciona competencia adicional en sectores concretos de la profesión. (Comadronas, Intensivos, Quirófano).

Este tipo de formación se quiere utilizar como vehículo para mejorar la imagen de Enfermería mediante la revalorización de la formación y de las titulaciones.

COMPARACION DE ESTUDIOS DE ATS CON LOS DE DIPLOMADO EN ENFERMERIA.

	A.T.S.	DIPLOMADO EN ENFERMERIA
Relación Teoría/Práctica	20% / 80%	50% / 50%
Nivel previo de estudios	Bachiller elemental o Graduado escolar (8 años)	C.O.U. (12 años)
Características	<ul style="list-style-type: none"> - Formaba un profesional hospitalario. - Enfocaba las practicas y la teoría desde un punto eminentemente técnico. - Definía la situación del profesional inevitablemente subordinada a otras profesiones. - No se impartían contenidos de atención a la comunidad y Salud Pública. - Preparaba para dar una asistencia parcializada, basada en la observación de lo síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forma un profesional asistencial polivalente intra/extrahospitalario. - Enfoca tanto la teoría como la practica desde la perspectiva científica. - Confiere a la enfermería como un papel definido, con identidad propia dentro del equipo de Salud. - La Salud Pública se estudia en los tres cursos. - Enfoca la asistencia considerando al hombre un todo biológico, psicológico, social y espiritual. - Incluye materias necesarias para la atención integral al individuo: <ul style="list-style-type: none"> .Enfermería fundamental .Legislación.

(Comisión de Estudios para la elaboración de las Directrices Generales, 1977)

profesión de volver a sus orígenes y de formar a las enfermeras/os capaces de dar respuestas a las demandas sociales.

IV. SITUACION ACTUAL.

Los finales de 1990 no han sido favorables a la Enfermería y el 1991 se ha presentado algo turbulento, el problema sería fácil de solventar si se pone buena voluntad.

El año 1987, el Consejo de Universidades inicia la reforma de las enseñanzas y se constituyen diferentes grupos de estudio para ello. El grupo IX es el que discute las carreras que conforman las Ciencias de la Salud. El equipo de enfermeras del grupo IX elabora un exhaustivo informe en el que analiza los cambios pasados y venideros mas destacables en Salud, enfatizando la necesidad de orientar las enseñanzas en la Salud de las personas, como mantenerla y promoverla, formas de prevenir la enfermedad, además del cuidado y recuperación de las personas enfermas.

Su propuesta no modifica el contenido del plan de estudios, simplemente lo reorienta ya que considera que sigue siendo vigente y que fue muy avanzado en su día.

Señalan la necesidad de mantener las 4.600 horas, debiendo dedicarse el 50% del total a la formación clínica, tal como establece la directiva de la Comunidad Europea para la libre circulación de profesionales. La única modificación se refiere a la estructura, ya que establecen el sistema de créditos tal como se contempla en la Ley de la Reforma Universitaria (LRU).

Dos años mas tarde el Consejo de Universidades hace pública su intención de disminuir las horas del plan de estudios a un mínimo de 1.800 y un máximo de 2.700. Todas las asociaciones profesionales y los enfermeros/ras del país se movilizan y se manifiestan en contra de este hecho y el propio Ministerio de Educación y Ciencia, manifiesta por escrito que respetará la directiva de la Comunidad Europea.

Siguiendo el hilo de la historia, el 20 de noviembre de 1990 salió publicado en el BOE el nuevo plan de estudios que incumple los requisitos que exigían los profesionales de enfermería.

Este nuevo plan contempla:

- 1- Reducción de las horas lectivas de 4.600 a 1.800 mínimas.
- 2- Incumplimiento de la normativa europea 77/43 CE que establece la duración en horas y lo contenidos de lo planes de estudio, a los efectos de la libre circulación de los profesionales.
- 3- Un agravió comparativo manifiesto respecto a otros planes de estudio como Medicina y Farmacia que explícitamente y como es obligado hacen referencia al respecto a las Directivas Europeas correspondientes.
- 4- Por otra parte la redacción del decreto es confusa en cuanto a las prácticas denominadas "aprendizaje de la asistencia clínica en instituciones" condicionando su realización a circunstancias de cada universidad.

5- Presenta una distribución ilógica de los créditos para las diferentes materias troncales.

CUADRO COMPARATIVO DE LA CARGA LECTIVA DEL PLAN DE ESTUDIOS
ATS DIPLOMADO EN ENFERMERIA ESPAÑOLES Y LOS DE ALGUNOS
PAISES EUROPEOS.

PAIS	HORAS TEORICAS	HORAS PRACTICAS	HORAS TOTALES
Alemania	1.600	3.000	4.600
Bélgica	1.680	2.700	4.380
Dinamarca	1.944	3.560	5.504
Grecia	2.140	2.907	5.047
Francia	2.280	2.360	4.640
Irlanda	1.040	4.720	6.240
Italia	1.750	2.850	4.600
Luxemburgo	1.600	3.000	4.600
Países Bajos	2.600	2.400	5.000
Reino Unido	912/1.120	4.360/4.544	5.456/5.480
España			
ATS	585	1.540	2.125
Diplomado/70	2.300	2.300	4.600
Diplomado/90	720	928	1.800

V. COMENTARIO.

Todos los profesionales saben bien que enfermería es una de las carreras que exigen mas dedicación a los estudiantes y aun el tiempo que se le dedica es insuficiente para que el estudiante pueda alcanzar la madurez y conocimientos que se le exigen al final del proceso cuando termina sus estudios y se involucra en el mundo laboral del sistema sanitario actual.

COMO DARAN LOS FUTUROS PROFESIONALES UNA IMAGEN ADECUADA, UNA ATENCION DE CALIDAD SI SE REDUCEN LAS HORAS DEL PLAN DE ESTUDIOS A UNOS NIVELES TAN BAJOS.

Si a ello le añadimos, la falta de desarrollo de la formación de postgrado, la necesidad de una carrera profesional que cubra las expectativas de las enfermeras/ros en el ámbito clínico, y las constantes presiones de las instituciones por establecer un nivel intermedio de enfermería debido al actual déficit de profesionales.

En el ámbito de la formación, los profesionales tienen un mejor curriculum debido al acceso a la formación universitaria.

El acceso al segundo ciclo universitario se esta planteando como un reto a conseguir en un futuro no lejano, porque es una necesidad ineludible para cubrir las expectativas de la sociedad y de los propios profesionales, contribuyendo a mejorar su imagen profesional.

1.4- LOS ESTILOS DE DIRECCION Y SU INFLUENCIA EN LA MOTIVACION. PARTICIPACION E IMAGEN DE LOS PROFESIONALES.

Al enfrentarnos al concepto de Dirección todos tenemos una idea de lo que significa. Es más, en el transcurso de nuestras actividades relacionamos íntimamente los resultados con el proceso de Dirección, como principal factor causal.

Cualquier actividad humana requiere en mayor o menor grado un proceso de Dirección, de cuya excelencia dependerá su éxito o fracaso, y en este proceso se van a encontrar implicados medios, ideas, normas, personas, etc. Llegados a este punto, podemos admitir que: Dirigir es un proceso complejo, que envuelve medios materiales e intelectuales interrelacionando personas, para conseguir un fin en un entorno cambiante que lo condiciona.

La profesión de enfermería no es ajena a ello y más desde que se definió, en el reglamento de organización de las instituciones de la Seguridad Social, la figura de la "Dirección de Enfermería", el cual atribuye la Dirección de los servicios de enfermería a las propias enfermeras.

La Dirección, como cualquier otra actividad, se puede sistematizar, o sea, puede separarse en sus componentes esenciales y establecer un método de actuación. Hoy disponemos de los conocimientos necesarios, tanto materiales como sociológicos recogidos a lo largo del tiempo por un gran número de personalidades, que permiten situar el Proceso Directivo en la categoría de Ciencia, en algunas fases Empírica y en muchas otras Aplicada.

I. CONTENIDO DE LA DIRECCIÓN.

Si cualquier persona se formula la pregunta: ¿Qué es la Dirección?. La respuesta no es tan uniforme como cabría esperar de una Ciencia totalmente estructurada. En función de la importancia que cada persona le dé a las diferentes materias que la componen recibiremos una respuesta sustancialmente diferente.

El producto de un directivo es el resultado conseguido por su grupo ya sea bajo su supervisión, ya bajo su influencia.

Muchas de las actividades, que realiza el directivo, están directamente relacionadas con las personas, y precisamente son las que más dificultad entrañan a la hora de pronosticar resultados.

Muchos son los autores que han investigado profundamente el campo de las Ciencias del Comportamiento Humano y muchos de ellos las han sistematizado con claridad, permitiendo facilitar su labor a quien se aproveche de ellas. Sin pretender ser exhaustivos: Maslow, Gough, Blake y Mouton, nos dan las reglas precisas de comportamiento y comunicación que, aunque no completas tienen la virtud de estar revalidadas por la práctica.

En el presente apartado exploraremos, estas sencillas reglas en las más importantes actividades directivas.

Una consecuencia importante del proceso directivo es: conseguir que se lleven a cabo las acciones adecuadas a través de los esfuerzos de otras personas.

En tanto que personas, cada uno tenemos diferentes maneras de comportarnos consecuencia de nuestras creencias, actitudes, y entorno donde convivimos, que de alguna manera definen unos estilos de comportamiento.

La ignorancia de cómo interaccionan estos estilos crean problemas y dificultades a veces insolubles, que afectan directamente en el resultado de la gestión y como consecuencia, atentan directamente en el logro de los objetivos, en el éxito personal y repercuten en la imagen profesional del individuo.

La enfermería ha sido víctima, a menudo, del desconocimiento de la interacción que hemos mencionado, debido a la poca preparación en Gestión de muchas "Directoras" guiadas frecuentemente más por la intuición que por el conocimiento.

II. ESTILOS DE DIRECCIÓN.

Vamos a analizar los estilos de dirección valiéndonos de las principales actitudes personales que la conforman.

Previamente haremos una breve recapitulación sobre Ciencias de la Conducta Humana, ya que ellas nos van a permitir el desarrollo del método en que se basa este trabajo.

El conocimiento de la interacción humana es fundamental para entender las relaciones entre personas. La mayor parte de las conductas humanas, transcurren en situaciones que incluyen dos o más personas, en comunicación recíproca. La Dirección supone una serie de situaciones en las que el

mando debe influir sobre los demás y a la vez es influido por ellos.

Las ciencias de la conducta humana nos enseñan que los individuos tienden a comportarse de forma positiva ante la posibilidad de aprender, desarrollarse y crecer. Hecho que permite a las personas mejorar su autoimagen profesional. Y que en la dinámica de la vida de relación pueden llevarlos a intentar formas más eficaces e innovadoras de conducta, cuando se vislumbran mejoras de resultados como consecuencia. Nuestra actual manera de dirigir es consecuencia de adaptaciones continuas al entorno en que nos ha tocado movernos; estas adaptaciones las llamamos experiencias.

El hombre es un ser social y su actividad esta relacionada con otras personas o grupos de personas. El trabajo en grupo es una característica casi constante del quehacer humano. Gran parte del trabajo en el mundo empresarial no está realizado por solitarios, sino por grupos; y de la capacidad de integración de estos grupos depende en gran manera la calidad de los resultados conseguidos. Y en última instancia, el carácter de una organización no es comprensible sin entender a las personas que la componen.

La conducta humana es dinámica. La conducta humana es un proceso dinámico ya que está formada por interacciones, por respuestas al entorno que rodea al individuo. Por este motivo, la conducta directiva debe entenderse en términos de proceso, de tendencia, de devenir constante. La conducta directiva es algo humano y como tal en continuo cambio.

Las empresas y las organizaciones humanas reposan en unas características universales sin las cuales serían totalmente inviables, aunque estas características aparecen con intensidad variable independientemente de sus objetivos específicos. Un resultado elevado en una organización válida, imprescindiblemente debe descansar en el buen manejo de estas características.

- a) Los objetivos.- En la empresa el objetivo de la organización se mide en términos de "Profit", sinónimo de producción de bienes o servicios.
- b) Las personas.- La necesidad de que intervengan personas para obtener los resultados condiciona la existencia de la organización.
- c) La autoridad.- Algunas personas gozan de mayor autoridad que otras; dicho de otro modo, tienen la responsabilidad de la dirección, el control y la planificación de las actividades de otras personas. Esta autoridad será ejercida en función del estilo personal de cada directivo.

Teniendo en cuenta los principios y características citados, a continuación sistematizaremos los estilos de ejercer la Dirección.

Los modelos que se describen a continuación son sólo modelos, es decir, no existen puros en el ámbito de la práctica, pero sí engloban las características fundamentales de diferentes maneras de actuar, fundamentadas en creencias personales.

Estos modelos no servirán para incluir, en uno u otro, a las diversas personas encuestadas bajo la categoría "Directivos" y extraer posteriores conclusiones en la explotación de datos en nuestra investigación.

III. LA LÓGICA DE LA CONDUCTA.

Los directivos no son autómatas que repiten automáticamente la misma conducta. Sin embargo, su conducta a nivel individual es, generalmente, consecuente a lo largo de un período de tiempo.

Por ello, si podemos identificar las características básicas de la personalidad de un directivo, podremos predecir con razonable fiabilidad, su conducta en las diferentes situaciones de dirección. Estos actúan, de un modo razonablemente previsible, bajo determinadas circunstancias.

Como el de cualquier hombre, el comportamiento de los Directivos sigue determinados patrones perceptibles; un objetivo del modelo es identificar y describir lo más elemental de estos patrones.

Por conducta básica entendemos: el conjunto completo de características fundamentales y actitudes que determinan la relación del hombre con sus semejantes, ya sean: superiores, iguales o subordinados.

Como veremos, estos rasgos están reflejados en la conducta básica de uno u otro tipo.

IV. LA PARRILLA DE LOS ESTILOS DE DIRECCION.

Los modelos que a continuación vamos a describir están basados en la interacción entre: el interés de los Directivos por la consecución de los objetivos, y el interés de estos mismos por las personas que componen la organización.

En función de la intensidad de cada uno de estos intereses, en cada caso particular, se desprende un estilo de ejercer la Dirección, que será semejante para todos aquellos que tengan la misma mezcla de intereses. A efectos de este estudio de los estilos de dirección nos vamos a limitar a cuatro estilos básicos, o sea las cuatro combinaciones extremas.

IV.1. ESTILO DE DIRECCION DICTATORIAL. MAXIMO INTERES POR LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS. MINIMA POR LAS PERSONAS.

Creencias básicas.

El directivo dictador está orientado hacia el PODER. La combinación de su fuerte impulso hacia el liderazgo y el control, con la falta egoísta de interés por los demás; definen un individuo orientado hacia el poder a cualquier precio y receloso del poder de los demás, a los que valora en términos de PODER. En su lucha personal por el poder, piensa: que hay que ser autocrático, duro, y si es necesario para conseguirlo deben incluso sacrificarse los escrúpulos. Vive con la obsesión de la ganancia personal, continuamente se cuestiona: "Qué gano yo con esto", "Qué puedo conseguir de esto". Está convencido que las consideraciones interpersonales son obstáculos que hay que evitar, y coherentemente

con ello, contempla a los demás como "medios" que puede y debe, usar y manipular para el logro de sus fines.

Piensa que las personas son de naturaleza perezosa y tratan de evitar esfuerzos en lo posible, por lo cual para conseguir que la gente haga el trabajo tiene que controlarla rígidamente. Como está convencido que las necesidades de las personas y las de la organización son intrínsecamente incompatibles, y desde su punto de vista, las de la organización tienen preferencia; las personas deben doblegarse a ellas por la fuerza si es necesario.

Actitud ante la dirección por objetivos.

Está totalmente de acuerdo; siempre y cuando se entienda el Objetivo como Cota, y fijada al mayor nivel posible. De esta forma en cuando surja el riesgo de no alcanzarla automáticamente se aplicará presión a través de las acciones correctoras previstas para evitar el desastre. Transformando el método en un magnífico medio para aumentar la producción. Al fijar las normas en cotas difíciles de alcanzar no hace mas que hacer uso de su PODER para forzar los resultados. Adjudicándose la posibilidad de imponer a sus subordinados una mayor carga de trabajo por el mismo coste.

Dentro de la filosofía de la dirección por objetivos interpreta el concepto de: "Hay que dar a conocer a los subordinados, claramente y sin reservas, los términos y parámetros por los que serán evaluados" como la prerrogativa del jefe, de evaluar a sus subordinados resaltando únicamente los puntos débiles. Aplicándolo en un contexto en donde estos no

pueden resistirse a sus exigencias, e imponiéndoles lo que deben hacer exactamente para corregirlos. Dejando la responsabilidad de conseguirlo o no al subordinado.

Actitud ante el personal.

Rara vez delega una verdadera responsabilidad, ya que esto conllevaría ceder alguna autoridad para tomar decisiones, y opina que los subordinados no tienen ni deben poseer tal autoridad; la toma de decisiones es su prerrogativa en exclusiva. Insiste en el cumplimiento rígido de la estructura formal de la organización; si algún subordinado prescinde de los canales establecidos, recibir un fuerte correctivo.

El trabajo en equipo es equiparado a una muleta, de la que se tienen que servir los Directivos débiles o de segunda fila. Se considera un Directivo autosuficiente que no necesita confiar "ingenuamente" en la gente.

De esta manera se manifiesta su particular visión de la organización, compuesta por un grupo de élite de Directivos y una masa de subordinados. La única finalidad de la estructura organizativa es conferir a los Directivos un marco de trabajo que permita mantener a los subordinados en su lugar.

Cuando el Directivo Dictador ejerce control es inflexible y autoritario, como un severo juez, más preocupado en sancionar que en rehabilitar, considera que la amenaza de un severo castigo es la forma más segura para mantener a la gente a raya.

Exige el riguroso cumplimiento de las normas y procedimientos, considerando las infracciones a la regla como un desafío a su autoridad. Al presupuestar es cicatero en los gastos de sus subordinados, vigilando cuidadosamente los informes de gastos, a la espera siempre de ser defraudado. Establece normas de rendimiento muy estrechas, insistiendo en que todo sea hecho "a su manera". No admite desviaciones a su técnica.

Contempla y ve el liderazgo como un ejercicio de poder, y se basa principalmente en el "poder que le ha sido otorgado por la dirección superior" para dirigir a sus subordinados. Una vea más, sus acciones están basadas entre aquellos que tienen el poder y aquellos que no lo tienen, los Directivos y los dirigidos.

Considera la toma de decisiones como un ejemplo de DOMINIO y consecuentemente con ello, impone "sus" decisiones a los subordinados; toma decisiones teniendo en cuenta sus implicaciones políticas, y sólo las considera buenas si le fortalecen. Su idea de la motivación es negativa; cree que la gente puede ser motivada por codazos, coerción y amenaza.

Practica la comunicación en un sentido unidireccional, diciendo a su gente aquello que quiere, pero escuchándoles muy poco. Desalienta la creatividad, que considera otra fuerza de ruptura; todo el clima del Dictador rechaza la libertad de pensamiento y la innovación.

Sus tácticas dominantes generan un trabajo diligente pero no entusiasmo desinteresado y devoción animosa, indispen-

sable para ciertas tareas. Crea poca satisfacción laboral para su gente y para sí mismo; se queja, envidiando a quienes son más poderosos; y atento, de un modo oportunista, a otros trabajos donde pueda conseguir más dinero y prestigio. Constantemente busca el poder, que es siempre relativo y condicional, nunca está satisfecho con su actual posición.

IV.2. ESTILO DE DIRECCION BUROCRATICO. MINIMO INTERES POR LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS. MINIMO POR LAS PERSONAS.

Creencias básicas

El Directivo Burócrata está orientado hacia la seguridad. Cree que la seguridad y la protección frente a las incertidumbres de la vida son más importantes que la confrontación y la aventura. Opina que la organización es un refugio, frente al mundo caprichoso, a las circunstancias y a la gente hostil. Rehuye el desafío y ama la tranquilidad. Quiere creer que el crecimiento es consecuencia de la estabilidad. Rechaza el estímulo al que ve como elemento desestabilizador, los proyectos importantes se realizan tras la reflexión y la tranquilidad. Considera a los demás, como amenazas a la plácida existencia que tan arduamente intenta mantener. En su forma más pura, desarrolla un esfuerzo considerable protegiéndose, con fosos y parapetos, de su entorno, del que espera ataques en cualquier momento.

Quiere garantizarse a toda costa la certeza y la predictibilidad en el mundo del trabajo. Piensa que la gente es egoísta, y que intenta obtener de los demás lo que puede

para sí misma sin demasiados escrúpulos en el modo de conseguirlo, y por tanto nadie es leal o de absoluta confianza.

El Burócrata piensa, que todos los subordinados son potencialmente peligrosos, y en cualquier momento pueden crear problemas que pongan en peligro su seguridad. Pero emprende pocas acciones para neutralizar estas amenazas. En su lugar, minimiza la comunicación con sus subordinados, dando por sentado que la interacción sólo puede llevarle a situaciones potencialmente negativas.

Actitud ante la dirección por objetivos.

Está convencido de que es un sistema como otro cualquiera, y que si la dirección decide utilizarlo sus razones tendrá, por lo tanto hay que aceptarlo. Personalmente prefiere la dirección por excepción, que no le obliga a discutir los objetivos con sus subordinados, ni a revisarlos con su jefe para definirlos o para controlar el nivel de cumplimiento. Tiene muy claro que es una pérdida de tiempo alentar a los subordinados a fijarse objetivos estimulantes, y que es un error intervenir en la implementación de las acciones indispensables para su realización.

En cuanto a nivel personal no le motiva en absoluto, ya que no tiene objetivos que fijarse personalmente, ni cree en los ratios comparativos de eficacia respecto a la producción o a la manera de utilizar el personal.

Aunque cree que es una pérdida de tiempo, cumplimentará al pie de la letra los cuestionarios de evaluación que la empresa tenga establecidos, pero no añadirá nada original ya

que podría suscitar preguntas embarazosas. Si le exigen que se entreviste con su subordinado, lo realizará en su despacho y consistirá en una explicación mecánica y la petición de que lo firme si está de acuerdo con lo cual dará por terminada la entrevista.

Actitud ante el personal.

El Burócrata no ve la organización como un medio dinámico de combinar hombres y trabajos para hacer las cosas, sino como un método de estabilizar las relaciones y retrasar el cambio. Ve la organización existente como una fuerza conservadora. Delega muy poca responsabilidad; la sola idea de dar participación a sus subordinados, le molesta. Puesto que no hay modo alguno de predecir lo que puede pasar cuando se le confía alguna responsabilidad a un subordinado, lo mejor es no compartir esta responsabilidad.

Cuando estructura es preciso y sistemático. Le gustan los esquemas organizativos, las descripciones de trabajos, las disposiciones jerárquicas; cualquier cosa que determine claramente posiciones y funciones.

No es partidario del trabajo en equipo; en él, el riesgo está implícito. Se siente mucho mejor cuando él y sus subordinados trabajan aisladamente.

No ejerce un control rígido sobre sus subordinados, ya que requiere una intensa comunicación con la gente que se quiere controlar; este Directivo prefiere evitar esta relación. Acostumbra a dejar a los subordinados a su aire, a menos que causen serios problemas. Normalmente, no concede importancia

a las infracciones y problemas menores, mientras que éstos no llamen la atención de la alta dirección.

Cree que es mucho mejor vivir en un cómodo olvido, que en la notoriedad. Es un riguroso cumplidor de las normas y los procedimientos. Unas líneas maestras bien definidas le hacen sentirse seguro.

Se atrinchera en las reglas y normas cuando evalúa a sus subordinados, en un último análisis, clasifica a la gente en dos grupos: los buenos trabajadores (cooperadores y dóciles) y los alborotadores (los que insisten en impulsar el cambio). Raramente corrige a su gente constructivamente.

Siente respeto por los controles directivos, pero los utiliza de una forma inepta y con poco entusiasmo. En general, encuentra que el control es desagradable, al igual que la mayoría de funciones directivas.

El Burócrata raramente dirige. No tiene poder real y teme utilizar su poder formal, salvo en ocasiones esporádicas. Le desagrada tomar decisiones, y es un maestro en aplazarlas, elevando la falta de resolución a un arte. Cuando se ve forzado a decidir, es prudente y elige el cambio menos arriesgado.

Es escéptico en cuanto a la motivación, porque cree que la gente no se puede cambiar ni mejorar, que convierte en un pretexto para la falta de acción. No practica ningún tipo de flujo de información en una u otra dirección. Principalmen-

te, se limita a transmitir la información que le viene de arriba, pero casi nunca sus propias ideas.

Obviamente, la creatividad y la innovación no florecen en el clima que crea a su alrededor el Directivo Burócrata. La creatividad implica cambio, y el cambio es inquietante para las personas orientadas a la seguridad. Genera pocos compromisos, porque raramente implica a su gente; no les da ninguna idea de cómo pueden estar relacionadas sus propias necesidades con las de la organización. Sólo obtiene resultados suficientes, puesto que no proporciona ningún estímulo que inste a sus hombres a trabajar por encima de la media.

La satisfacción en el trabajo es mínima. Le suelen gustar las ocupaciones duraderas; se atrinchera en ellas año tras año, pero raramente sobrepasando el nivel de suficiencia.

IV.3. ESTILO DE DIRECCION MISIONAL. MINIMO INTERES POR LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS. MAXIMO POR LAS PERSONAS.

Creencias básicas.

El Directivo Misionero es una persona que está orientada hacia lo social. Quisiera ser, literalmente, amigo de todos. Le disgustan las divisiones entre la gente. El poder no le atrae, porque corrompe las naturales relaciones amistosas entre la gente, tal y como él las ve. Cree que la gente en la organización debe comportarse como un grupo de buenos amigos.

Rechaza fuertemente la idea de la competencia y es incapaz de comprender a la gente que utiliza a los demás para escalar más altos puestos.

El Misionero rechaza de plano la hostilidad tanto en sí mismo como en los demás. Se emplea a fondo para protegerse de la frialdad, el resentimiento, la ira y la agresión. Trata de controlar sus propias tendencias de dominio, siendo constantemente agradable, simpático y convencional. Cree firmemente que la gente es honesta, y llena de buenas intenciones si uno es amable.

Como resultado, no suele experimentar las tensiones comunes a los otros directivos; casi nunca se siente preocupado o inquieto.

Por encima de todo, el Misionero quiere ser querido, saber que gusta y recibir mucho afecto como respuesta. El poder, en términos de liderazgo enérgico, no le atrae. La fuerza es intrínsecamente peligrosa, ya que la gente podría resentirse. El poder, en este sentido, conlleva la hostilidad a las relaciones sosegadas de la gente, siendo un obstáculo para las buenas relaciones humanas. Pero en otro sentido, le gusta la idea del poder, porque la gente poderosa puede otorgar beneficios a los demás. Por esta razón le agrada ser Directivo; incluso, le agrada la idea de ascender a un trabajo en el que pueda sentirse más bondadoso. No obstante, cualquiera que sea el control que tenga sobre los demás, debe ser a través de la amistad, y no por medio de la dominación.

El Directivo Misionero raramente busca el poder o el dinero por sí mismos, pero sí por su valor instrumental. Un hombre con poder y dinero puede, si quiere, utilizarlos para obtener la aprobación social, el afecto y el buen nombre.

Actitud ante la dirección por objetivos.

Este método de dirección despierta las simpatías del Directivo Misionero, pero a la hora de ponerla en práctica la enfrenta sin orden ni dirección, sobre todo en cuanto a objetivos se refiere. Encuentra que la principal ventaja de este enfoque, es que cada subordinado puede establecerse aquellos objetivos que en verdad puede alcanzar. Y lo que es más importante, el sistema permite que cada persona determine no sólo sus objetivos sino también la forma de alcanzarlos, guiando su propio esfuerzo en la medida que juzga que puede hacerlo.

La evaluación de los resultados, hace sentir a cada persona que los esfuerzos que hizo en el pasado le son apreciados, independientemente de que se hayan o no alcanzado los objetivos.

Al permitir tratar con toda simplicidad y detenidamente los problemas personales de cada subordinado les hace sentirse apreciados, y en consecuencia motivados.

La especial sensibilidad del Directivo Misionero, tiene la virtud de quitarle a la dirección por objetivos, todo aquello que tiene de positivo en cuanto a favorecer la consecución de mejor productividad, y la convierte en un medio de "humanizar" el trabajo.

Actitud ante el personal.

En general, el Directivo Misionero se siente seguro en la idea de que mientras la gente se lleve bien entre sí, todo se resolverá de la mejor manera. Armado con esta creencia, a duras penas planifica con minuciosidad y método.

Se concentra principalmente en los proyectos a corto plazo y hace pocos planes a largo plazo. Cuando tiene que fijar metas u objetivos, es marcadamente benigno, estableciéndolos de modo que cada uno puede alcanzarlos sin excesivo desgaste, de esta manera, no deja que su gente se ponga a sí misma a prueba.

Sabe que la organización requiere de una buena planificación, estimulantes objetivos y personal competente. Pero considera todo esto subordinado a una elevada moral, al espíritu de amistad y a la cálida cooperación.

El Misionero es un desastre organizando, desconfía de la rigidez, de la autoridad y de la responsabilidad. Ve la organización como una interposición artificial entre la gente, que es cooperativa por naturaleza.

Al delegar hace erráticas y espontáneas asignaciones, sin arreglo a un plan concreto. A menudo, delega trabajo a alguien que él cree que desea hacerlo, en lugar de dárselo a la persona que debería realizarlo por lógica. Deja claro que espera un buen cumplimiento de las tareas que asigna, debido al vínculo personal que existe entre él y sus subordinados.

Dedica poca atención a estructurar su departamento. El trabajo en equipo es un concepto que elogia, pero no consigue construir un verdadero equipo eficaz. Debido a su estilo errático y a su falta de habilidad para coordinar, dificulta que la gente se consolide formando una unidad de trabajo.

No practica firmes controles, ya que siente que el control limita las relaciones naturales y, por tanto, sólo debe ser utilizado en contadas ocasiones.

Considera la actitud y el proceder como una extensión de la dirección y, aunque no le gustan las normas incómodas, se ofende cuando un subordinado las ignora.

Cuando evalúa, casi nunca confronta a los subordinados con sus errores, sino que los ignora o disculpa. Raramente les corrige los errores, tolerando que se repitan antes que hablar con el subordinado de una forma abierta y clara. Hasta cierto punto le falta valor para ejercer un control firme.

Es poco severo, y demasiado indulgente. El único concepto de liderazgo que le gusta aplicarse a si mismo es el de paternal. Cuando tiene que tomar decisiones, se preocupa principalmente de su efecto sobre sus subordinados. Cree que las decisiones deben ser populares. No afirma que las decisiones populares sean necesariamente buenas, pero sí piensa que una decisión impopular es siempre mala.

Considera la motivación como el resultado natural de hacer a los subordinados felices. Deplora el conflicto y el alter-

cado. Trata de transigir. Se comunica sin decir groserías, y transmitiendo una versión "maquillada" de los hechos. Esto no es una distorsión deliberada. Tal como lo ve él, su trabajo es el de mantener una organización sana.

Es receptivo en lo que se refiere a creatividad e innovación. Escucha cada nueva idea con entusiasmo e ilusión, aunque rara vez la pone en práctica.

IV.4. ESTILO DE DIRECCION PROFESIONAL. MAXIMO INTERES POR LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS. MAXIMO POR LAS PERSONAS.

Creencias básicas.

El Directivo Profesional está orientado al crecimiento, y profundamente motivado por el desarrollo y la autorrealización. La persona que consigue realizarse lo hace transformando sus talentos y habilidades potenciales en reales. Convierte cualidades latentes en manifiestas. Por esta razón el Profesional está buscando siempre nuevas situaciones y desafíos, y persiguiendo incansablemente la creación y la innovación.

Tiene confianza en sí mismo, pero sin arrogancia, conoce tanto su fortaleza como sus limitaciones. Su seguridad en sí mismo no está construida sobre deseos o fantasías, sino sobre una perspicaz valoración de sí mismo. Es demasiado consciente de su necesidad de autodesarrollo y de sus defectos como para estar satisfecho. No se censura por lo que no es, pero tampoco no se alaba por lo que es. Tiene un gran sentido del poder, y éste sólo puede ser ejercido en cuestiones prácticas. La evaluación que se hace de sí mismo es

franca, basada en hechos y objetivos. Cree que hay que tener la suficiente flexibilidad que le permita ser capaz de hacer frente al cambio. Es más, fomenta el cambio y lo aprueba. Quiere utilizar sus talentos al máximo, para ir tan lejos y tan rápido como éstos le permitan. No espera el éxito en todos sus intentos, pero valora y disfruta del esfuerzo en sí; incluso cuando fracasa.

Actitud ante la dirección por objetivos.

Entiende que, la decisión de utilizar la dirección por objetivos con el fin de mejorar la eficacia de los individuos implicados en la realización de los mismos, deriva del conocimiento de que, los individuos implicados en su realización, si participan en su definición, son motivados y asumen por ellos mismos su propia dirección. Así, la realización de los objetivos es a la vez productiva y personalmente satisfactoria.

Es un convencido de que el establecimiento de objetivos en la empresa, tiene sentido cuando los responsables mantienen entre sí buenas relaciones y compromiso de contribuir al éxito de la organización. A pesar de que es un entusiasta de la Dirección por objetivos, entiende que su implantación debe ser cuidadosamente meditada en función del estilo histórico de la organización.

Actitud ante el personal.

Cuando planifica, el profesional intenta conseguir la máxima implicación y compromiso de sus subordinados. El

Profesional usa los conocimientos e ideas de su gente para fortalecer el proceso de planificación.

Para el desarrollo de los planes busca tanta información como pueda conseguir. Planifica tanto a corto como a largo plazo. Incorporando a la gente en el establecimiento de las metas, se asegura de que éstas reflejen sus necesidades, y así, conseguir las se convierta en una cuestión personal.

Delega responsabilidades reales, pues sabe que es la única manera de conseguir compromisos por parte de la gente.

En su modo de pensar, el organigrama organizativo no está hecho para establecer jerarquías, sino para estimular la participación.

Respeto el modelo organizativo, pero intenta cambiarlo si se revela ineficaz. Considera el trabajo en equipo como una cuestión de primordial importancia; no como un sueño idealista, sino como una forma práctica de maximizar los resultados.

No usa los controles como demostración de poder, sino como una herramienta para mejorar los resultados. Los controles no son importantes en sí mismos, sino como elementos de gestión. Respeto y acepta la necesidad de la existencia de normas y procedimientos claros, y los sigue y aplica fielmente, pero de una forma crítica. Juzga las normas por su valor práctico, y lucha por cambiarlas si las ve inadecuadas.

Al evaluar, es sincero y minucioso. Las actuaciones son comparadas con metas y modelos previamente establecidos, no con arbitrariedad. Ve el error como el efecto de una mala comprensión, una falta de preparación o como una simple equivocación humana; nunca como algo hecho a propósito. No entiende la corrección como castigo, sino como enseñanza. Más que censurar instruye.

El tipo de liderazgo que ejerce el Profesional no le separa de su gente, sino que facilita la colaboración con ellos. Sabe que, en último término, un buen líder necesita mucha ayuda de aquellas personas que de él dependen. Hace de la toma de decisiones un trabajo de grupo, excepto en aquellos casos en que las decisiones se toman mejor sólo. Sabe que estarán más comprometidos con las soluciones en cuya formulación hayan tomado parte.

Considera la motivación como una consecuencia natural de la participación, desde el momento que las personas toman como una cuestión personal las cosas en las que participan y están interesados, por lo tanto, que salgan bien. El conflicto se trata abiertamente, pero, a su vez, cuidadosamente.

Al comunicarse con su gente, mantiene conversaciones incisivas, en las que escucha atentamente y habla con franqueza. Quiere una revelación completa de los hechos. Valora la creatividad y la innovación, pues sabe que acostumbran a venir estimuladas por la interacción. Consigue un alto grado de compromiso por parte de su personal, fomentando la parti-

cipación en conseguir metas bien definidas. Gracias a este compromiso, consigue buenos resultados. Mientras su trabajo le permita desarrollarse encuentra en él una satisfacción real. En cuanto empiezan a perderse el desafío y el progreso, cambia de organización.

Una de las características más importantes del Directivo Profesional es su independencia de pensamiento y actuación.

Una vez sistematizados los estilos de ejercer la Dirección, hay que tener presente, que éstos en la práctica no existen de forma "pura", sino que interaccionan unos con otros dependiendo de muchos factores, que afectan al Directivo, y que van desde la Cultura de la Organización, implantación de estrategias, resolución de conflictos, toma de decisiones, etc, hasta la conducción de su grupo, la delegación, la motivación, etc.

V. CONSECUENCIAS SOBRE LA IMAGEN PROFESIONAL.

Ya hemos dicho antes que el producto del Directivo es el resultado conseguido por su grupo ya sea bajo su supervisión, ya bajo su influencia. Dependiendo de la actitud o estilo que tome el Directivo frente al grupo, obtendrá mejores o peores resultados.

El Directivo tiene que tener en cuenta, que el grupo, está formado por personas, y que como tales, tienen sus necesidades personales y sus necesidades profesionales (autoimagen profesional).

En cuanto a las necesidades profesionales el Directivo debe tener en cuenta, tanto para él como para su personal, los siguientes factores:

- a) **Identidad profesional.**- que consiste en la implicación en el trabajo y un deseo de movilidad ascendente, ésta incluye el poder, reconocimiento económico, etc. A mayor identificación con el trabajo mayor satisfacción y mayor motivación.
- b) **Reconocimiento social.**- factor motivador que puede ejercer una gran influencia en la autoimagen profesional, especialmente si tenemos en cuenta que lo que realmente motiva son los estímulos positivos, los refuerzos positivos. Si a una persona le dices que estas muy satisfecho de su trabajo, que ha obtenido logros importantes y que ha mejorado sustancialmente, seguro que se esforzará más para seguir pareciendo un buen profesional a los ojos del mando que le ha valorado su trabajo y esfuerzo (nos acercariamos al perfil del estilo profesional), si le recriminas únicamente acciones negativas y no valoras las positivas, entra en una dinámica de desmotivación al creer que no se valora en su justa medida, que no se le aprovecha, y que únicamente se reconoce de él sus errores, pero los aciertos se le dan por supuesto y obligatorio (nos acercariamos al perfil del estilo dictatorial).
- c) **Aceptación.**- es la capacidad que tiene el profesional de aceptarse como tal, de forma que incluyera su rol profesional dentro de los demás roles de su vida.

- d) Adaptación.- implica cambios de conducta, predisposición para aprender nuevas técnicas, nuevos sistemas de trabajo, etc.
- e) Cultura profesional.- asimilar por parte del profesional los valores, normas, motivaciones y ética profesional.

En resumen, todo buen Directivo (estilo profesional), lo primero que debe conocer es la escala de valores de las personas a su cargo y crear un ambiente de crecimiento individual y de grupo, de estabilidad, seguridad y confianza que sin duda afectará positivamente en la imagen personal y profesional de las personas que tiene a su cargo.

De lo contrario (estilo dictatorial o burocrático), se encontrará con profesionales desmotivados al ver acotadas sus posibilidades de crecimiento, autodeterminación y autoestima, creando un ambiente de inseguridad, poca confianza y poca comunicación lo que hace que se desvalore la autoimagen profesional las personas que tienen a su cargo.

También hay que "huir" del Directivo que sólo busca las buenas relaciones humanas (estilo misional), porque aunque consiga un ambiente de apoyo, en el que todos son felices, y una alta motivación para realizar el trabajo, éste no será de crecimiento y desarrollo personal y profesional y a la larga se traducirá, para el buen profesional, en sentimiento de agobio, estancamiento, de desidia y deseo de abandonar esa situación, afectando de forma negativa en la autoimagen profesional.

1.5- EL FUTURO DE NUESTRA IMAGEN PROFESIONAL.

¿Cómo nos perciben los jóvenes profesionales? ¿Cómo juzgarán nuestra participación en la situación actual de la enfermería? ¿Nos podrán acusar también de inmovilismo, de cicatería y falta de visión de futuro? Lo que suceda a enfermería de ahora en adelante, será enjuiciado por las generaciones venideras con mayor rigor, puesto que no sólo contarán los resultados obtenidos sino también los proyectos. Su implantación real en el colectivo, los medios y las estrategias adoptadas para conseguirlos.

Los estudiosos del futuro tendrán amplia documentación para informarse. Ya no se podrá hablar de desconocimiento, aunque sí de renuncias, de imposiciones de prevalencia más o menos justa de unos criterios sobre otros. Se podrá discutir la oportunidad de unas decisiones, la representatividad de unos grupos o la pasividad de otros, pero lo que no creo que se pueda negar es la existencia de oportunidades para que los profesionales de ahora puedan participar en la marcha de la enfermería. Por consiguiente, el juicio futuro no concierne sólo a unos cuantos, sino que toda la generación actual será juzgada por su realidad.

Nos preguntamos si muchos de nuestros profesionales no se mueven aún con la vista puesta en el pasado y consideran irrenunciables actividades tradicionales que no encajan en el proceso de atención de enfermería, o supeditan el porvenir a intereses marginales. Las tendencias divergentes son reales y necesarias para que una profesión pueda avanzar,

pero nuestro reciente pasado nos enseña como pueden convertirse en paralizantes si no se sabe renunciar a aquellas que no concuerda con un proyecto futuro.

I. LA DEFINICION DE ENFERMERIA.

Se han hecho muchos esfuerzos por definir la enfermería. Se ha puesto especial énfasis en la necesidad de identificar su "componente único". El que caracteriza su servicio y lo diferencia de todos los que ofrecen otras profesiones. Este "componente único" podría ser "CUIDAR". Sin embargo, las diferencias semánticas y de interpretación de ciertos conceptos no han permitido lograr una definición universalmente aceptada.

Si miramos retrospectivamente el desarrollo hacia una definición de enfermería, encontramos la dificultad mencionada de no alcanzar consenso respecto a ciertos términos: la palabra paciente no es aceptada porque conlleva el significado de "enfermedad". Por esta razón en las definiciones se discute si se debe emplear la palabra paciente, individuo, cliente o simplemente referirse a la persona que recibe el servicio. Dentro de este empeño de llegar a una definición de enfermería, se han enunciado varios conceptos:

- Es una arte y una ciencia.
- Comprende la atención total del individuo.
- Atiende a la persona incapacitada física, moral o psicológicamente.
- Atiende el ambiente físico, mental y espiritual del paciente.

- Da apoyo al paciente y a la familia.
- Enseña al paciente, familia y comunidad.
- Ayuda al paciente, le enseña y hace por él aquellas actividades de atención que él no puede darse por si mismo.
- Se preocupa por establecer la independencia y rehabilitación del paciente.

En otras tendencias más actuales se considera a la Enfermería como:

- Un servicio directo a la persona que se encuentra en estado de stress, al no poder satisfacer sus necesidades básicas.
- Un conjunto de acciones a fin de restablecer el estado de equilibrio en el paciente o ayudarlos a su adaptación.
- Un proceso organizado para atender las necesidades básicas de la persona.
- Una profesión que se fundamente en:
 - 1) La necesidad de ayuda de la persona.
 - 2) La capacidad de dar ayuda a través de una relación terapéutica.
- Evaluar que la ayuda suministrada sea efectiva para el paciente.

Tal vez la definición más conocida y con mayor vigencia sea la de Virginia Henderson, la cual hace referencia a la función única de enfermería: *"Asistir al individuo, sano o enfermo, para ejecutar aquellas actividades que contribuyen a recuperar su salud, a tener una muerte tranquila o cualquier otra función que él realizaría por si mismo si tuviera la voluntad, conocimiento y fuerzas"*.

II. RETO A LA ENFERMERIA PARA EL FUTURO.

Los podemos señalar en cinco los mayores desafíos a los que se encuentra la enfermería son:

- 1) Los planteados a las enfermeras como miembros de la sociedad.
- 2) Los planteados a las enfermeras como miembros de una profesión sanitaria.
- 3) Los planteados a las enfermeras como miembros de la enfermería considerada como una colectividad.
- 4) Los planteados a las enfermeras como individuos que piensan y sienten.
- 5) Los retos planteados por los pacientes.

Los desafíos planteados a las enfermeras como miembros de la sociedad.

La Enfermería se desarrolla en un contexto social y las enfermeras, en tanto que individuos, son miembros de la sociedad a la cual intentan proporcionar un servicio de cuidados profesionales. Esto nos parece un punto crucial que se tiende a olvidar. Como miembro de la sociedad, tenemos, al igual que toda persona que piensa, la responsabilidad de afrontar sus desafíos. Todos tenemos un potencial para el bien. Abunda la literatura sobre la sociedad occidental, denominada asimismo sociedad industrial desarrollada. No es necesario emprender una investigación bibliográfica exhaustiva para encontrar los siguientes adjetivos aplicados a la sociedad: competitiva, adquisitiva, bien educada, violenta, sin propósito, anémica, indulgente, enferma, promiscua, cosmopolita, tecnológica, autodestructiva. Se ve fácilmente que

esta lista incluye adjetivos deseables e indeseables; creemos que nuestra aportación consiste en maximizar los primeros y reducir los segundos.

Los desafíos planteados a las enfermeras como miembros de una profesión sanitaria.

La sociedad espera que asumamos, en tanto que miembros de una profesión sanitaria, un papel de líderes. La gente recurre a nosotros en busca de consejo. Sin embargo, algunas características de la sociedad plantean desafíos específicos a las profesiones sanitarias en una variedad de cuestiones no necesariamente relacionadas con la salud. La sociedad envejece paulatinamente y sufrirá, por tanto, una patología múltiple que, desgraciadamente, forma parte de dicho proceso. Habrá menos personas jóvenes que cuiden mayor número de ancianos. La sociedad es cada vez más cosmopolita y diferentes culturas conciben esperanzas distintas que deberíamos tener en cuenta. Las demandas y las necesidades sanitarias no son congruentes.

Algunas demandas carecen del soporte de la necesidad y algunas necesidades no se traducen jamás en demandas. Los adelantos de la medicina conducen a la supervivencia de los no-aptos, de los que sufren handicaps físicos y mentales: las presiones y complicaciones de la vida causaran probablemente un aumento de las enfermedades psíquicas -en particular de los estados de ansiedad- y de los procesos representantes de un tipo de mecanismo.

Para tratar estos y muchos otros problemas, es necesaria la especialización. No obstante, creemos que la hiperespecialización, tanto en medicina como en enfermería, puede desembocar en enfermedades inducidas por la ayuda sanitaria. Los individuos altamente especializados en un determinado campo de la medicina y la enfermería desearán "permanecer en el negocio". La morbilidad será menor, y por tanto tendrán interés en mantener el funcionamiento de la especialidad.

Tenemos que darnos cuenta de que, si la contribución de un equipo debe ser mayor que la suma de sus partes -y esto es precisamente la definición de equipo-, sería necesario, para nuestra propia identidad o para la identidad de cada miembro del equipo, ceder un poco en interés de del todo.

Los desafíos planteados a las enfermeras como miembros de la enfermería considerada como una colectividad.

Parte de dichos desafíos y conflictos son generados por la sociedad a quien pretendemos servir. Necesitaremos enfermeras que sepan distinguir entre necesidades y demandas y que actúen en consecuencia, partiendo de una base de conocimientos válidos y experiencia. Para que la función profesional sea equiparada al funcionamiento técnico, lo cual requiere menor reflexión que algunos de los cuidados que desgraciadamente se han calificado de básicos. De alguna forma, el proceso de socialización que hace enfermeras a partir de personas idealistas e inocentemente comprometidas parece transformar sus personalidades. Parte del potencial de reflexión parece ser suprimido y tendríamos que dar la

Para tratar estos y muchos otros problemas, es necesaria la especialización. No obstante, creemos que la hiperespecialización, tanto en medicina como en enfermería, puede desembo- car en enfermedades inducidas por la ayuda sanitaria. Los individuos altamente especializados en un determinado campo de la medicina y la enfermería desearán "permanecer en el negocio". La morbilidad será menor, y por tanto tendrán interés en mantener el funcionamiento de la especialidad.

Tenemos que darnos cuenta de que, si la contribución de un equipo debe ser mayor que la suma de sus partes -y esto es precisamente la definición de equipo-, sería necesario, para nuestra propia identidad o para la identidad de cada miembro del equipo, ceder un poco en interés de del todo.

Los desafíos planteados a las enfermeras como miembros de la enfermería considerada como una colectividad.

Parte de dichos desafíos y conflictos son generados por la sociedad a quien pretendemos servir. Necesitaremos enferme- ras que sepan distinguir entre necesidades y demandas y que actuen en consecuencia, partiendo de una base de conocimien- tos válidos y experiencia. Para que la función profesional sea equiparada al funcionamiento técnico, lo cual requiere menor reflexión que algunos de los cuidados que desgraciada- mente se han calificado de básicos. De alguna forma, el proceso de socialización que hace enfermeras a partir de personas idealistas e inocentemente comprometidas parece transformar sus personalidades. Parte del potencial de reflexión parece ser suprimido y tendríamos que dar la

bienvenida a todo programa educativo que favorezca el pensar en vez de inhibirlo.

Hay más problemas. Las enfermeras de hospital parecen tener un status superior al de las enfermeras a domicilio y existe una tendencia a prestigiar el papel curativo en detrimento del preventivo. La función técnica y hospitalaria parece ser más valorada que la función personalizada y comunitaria.

Desde la perspectiva de los 80. Las cosas han cambiado radicalmente. La drástica reducción de los ritmos de crecimiento de las sociedades industriales, comporta la necesidad de estrictos criterios a la hora de decidir dónde se emplean los recursos, a la vez que es cada día creciente la preocupación del ciudadano ante la posibilidad de infortunio en función de sus actuales condiciones de renta y de trabajo.

Por este motivo, la equidad ya no es una condición de partida sino que es una necesidad a subvenir urgida desde otro punto de vista por grupos sociales marginados cada vez más amplios.

La eficacia tampoco se libra hoy de la crítica, debido por un lado a que los fuertes progresos diagnósticos no han tenido su paralelo en la terapéutica, y por otro al constante crecimiento de las causas exógenas de enfermedad derivadas del "way of life" de la sociedad industrial (alcohol, tabaco, polución, coches stress, etc.) frente a las endógenas, cuya traducción final es un estancamiento en el crecimiento de la esperanza de vida. Como ya se ha mencionado se pone en cuestión cada vez con más fuerza el papel

hegemónico del Hospital y de la actividad curativa, en detrimento al de la educación, prevención rehabilitación y reinserción como vértices de la actividad sanitaria.

Los desafíos planteados a las enfermeras como individuos que piensan y sienten.

Una enfermera debería ser libre para tomar sus propias decisiones respecto de sus actividades. Podría saber cuándo, por qué y cómo tomar ciertas decisiones y ser capaz de defenderlas en provecho de la asistencia al paciente.

La profesión, en tanto que colectivo, debe defender la base científica de la enfermería extendiéndola y comunicándola. Las publicaciones profesionales proporcionan a la enfermería uno de los mecanismos de comunicación más efectivos. La profesión tiene el deber de investigar y aceptar una responsabilidad legal y ética respecto de sus principios profesionales y de la comunicación de estos.

La profesión, en tanto que colectivo, está compuesta por individuos que trabajan en distintas ramas de la enfermería; se aprecian desafíos específicos para los miembros de los diferentes grupos que componen la enfermería.

Para los profesores de enfermería los desafíos se plantean en la inculcación de la empatía como condición necesaria pero no suficiente para una enfermería de éxito, en la educación del respeto al individuo, en la educación del espíritu del investigador, en la educación de la conciencia política (con "p" minúscula), en la enseñanza del progreso

de la ciencia y de su utilización, en la enseñanza de la toma de decisiones así como de las habilidades manuales, es una educación para el cambio.

Para los administradores de la enfermería los desafíos residen en la responsabilidad de la creación de un entorno en el cual puedan desarrollarse los productos de programas educacionales efectivos y donde se pueda seguir una educación permanente. Los administradores del futuro necesitarán contraer un compromiso de investigación definido por su capacidad para estimular y utilizar la investigación. Tendrán que utilizar los resultados del tipo de investigación que pueda ayudarles a resolver la creciente complejidad de los problemas de dirección de personal, tales como la relación entre origen social y absentismo, los conflictos de personal femenino dividido entre las responsabilidades del trabajo y del hogar, los conflictos surgidos del desempeño de distintas funciones, la naturaleza y las consecuencias de la burocracia, la investigación aplicada a la organización, etc.

El desafío reside no sólo en el conocimiento de la investigación pertinente, sino en su utilización. Para las enfermeras involucradas en la asistencia directa a los pacientes, el reto radica en afrontar su responsabilidad individual, científica, legal y éticamente responsables de los cuidados que proporcionan a sus pacientes. Desde nuestro punto de vista, un profesional debe hacerse acreedor de su status continuamente; éste no se alcanza automáticamente con la licencia para ejercer y no es permanente.

El desafío que afrontan viene de tres direcciones por lo menos. En primer lugar de otras disciplinas, que observan la rápida proliferación de la investigación en enfermería con cierta suspicacia. Por ello, ésta tiene la responsabilidad de realizar un trabajo de alta calidad.

En segundo lugar, de la enfermería en general que, justamente exige a los investigadores que eviten una mística innecesaria y una jerga, y que clarifiquen una terminología científica legítima para ayudar a las enfermeras a comprender y a utilizar los resultados de la investigación.

Por último, el desafío viene de los colegas investigadores: radica en la necesidad de ser menos posesivo con la propia investigación y de aprender a trabajar en equipo para construir un cuerpo de saber coherente.

Los retos planteados por los pacientes.

Los pacientes son gente necesitada, con problemas reales o potenciales. Los pacientes tienen su propia personalidad individual, un amor propio real o potencial, una dignidad real o potencial, una independencia real o potencial. Si existe un potencial, debe estimularse para transformarlo en una realidad. Y si existe una realidad hay que mantenerla. Los pacientes confían y esperan. Su confianza es, desde nuestro punto de vista, el mayor de los desafíos, especialmente en la asistencia a aquellos pacientes que no se quejan o no pueden hacerlo.

La Investigación

2.- PROBLEMA.

El presente trabajo de investigación nace en el momento de analizar la situación que está viviendo la profesión de enfermería, y por la necesidad de encontrar pautas que nos ayuden a colaborar en el desarrollo de la misma desde nuestros puestos de gestión.

La reflexión profunda de las causas, endógenas y exógenas, más características de la profesión y sus profesionales a través de la historia como la constante comparación al status médico. Los lastres arrastrados en el tiempo, debido a una cultura autoritaria de la enseñanza de enfermería. De su servicio vocacional y religioso y de la falta de una base teórica sólida. Agravado por la necesidad de figurar como profesión, de completar el ciclo formativo con la licenciatura y de que la sociedad conozca la profesión a través de otra perspectiva que no sea el estereotipo de "ayudante del médico", nos ha llevado a una discusión rica y pluralista valorando sus implicaciones sociales, culturales, religiosas y políticas.

De esta manera vemos que, la escasa valoración del trabajo de enfermería y la devaluación de nuestra imagen social, es el resultado de que nuestra profesión está inmersa en una gran crisis. Donde los problemas principales son, por un lado, la ACTITUD de los profesionales y, por otro, ciertos FACTORES endógenos de la profesión.

Definir y analizar dichas causas es el PROBLEMA que nos hemos planteado investigar.

2.1- HIPOTESIS GENERALES.

"Las actitudes y factores endógenos de los profesionales de enfermería influyen en su imagen social."

- "La AUTOIMAGEN PROFESIONAL está directamente relacionada con el nivel de Satisfacción y Motivación en el ejercicio profesional."
- "Los niveles de SATISFACCION y MOTIVACION ante el ejercicio profesional dependen del estilo de gestión."
- "Los estilos de gestión dependen de la IMAGEN PROFESIONAL que tienen los directores de enfermería."
- "El nivel de COMUNICACION entre los profesionales de Hospital y/o Primaria está directamente relacionada con la imagen que tienen entre ambos."

2.2- PLANTEAMIENTO PRACTICO.

En el estudio planteado, y según las hipótesis generales referidas, las variables a estudiar son las siguientes:

- A) Variable Dependiente: La imagen social.
- B) Variable Independiente: Actitudes y Factores Endógenos de los profesionales de Enfermería.

- Considerando Factores Endógenos:

- lugar de trabajo
- turno de trabajo
- situación laboral
- tipo de contratación
- categoría profesional
- tiempo de ejercicio profesional
- tiempo del cargo de gestión
- titulación
- nivel de formación
- formación post-básica

C) Variables Intervinientes: Edad, sexo, estado civil.

2.3- METODOLOGIA.

Se ha utilizado, en la investigación, el Método Descriptivo a través de los siguientes instrumentos:

- A) Encuesta por escrito, con una serie de preguntas o ítems que tienen que contestarse, prácticamente en su totalidad, con una "X" en la respuesta que se ajusta más a la opinión del encuestado. En el diseño del cuestionario se ha tenido en cuenta el formato, buscando un orden lógico a las preguntas, y adecuandolas al lenguaje profesional. En la portada se han especificado las instrucciones para su cumplimentación, así como el anonimato y el agradecimiento por la colaboración prestada.

- B) Entrevista solicitada, con la suficiente antelación, a todas las Direcciones de Enfermería donde se ha realizado la investigación. El objetivo ha sido, por una parte, de orientación e información del estudio y, por otra, obtener información complementaria, que ha quedado reflejada en un formulario elaborado para dicho fin.

2.4- INSTRUMENTOS.

Para poder realizar nuestra investigación hemos diseñado tres clases de CUESTIONARIOS:

1- Dirigido a los profesionales que desempeñan cargos de Dirección y Adjuntía (Anexo II) en el que pueden apreciarse cuatro apartados:

- a) Datos personales y profesionales. Analizan la formación pre y post Universitaria, lugar de trabajo y experiencia en la gestión como datos más importantes. Estos ítems han estado discutidos y analizados por el grupo, corrigiéndose algunos defectos tras las tutorías.
- b) Aspectos organizativos y directivos. Los que se han considerado más importantes en la gestión de una dirección de enfermería y que nos pueden ayudar a definir el estilo de dirección.
- c) Datos para valorar la autoimagen profesional. Un número importante de estos ítems se han extraído de un cuestionario validado, de un estudio realizado en el año 1984 y publicado en la revista de enfermería ROL (nº. 68), que analiza la realidad profesional de la enfermería. (Anexo IX)
- d) Datos para valorar la intercomunicación entre Hospital y/o Primaria. A través de una serie de ítems que nos describan la existencia o no de registro, información, participación, etc., en actividades profe-

sionales y docentes, entre Hospitalización y Asistencia Primaria.

2- Cuestionario elaborado para el resto de Profesionales de Enfermería (Anexo III) donde pueden verse cinco apartados:

a) Datos personales y profesionales. Que analizan la formación pre y post Universitaria, tiempo de ejercicio profesional y condiciones de trabajo como datos más importantes.

b) Datos para valorar la motivación. Extraídos, parcialmente, de una encuesta validada sobre motivación, denominada "Cuestionario Font Roja" (Anexo X). Se ha realizado una modificación de los valores en la escala de medición adaptando los siguientes:

- Totalmente en desacuerdo.
- Bastante en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Bastante de acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

c) Datos para valorar el estilo de dirección. Extraídos del formulario de Clima Social: Trabajo del test "WES" (Anexo XI), adaptando la escala de medición siguiente:

- Nunca.
- A veces.
- Con frecuencia.
- Siempre.

d) Datos para valorar la autoimagen profesional. Iguales al cuestionario de dirección.

e) Datos para valorar la intercomunicación entre Hospital y/o Primaria. Iguales al cuestionario de dirección.

3- Formulario realizado para poder extraer los datos relacionados con el Centro y con las características principales de la División de Enfermería a estudiar (Anexos IV y V). Se han considerado como aspectos más importantes:

- La actualización de los registros de enfermería.
- La existencia y participación de enfermería en los comités de calidad.
- La programación de reuniones entre las direcciones de enfermería de Hospitalización y Asistencia Primaria.
- La participación de enfermería en actividades docentes organizadas por el hospital o sector de enfermería.

Se ha realizado una Entrevista a todas las direcciones de enfermería de Hospital y Primaria donde se han pasado los cuestionarios, puntualizando lo siguiente:

- 1- Que es un cuestionario totalmente anónimo.
- 2- Realizado fuera de la Institución.
- 3- Con fines de Investigación.
- 4- Las respuestas NO se evaluarán en correctas, adecuadas o inadecuadas. Sólo interesa la opinión del profesional.

Paralelamente también se ha rellenado el formulario anteriormente descrito, de forma libre y voluntaria, por parte

de las direcciones de enfermería, facilitándonos, en todo momento la información demandada.

Se han elaborado dos parrillas para recoger los datos de los cuestionarios, donde se clasifican 45 variables para cada caso relacionados con los profesionales de Dirección, y 66 variables para cada caso en el resto de los profesionales.

Se ha enviado una carta de agradecimiento a todas las direcciones de los centros encuestados, solicitando que extiendan nuestro agradecimiento a todo el personal (Anexo VI).

La validación del contenido de los instrumentos se ha realizado a través del método Interjueces.

A los cuestionarios se les han adjudicado x valores standard, con una apreciación individual que se traduce a través de una escala que va:

- Del 1 al 5 en las preguntas relacionadas con los aspectos de motivación - satisfacción y autoimagen de los profesionales de enfermería.
- Del 1 al 4 a las preguntas referidas al estilo de dirección.

El resto de preguntas basadas en la comunicación, dirección organización y datos personales no tienen valor cuantitativo, sino descriptivo.

2.5- POBLACION Y MUESTRA.

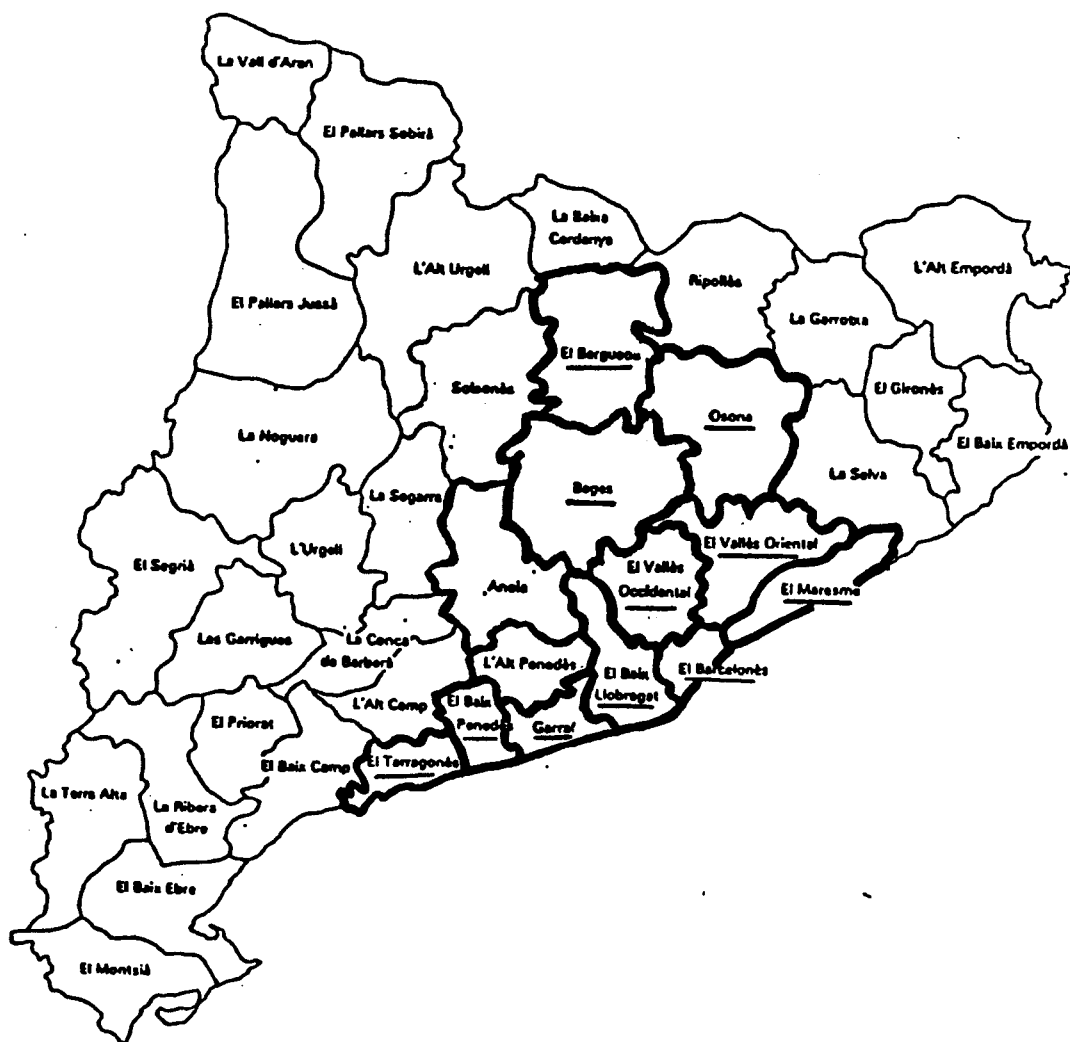
Después de realizar un exhaustivo análisis del entorno, y valorar la accesibilidad y representatividad de los profesionales de enfermería de las diferentes comarcas (representadas por los autores del trabajo), se ha podido obtener una muestra plural entre Hospitalización y Atención Primaria. Esta muestra abarca los diferentes niveles asistenciales distribuidos en los turnos de mañana, tarde y noche.

Hemos utilizado el Método de Muestreo Probabilístico Aleatorio Estratificado; obteniendo, en unos casos, el total de la población y, en otros, una proporción ajustada a la cantidad de profesionales y a su área de actuación según la fórmula de Población Finita siguiente:

$$N = \frac{Np}{\frac{1 + (Np - 1) \cdot (P - P_{pob})^2}{E^2 \cdot p \cdot q}}$$

El error estimado ha sido del 0,05 con un nivel de confianza del 95%.

La relación de las diferentes comarcas de Catalunya donde se ha realizado nuestro estudio de investigación se puede observar, delimitadas con un trazo más grueso, en el siguiente plano:

AMBITO GEOGRAFICO DE NUESTRO ESTUDIO.

El trabajo de campo en el cual desarrollamos nuestra investigación comprende una Población de:

- a) 103 Directivos de enfermería.
- b) 2555 Profesionales de enfermería.

entre Hospitalización y Atención Primaria. Con una media de edad de 37 años.

La población de los hospitales estudiados es de 70 directivos y 1.685 profesionales de enfermería que atienden un total de 3.789 camas relacionada en el siguiente cuadro:

HOSPITALES	CAMAS	PROF.	DIREC.
Hospital Sant Camil	360	90	2
H. St. Pau i Sta. Tecla	168	73	2
H. St. Antoni Abad	100	54	3
Hospital Vilafranca	100	60	3
Hospital Mataro	180	60	2
Hospital Terrassa	281	208	1
Hospital Mutua Terrassa	638	319	4
Centre Hosp. Manresa	246	143	3
H. General Manresa	247	137	4
H. Comarcal de Berga	120	50	1
Clínica Mental Sta. Coloma de Gramanet	550	30	2
H. Casa de Maternitat	130	47	2
Hospital General de Vic	219	134	3
Hospital del Mar (Barna)	450	240	1
T O T A L	3.789	1.645	33

La población de los sectores investigados es de 70 directivos y 910 profesionales de enfermería que atienden un total de 1.340.255 habitantes relacionados en los siguientes cuadros:

SECTORES	PROF.	DIREC.
Berga	32	3
Cerdanyola - Ripollet	119	8
Granollers	107	7
Manresa	127	9
Mollet	49	5
Rubí - Sant Cugat	44	5
Sabadell	148	14
Sant Pere de Ribes	9	1
Sitges	6	1
Terrassa	66	4
Vic	119	6
Vilafranca	48	4
Vilanova	36	3
T O T A L	910	70

COMARCAS	HABITANTES
Alt Penedes	998.156
Bages	150.357
Bergueda	41.476
Garraf	70.206
Osona	113.600
Vallès Occidental	631.193
Vallès Oriental	235.267
T O T A L	1.340.225

La Muestra Invitada para la investigación fue de:

- a) 1215 Profesionales de enfermería.
- b) 103 Cargos de dirección de enfermería.

la Muestra Lograda ha sido de:

- a) 356 Profesionales de enfermería.
- b) 28 Cargos de dirección de enfermería.

Hemos tenido, por lo tanto, una mortalidad experimental de:

- a) 869 Profesionales de enfermería.
- b) 75 Cargos de dirección de enfermería.

2.6- RECOGIDA DE INFORMACION. (Incidencias)

Al analizar los datos recogidos de las encuestas, se tuvieron que realizar una serie de modificaciones que describimos a continuación:

- 1- Anular el ítem nº. 3 del apartado que valora la autoimagen profesional en los cuestionarios de dirección y enfermería (variables 23/44):

"Un servicio más tecnificado aporta mayor reconocimiento",

dado que, la pregunta, llevaba al equívoco en su interpretación.

- 2- El ítem nº. 9 de ambos cuestionarios que recoge la información sobre la formación continuada. Existe un apartado del que no se puede recoger información porque no se lleva a cabo:

"Cursos de especialidades en el centro"

- 3- En el cuestionario de dirección se ha descartado la opción nº. 4 (cada 3 meses) de la pregunta:

"Te reúnes con tu equipo directivo",

por considerar que, administrativamente, es una opción inviable y porque, además, no ha existido ninguna respuesta.

En el primer ítem de ambos cuestionarios, que recoge la "edad" de los encuestados, nos hemos encontrado con algunos casos que no han contestado.

Se ha contrastado la variable 17 del cuestionario de dirección:

"Participa tu personal en la elaboración del Programa de Formación Continuada"

con la variable 34 del cuestionario de los profesionales:

"El personal puede utilizar su propia iniciativa para hacer su trabajo"

con el objetivo de obtener más información antes de evaluar el estilo de dirección.

Los ítems de los cuestionarios se han tabulado todos al recoger la información, interpretando las respuestas de forma positiva y adjudicando el valor más alto según la contestación en los apartados de motivación y autoimagen.

En los apartados que miden los estilos de dirección, se han valorado las respuestas de forma positiva, las que consideramos en nuestra investigación tienen una tendencia al estilo de dirección profesional.

En el apartado de comunicación, se ha valorado según la respuesta afirmativa o negativa de la pregunta.

La información recogida a través de las entrevistas, nos ha dado una visión global de la situación real de los hospitales y la Atención primaria. Nos servirá para corroborar algunas de las conclusiones generales y nos ayudará a diseñar nuevas líneas de gestión. (Anexo VIII)

La temporalización del Proyecto nos ha servido para comprobar en que fase nos encontrábamos y, a la vez, para ajustar-

nos a las fechas propuestas por la dirección del Curso (Anexo VII).

La recogida de las encuestas, en bastantes casos, ha sido muy "laboriosa", tal y como puede comprobarse por el índice de mortalidad experimental.

Varias direcciones de enfermería se han interesado por el resultado del estudio de investigación, hecho que nos ha sorprendido considerablemente.

Análisis de resultados

3.- ANALISIS DE RESULTADOS.

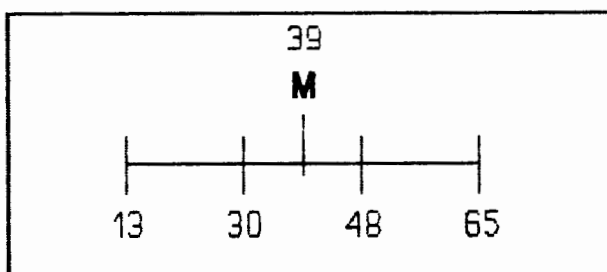
Para la introducción y explotación estadística de los datos recogidos, se han utilizado los siguientes programas informáticos:

- DBASE III+
- SPSS - PC+ (Estadística paramétrica y no paramétrica)
- Harvard Graphics (Representación gráfica)

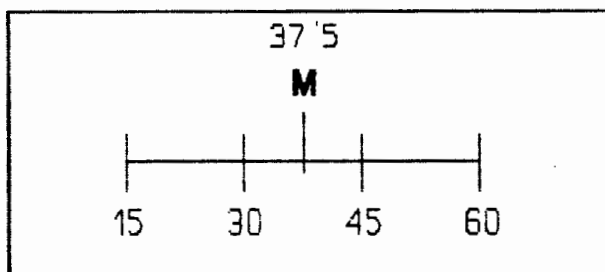
Los resultados de los datos clasificados en los cuestionarios se han realizado de la siguiente forma:

1º. Encuesta de los profesionales de enfermería, que miden las siguientes variables:

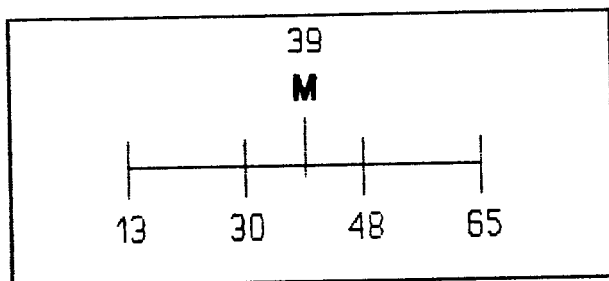
- Motivación: compuesta de 13 ítems que puntúan del 13 al 65, siendo su mediana 39.



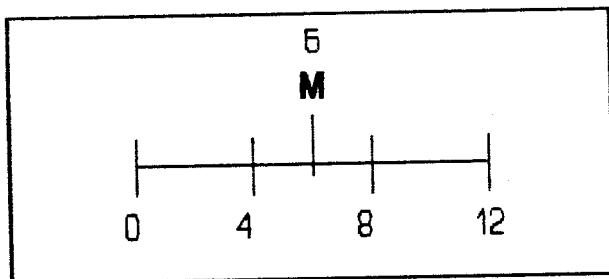
- Estilo de dirección: compuesta de 15 ítems que puntúan del 15 al 60, siendo su mediana 37'5.



- Autoimagen: Compuesta de 13 ítems que puntúan del 13 al 65, siendo su mediana 39.

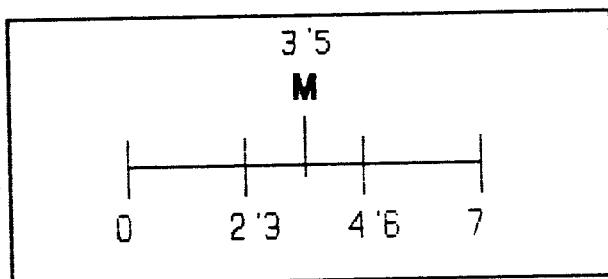


- Comunicación: Compuesta por 12 ítems que puntúan del 0 al 12, siendo su mediana 6.

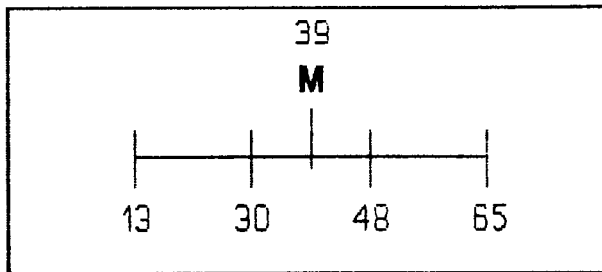


2º. Encuesta de los cargos de dirección que miden las diferentes variables:

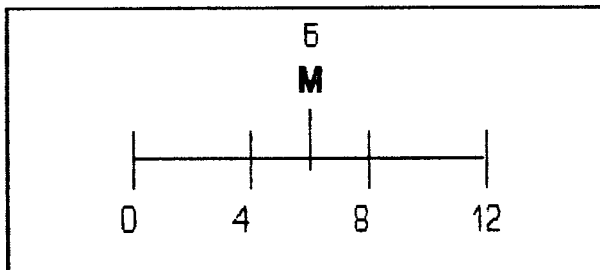
- Estilo de gestión: Compuesta por 7 ítems que puntúan del 0 al 7 siendo su mediana 3'5.



- Autoimagen: Compuesta de 13 ítems que puntúan del 13 al 65 siendo su mediana 39.



- Comunicación: Compuesta por 12 ítems que puntúan del 0 al 12, siendo su mediana 6.



Se han agrupado entre unos valores mínimos y unos máximos que miden el grado o nivel de cada variable, clasificadas en tres intervalos que hemos denominado Alto, Medio y Bajo.

La mediana del intervalo se utiliza como punto de referencia para el análisis estadístico.

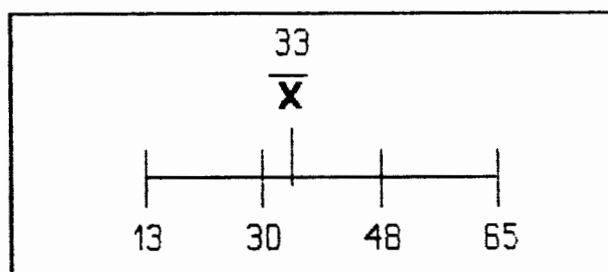
3.1- ANALISIS DESCRIPTIVO.

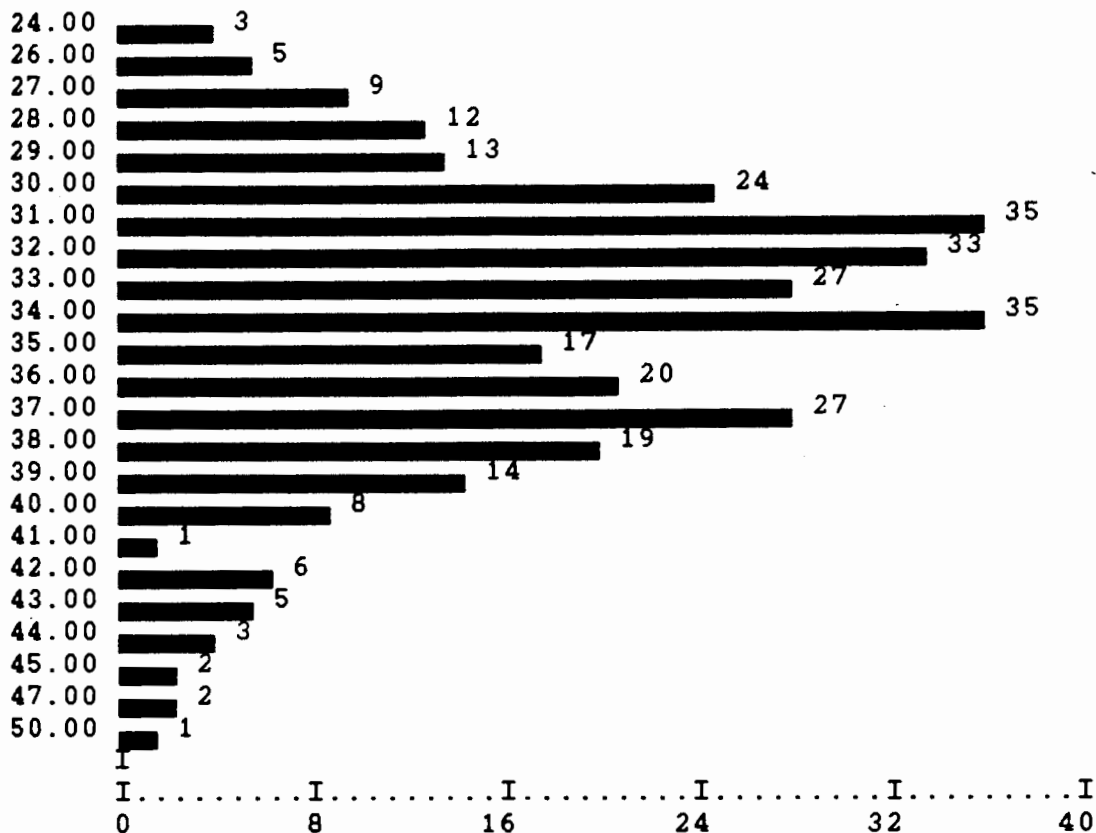
El resultado de los valores acumulados de las diferentes variables son los siguientes:

I. PROFESIONALES DE ENFERMERIA.

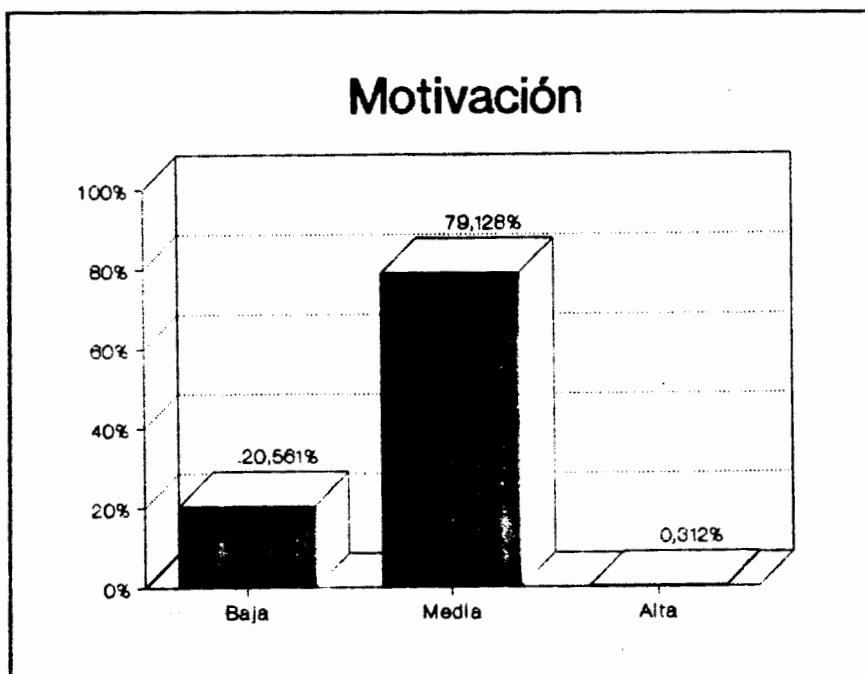
I.1. MOTIVACION.

El 20'56% de los profesionales de enfermería encuestados están en el intervalo definido en nuestro estudio como nivel de Baja Motivación. El 0'31% se encuentran en el nivel de Alta Motivación. El grupo más numeroso, con el 79'13% de las enfermeras/os, se hallan ubicados en el nivel de motivación definido como Medio. Siendo la mediana de 39 y la media resultante de 33.



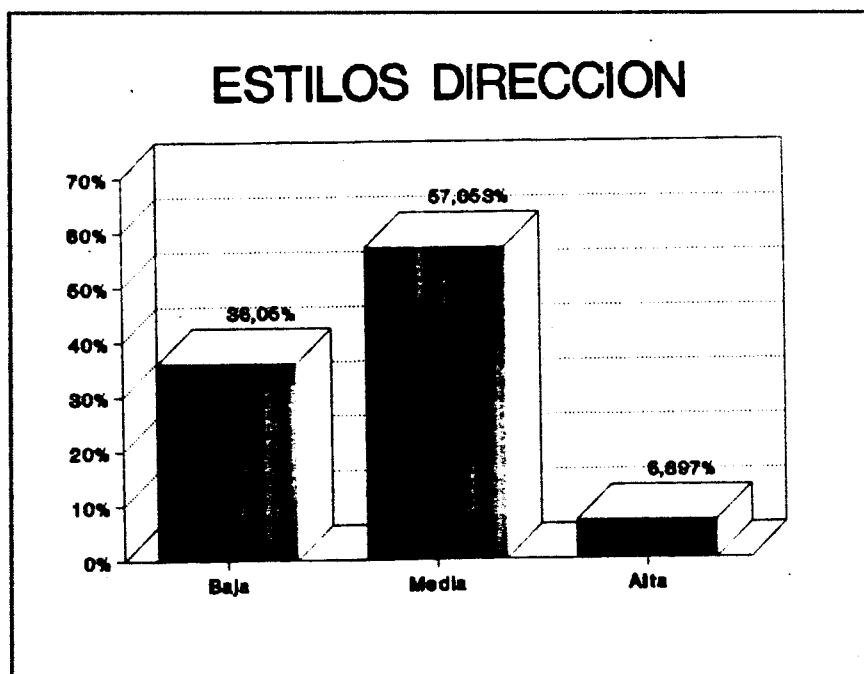
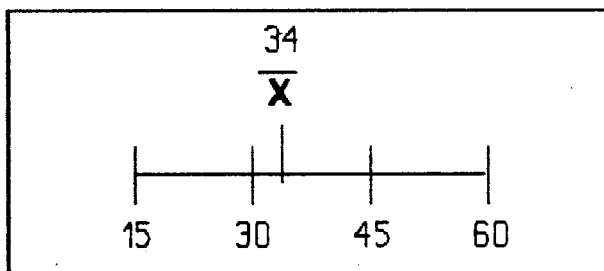


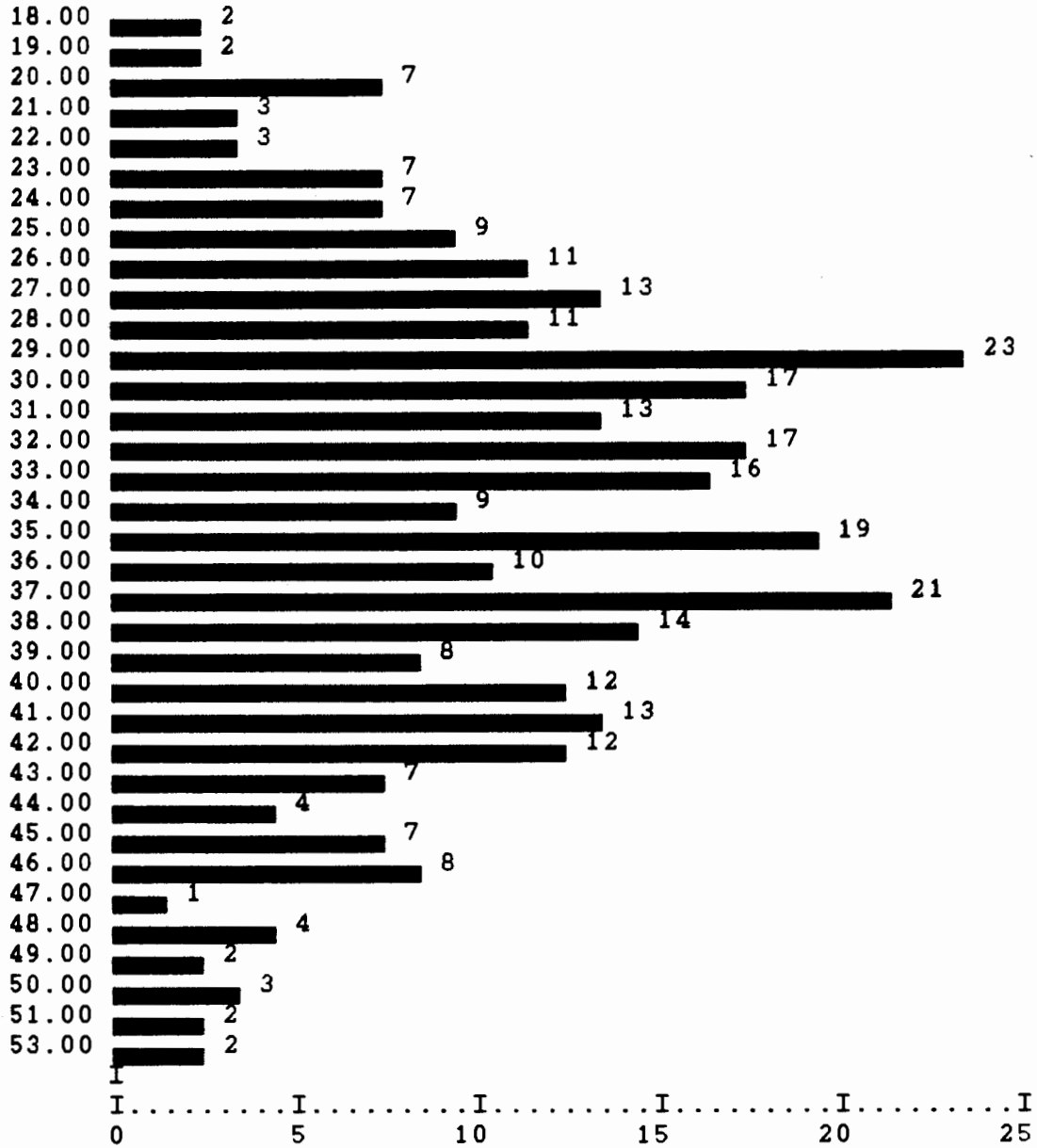
Mean	33.882	Std Err	.240	Median	33.000
Mode	31.000	Std Dev	4.304	Variance	18.523
Kurtosis	.492	S E Kurt	.271	Skewness	.524
S E Skew	.136	Range	26.000	Minimum	24.000
Maximum	50.000	Sum	10876.000		
Valid Cases	321	Missing Cases	35		



I.2. ESTILOS DE DIRECCION.

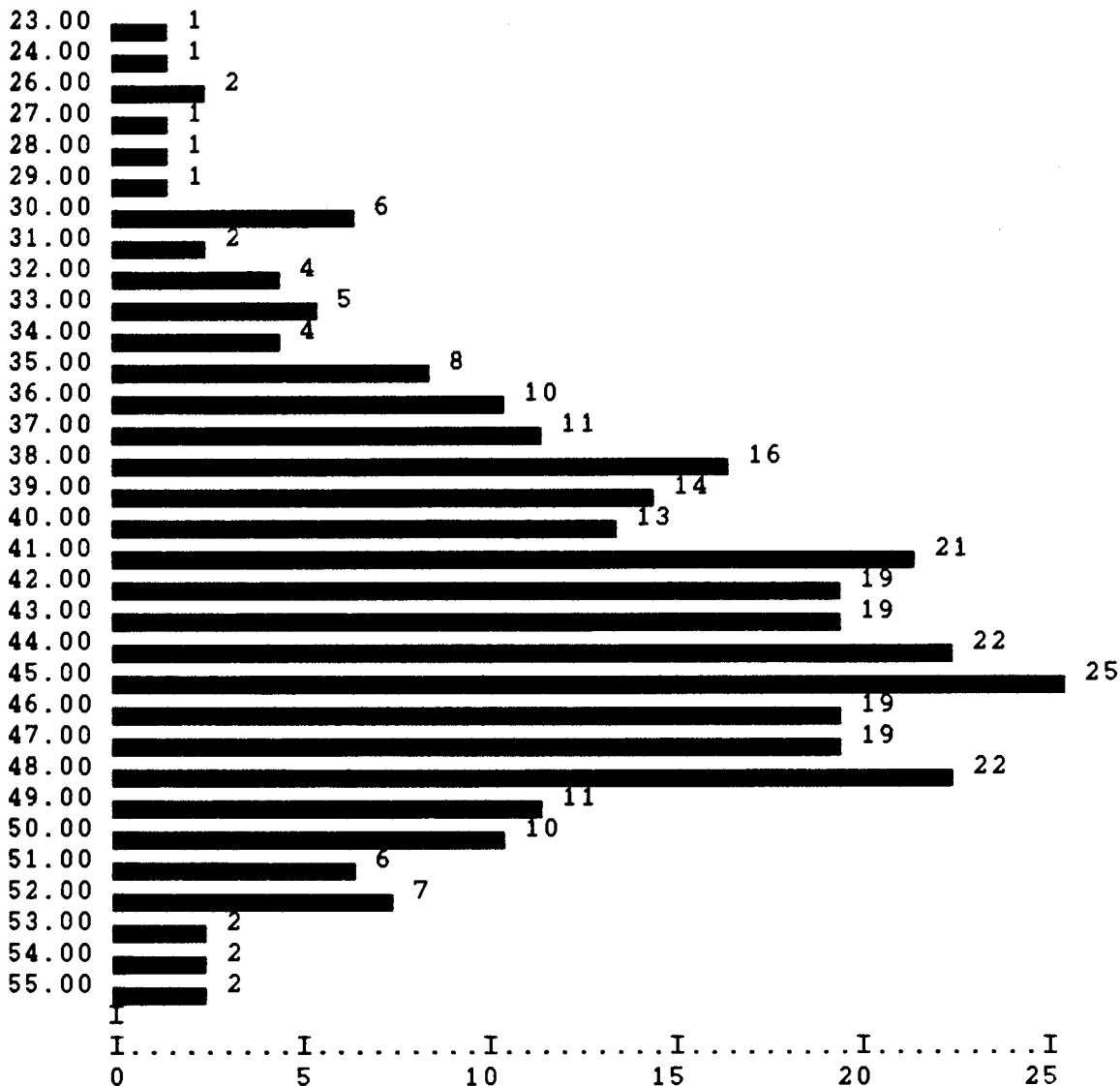
El 36'05% de los profesionales de enfermería encuestados perciben la forma de actuar de los mandos, definida en nuestro estudio con tendencia a profesional, en el nivel considerado Bajo. El 6'69% se hallan en el Alto, mientras que, el 57'06%, se sitúan en el nivel Medio. La mediana es de 37 y la media resultante de 34.





Mean	33.912	Std Err	.413	Median	33.000
Mode	29.000	Std Dev	7.371	Variance	54.332
Kurtosis	-.459	S E Kurt	.272	Skewness	.178
S E Skew	.137	Range	35.000	Minimum	18.000
Maximum	53.000	Sum	10818.000		

Valid Case 319 Missing Case 37

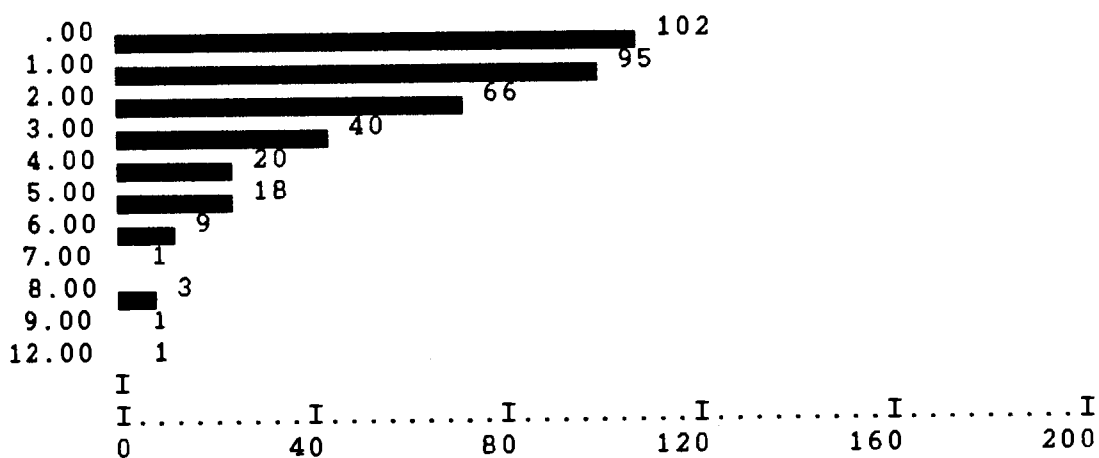
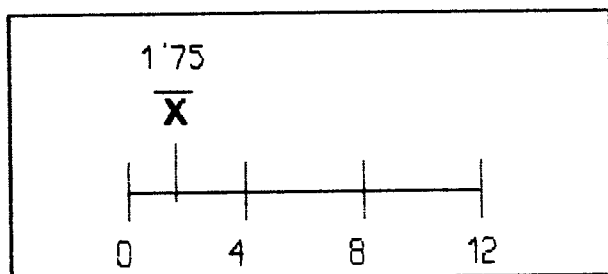


Mean	42.484	Std Err	.335	Median	43.000
Mode	45.000	Std Dev	5.868	Variance	34.428
Kurtosis	.290	S E Kurt	.278	Skewness	-.572
S E Skew	.139	Range	32.000	Minimum	23.000
Maximum	55.000	Sum	13000.000		

Valid Cases 306 Missing Cases 50

I.4. COMUNICACION.

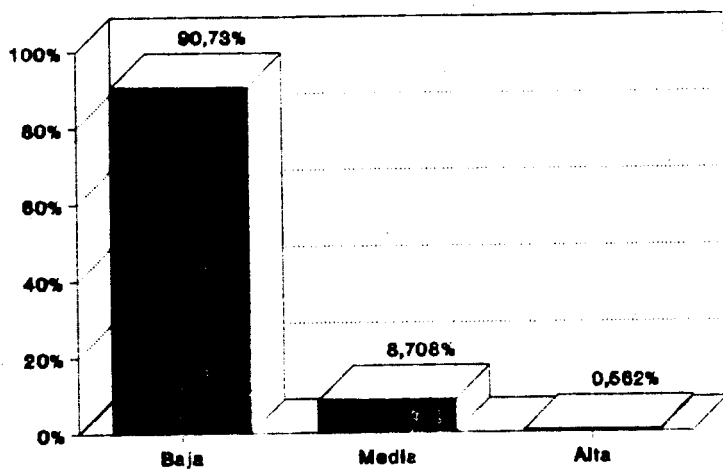
El 0'57% de los profesionales de enfermería encuestados están situados en el nivel de motivación considerado por nuestro estudio como Alto. El 8'70% se hallan en el nivel Medio y el 90'73% en el Bajo. La mediana es de 6 y la media resultante 1'75.



Mean	1.750	Std Err	.097	Median	1.000
Mode	.000	Std Dev	1.830	Variance	3.349
Kurtosis	3.536	S E Kurt	.258	Skewness	1.555
S E Skew	.129	Range	12.000	Minimum	.000
Maximum	12.000	Sum	623.000		

Valid Cases 356 Missing Cases 0

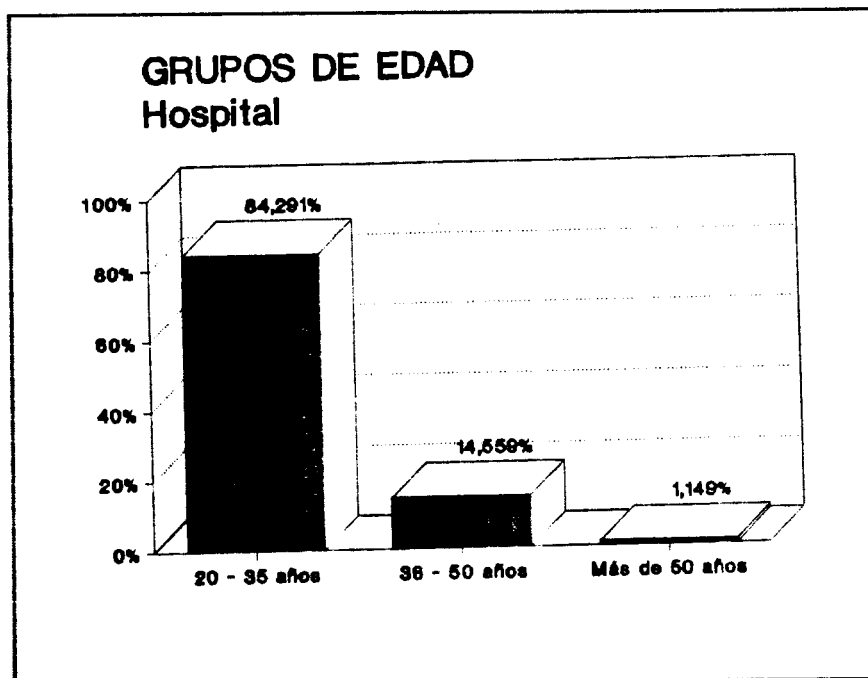
COMUNICACION



I.5. EDAD.

A. Hospital.

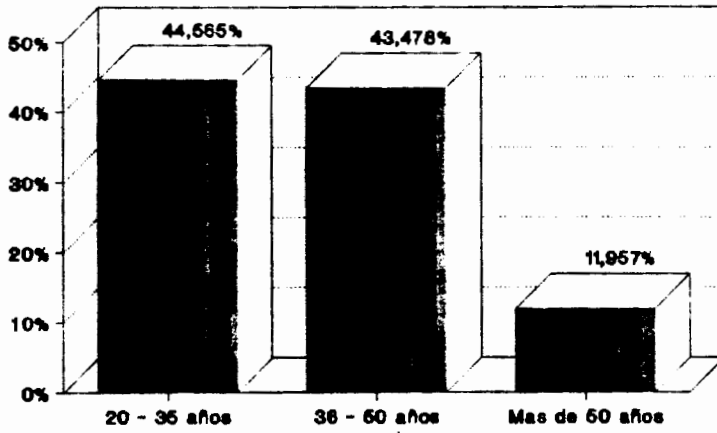
El 84'29% de los encuestados, profesionales de enfermería que prestan servicio en un hospital, tienen una edad comprendida entre los 20 y 35 años. El 14'56% entre los 36 y 50 y el 1'15% tienen una edad superior a los 50.



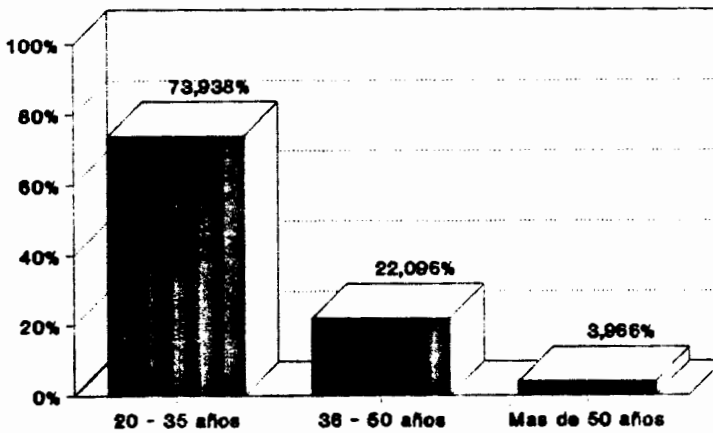
B. Primaria.

El 43'48% de los profesionales de enfermería que trabajan en Primaria, tiene una edad comprendida entre los 36 y 50 años. El 44'56% se hallan entre los 20 y 35, y el 11'96% tienen una edad superior a los 50 años.

GRUPOS DE EDAD Primaria



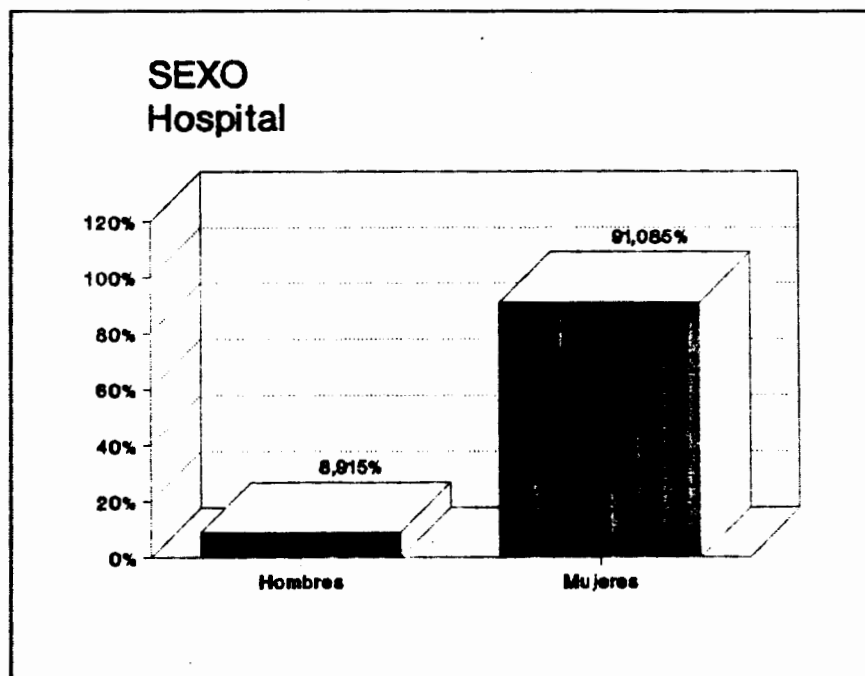
GRUPOS DE EDAD Total



I.6. SEXO.

A. Hospital.

El 91'08% de los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en un hospital, son mujeres. El 8'92% son hombres.



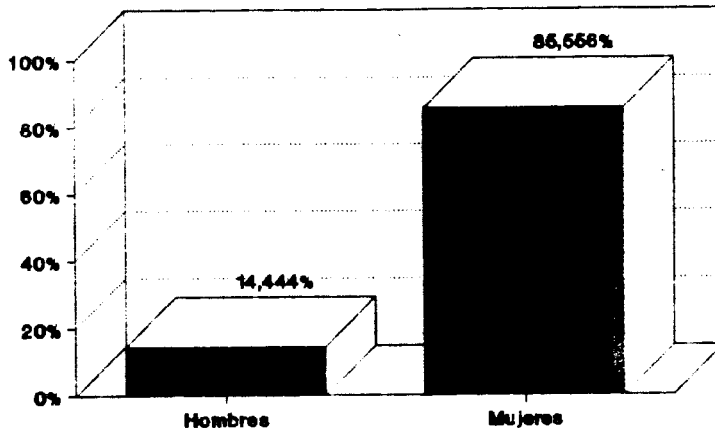
B. Primaria.

El 85'66% de los profesionales de enfermería encuestados, que prestan sus servicios en Primaria, son mujeres. El 14'44% restante son hombres.

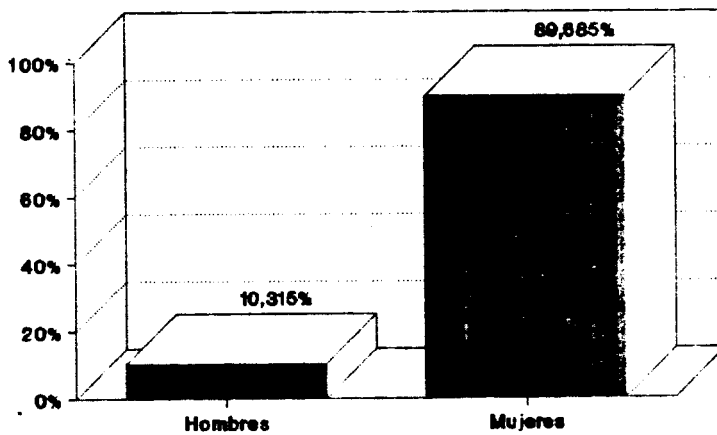
C. Total.

El 89'69% de los profesionales de enfermería encuestados de hospitalización y Primaria, son mujeres. El 10'31% restante son hombres.

SEXO Primaria



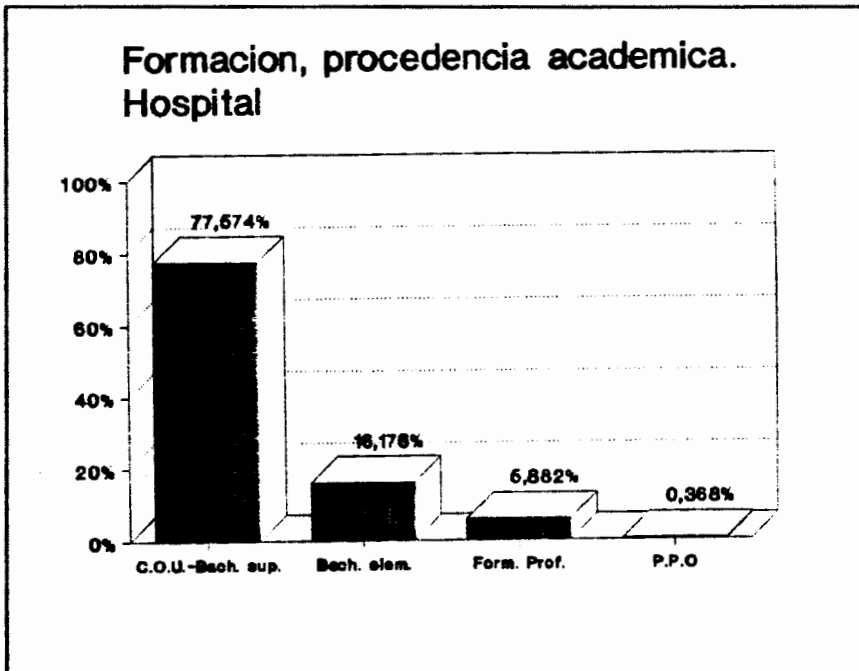
SEXO Total



I.7. FORMACION, PROCEDENCIA ACADEMICA.

A. Hospital.

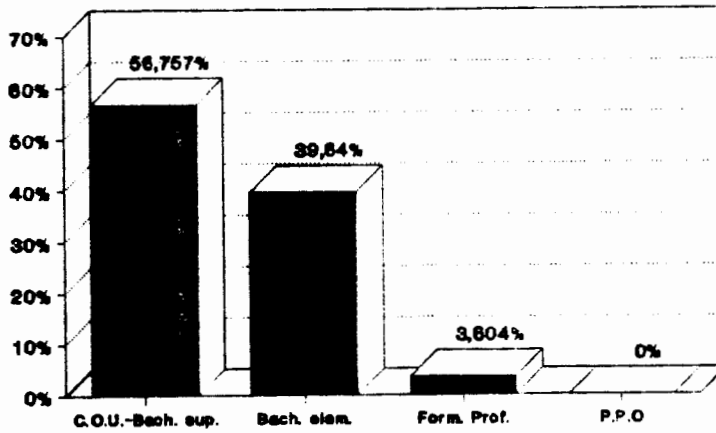
El 77'57% de los profesionales de enfermería encuestados tienen el C.O.U./Bach. Superior como formación preuniversitaria. El 16'18% tienen el Bach. Elemental. El 5'98% provienen de la Formación Profesional y el resto, un 0'37% vienen del P.P.O.



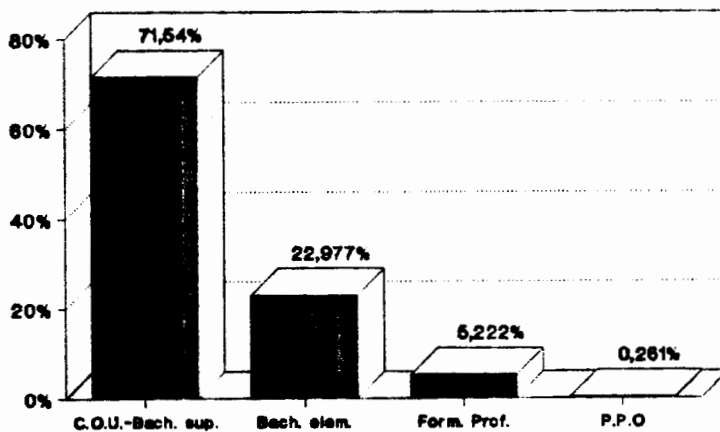
B. Primaria.

El 56'76% de los profesionales de enfermería encuestados tienen el C.O.U./Bach. Superior como formación preuniversitaria. El 39'64% tienen el Bach. Elemental. El 3'60% provienen de la Formación Profesional.

Formación, procedencia académica. Primaria



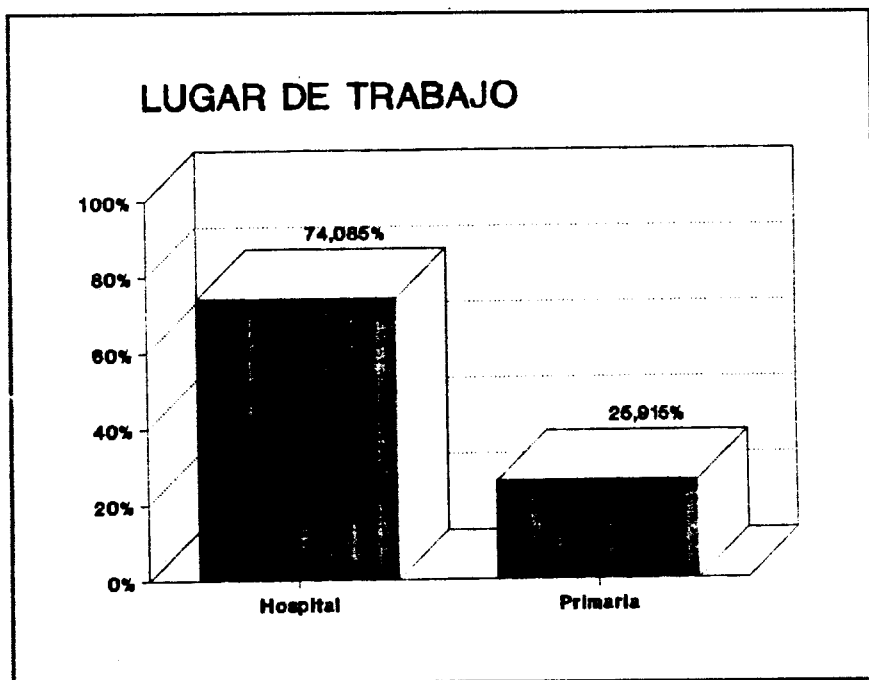
Formación, procedencia académica. Total

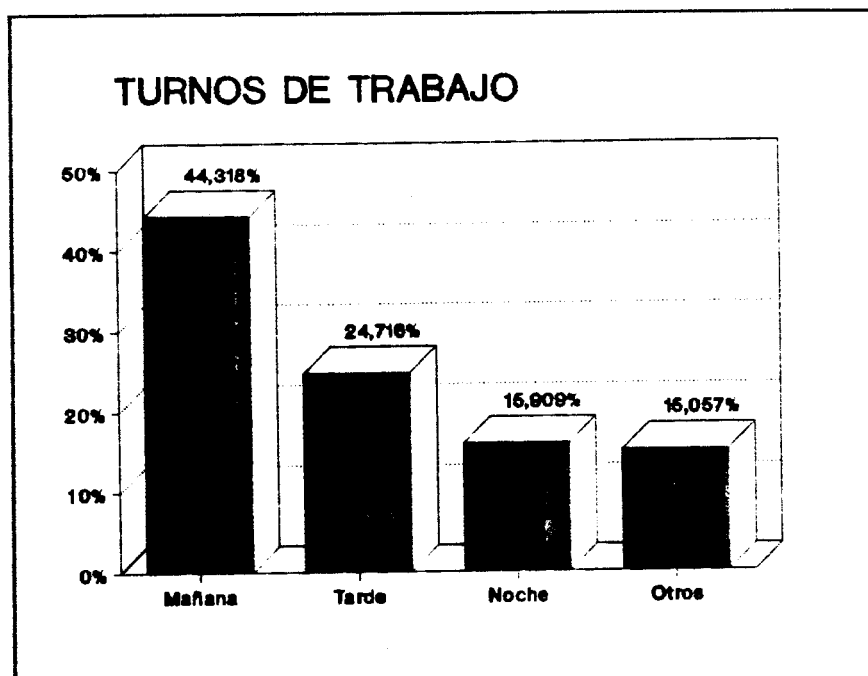


I.8. LUGAR DE TRABAJO Y TURNOS DE TRABAJO.

El 74'08% de las enfermeras/os trabajan en hospital y el 25'92% en Primaria. Del total de encuestados se desprende lo siguiente:

- 44'32% trabajan en el turno de mañana.
- 24'72% trabajan en el turno de tarde.
- 15'90% trabajan en el turno de noche.
- 15'06% trabajan en otros turnos.

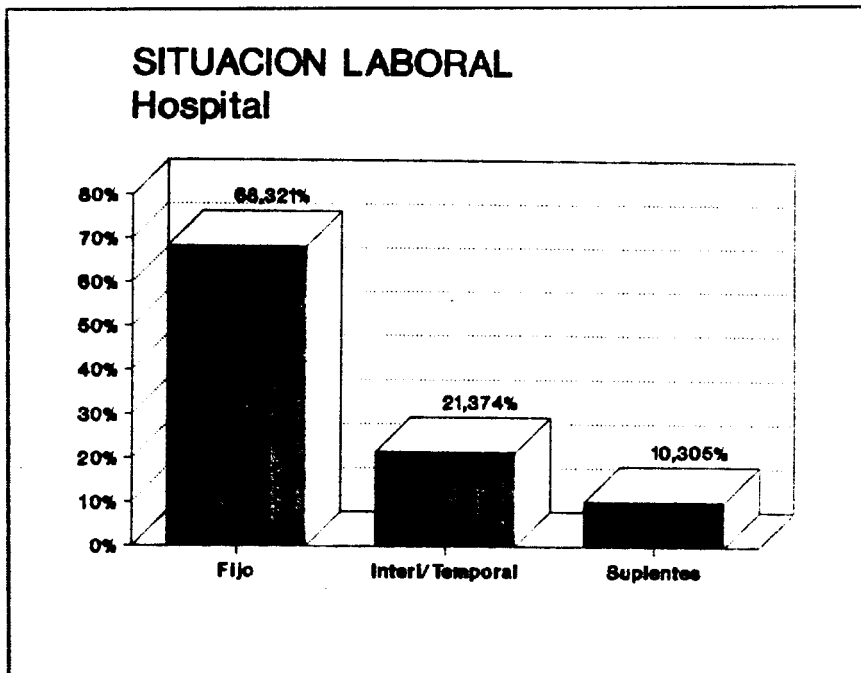




I.9. SITUACION LABORAL.

A. Hospital.

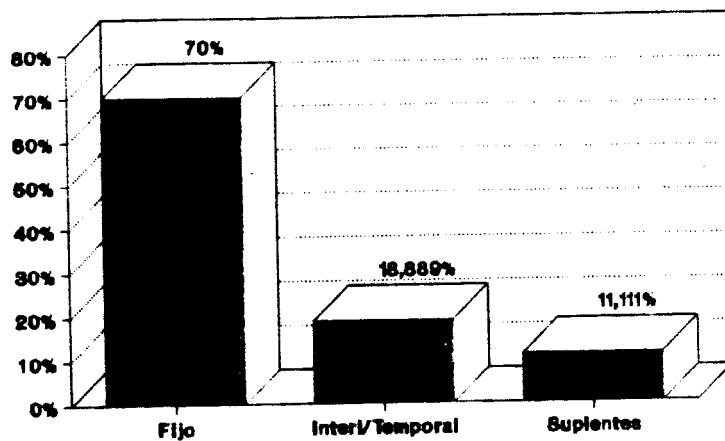
El 68'32% de los profesionales encuestados tiene una situación laboral fija. El 21'38% es interino o temporal y el 10'30% se encuentra realizando suplencias.



B. Primaria.

El 70% de los encuestados están en situación laboral fija. El 18'89% son interinos/temporales y el 11'11% realizan suplencias.

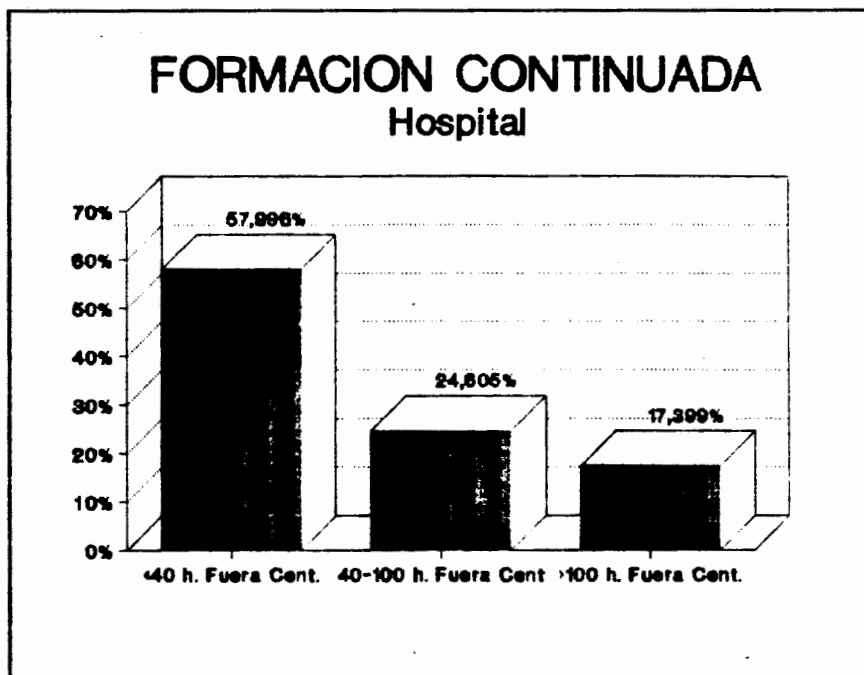
SITUACION LABORAL Primaria



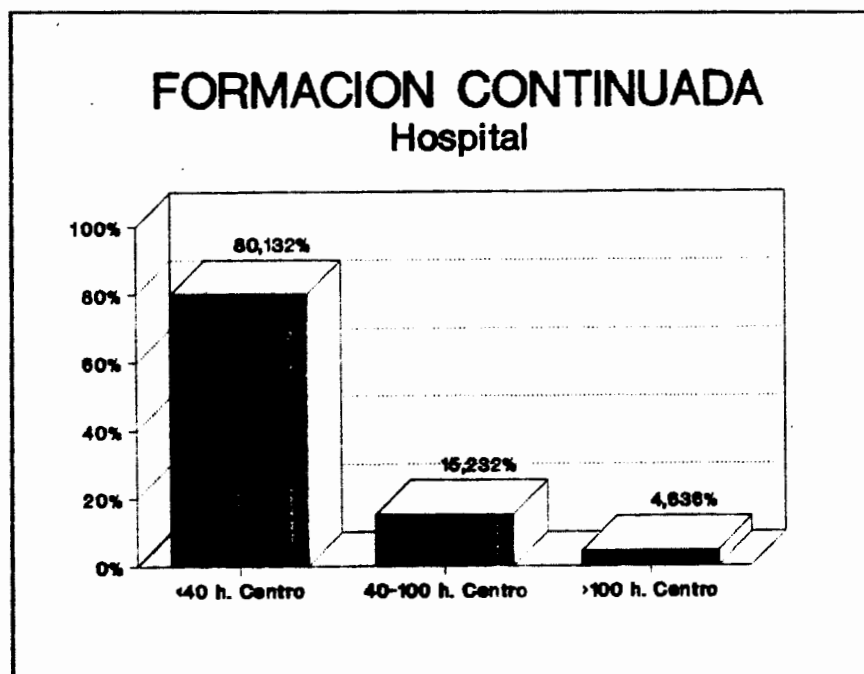
I.10. FORMACION CONTINUADA.

A. Hospital.

1. Fuera del centro. El 57'99% son cursos de menos de 40 h. El 24'60% entre 40 y 100 h. y el 17'39% de mas de 100 h. y especialidades.

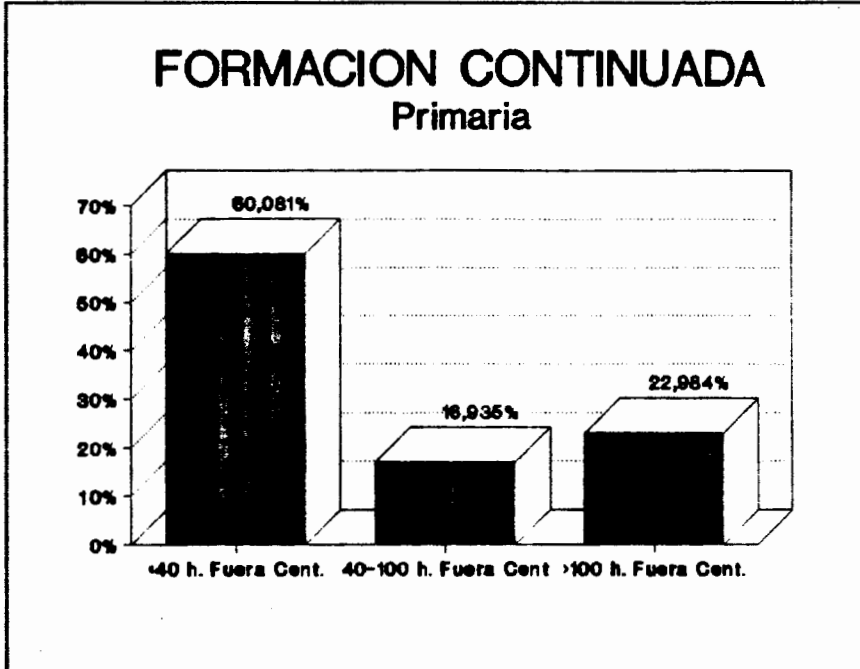


2. En el centro. El 80'13% son cursos de menos de 40 h. El 15'23% entre 40 y 100 h., y el 4'63% de mas de 100 h.

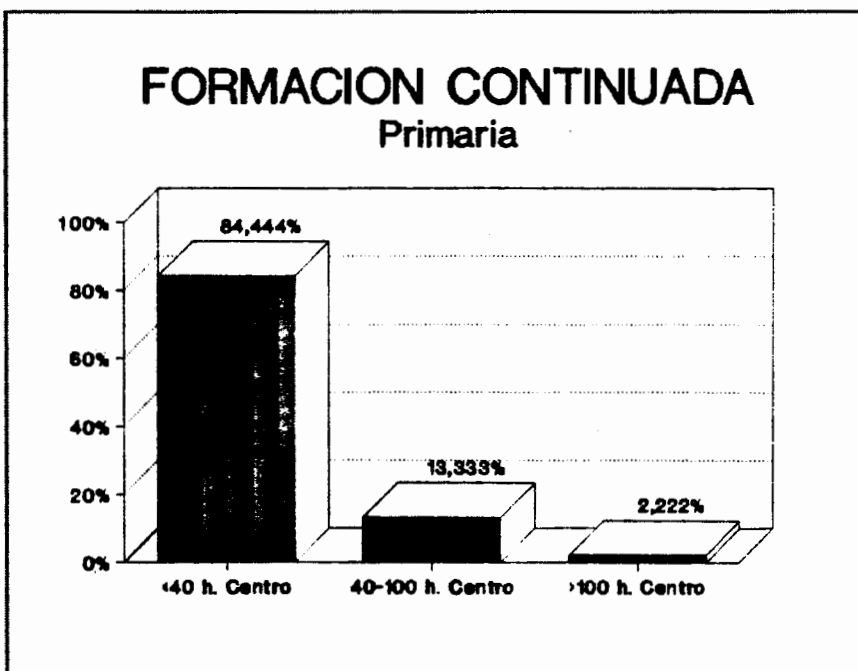


B. Primaria.

1. Fuera del centro. El 60'08% son cursos de menos de 40 h. El 16'93% entre 40 y 100 h., y el 22'80% son cursos de mas de 100 h. y especialidades.



2. En el centro. El 84'44% son cursos de menos de 40 h. El 13'33% entre 40 y 100 h., y el 2'22% de mas de 100 h.

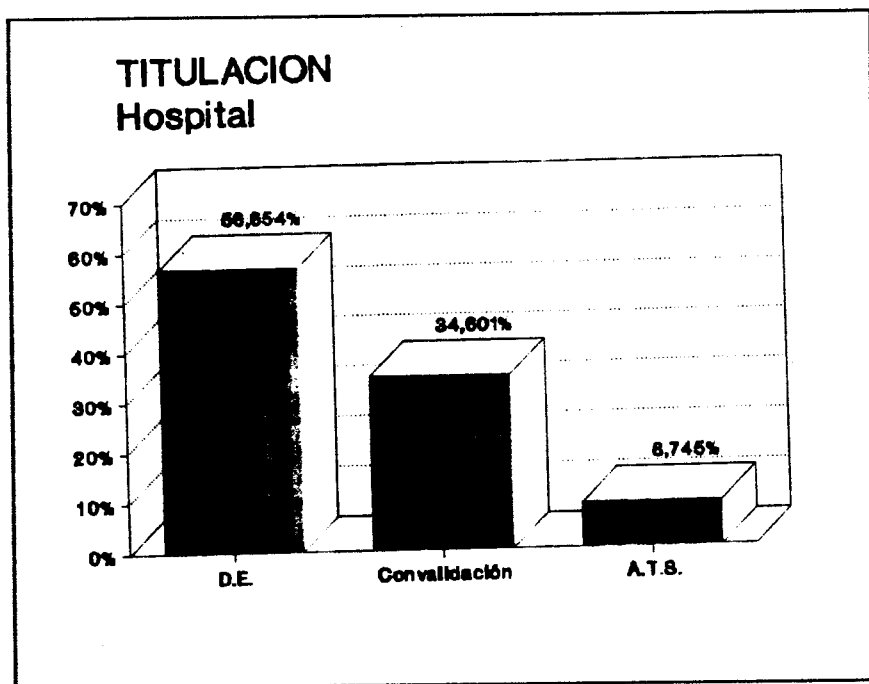


C. Analizando los cursos realizados por las enfermeras/os de hospital y primaria, la media de cursos por persona es de 1'60.

I.11. TITULACION ENFERMERIA.

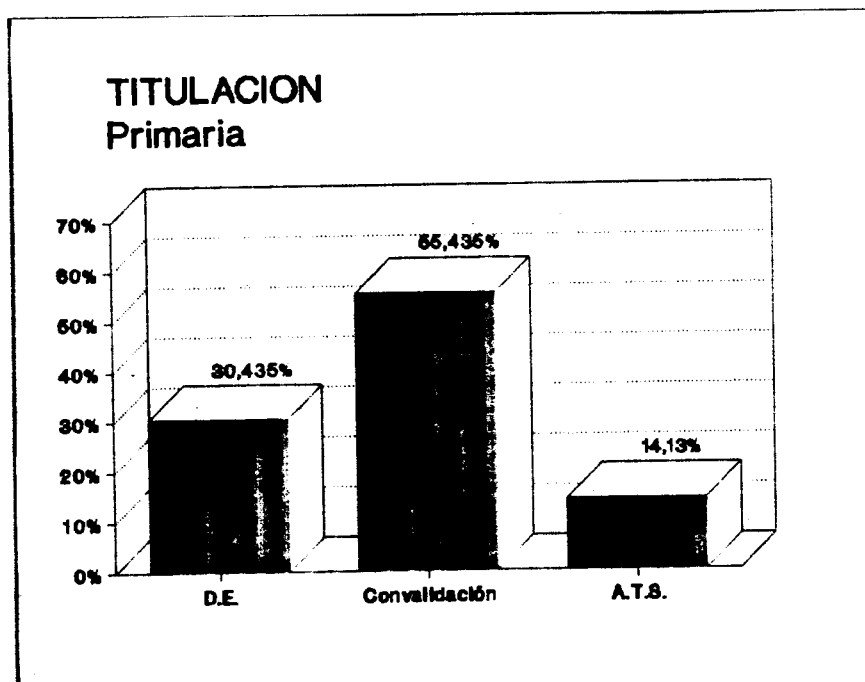
A. Hospital.

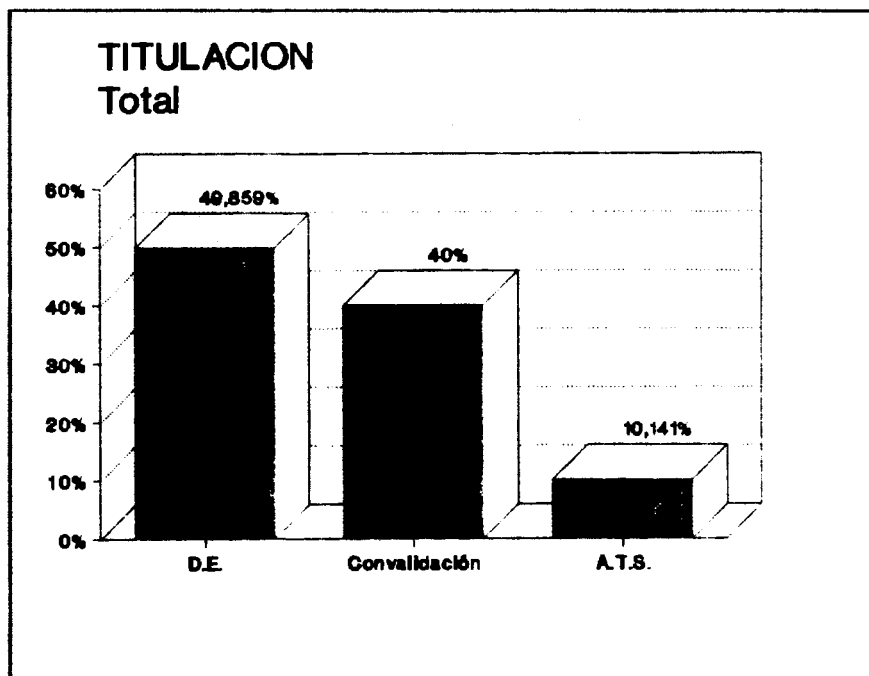
El 56'65% de los profesionales han cursado el D.E. El 34'60% han realizado la convalidación y el 8'75% son ATS.

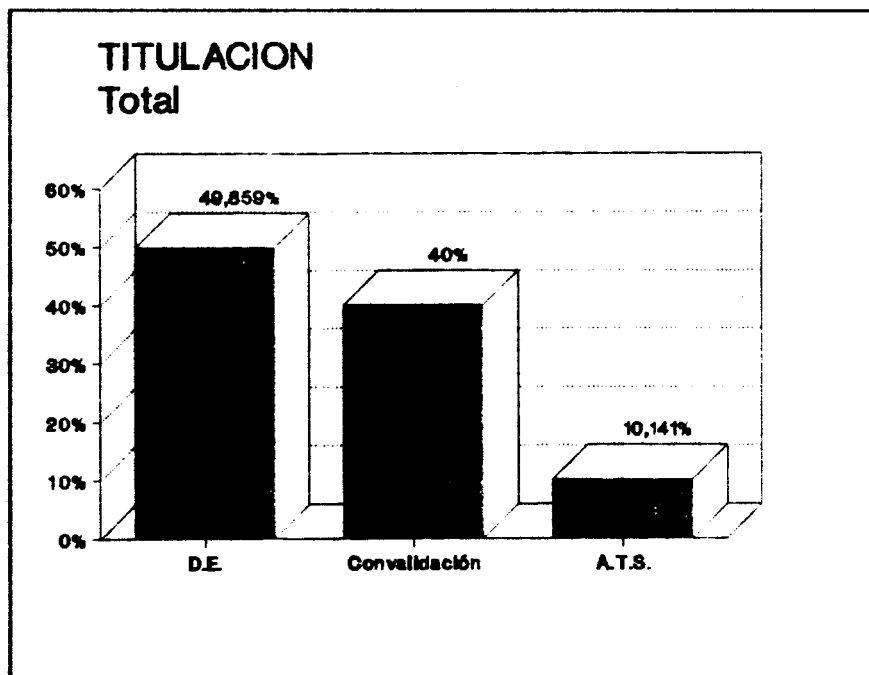


B. Primaria.

El 30'43% han estudiado D.E.. El 55'43% han realizado la convalidación de D.E. y el 14'13% son A.T.S.







I.12. VARIABLES MAS SIGNIFICATIVAS DE LA COMUNICACION.

A. La comunicación ESCRITA a través de los Informes de Enfermería de los CAP y los Informes de Alta de Enfermería de los hospitales NO EXISTE. Tanto las direcciones como los profesionales, en un 96% de los casos, lo reflejan en las variables 37-38/58-59 (Anexo XII).

V. 58/37: "Recibes en el CAP informe del alta hospitalaria de enfermería."

	VAR 58 ENFERMERIA	VAR 37 DIRECCION
NO	262	25
SI	17	1

V. 59/38: "Recibes de los ingresos procedentes de los CAP un informe de enfermería."

	VAR 59 ENFERMERIA	VAR 38 DIRECCION
NO	327	24
SI	11	1

B. El 93'71% de las enfermeras y el 67'85% de los cargos de dirección, reconocen que no existe la Comunicación Oral entre Hospital y Atención Primaria. (Variables 62/41)

V. 62/41: "Existe comunicación oral entre la enfermería de Hospital y la de Primaria."

	VAR 62 ENFERMERIA	VAR 41 DIRECCION
NO	328	19
SI	22	9

C. Al analizar la Información de las actividades docentes que se realizan en el CAP y en el Hospital, vemos que la dirección está informada en la mayoría de los casos, 82'14%, mientras que los profesionales tan solo en el 52'01%. (Variables 64/43)

V. 64/43: "Recibes información de las actividades docentes que se realizan en el Hospital y/o Primaria."

	VAR 64 ENFERMERIA	VAR 43 DIRECCION
NO	181	4
SI	167	23

D. Prácticamente no existe Intercambio de Información entre los profesionales. Tan solo el 13'47% intercambian alguna información. Sin embargo, más de la mitad de las direcciones, el 55'55%, de Hospital y Primaria, lo realizan. (Anexo XII, variables 57/36).

V. 57/36: "Existe un intercambio de información entre el CAP de tu Sector y el Hospital de referencia."

	VAR 57 ENFERMERIA	VAR 36 DIRECCION
NO	295	12
SI	54	15

E. Analizando las variables de participación 63,65,66,67/42,44,45,46 del Anexo XII se podría concluir que apenas se organizan conjuntamente actividades, sesiones o comisiones con fin docente o profesional. Y que, en la mayoría de los casos, la Educación Sanitaria, no se imparte de forma conjunta.

V. 63/42: "Se organizan actividades docentes entre enfermeras de Hospital y Primaria."

	VAR 63 ENFERMERIA	VAR 42 DIRECCION
NO	278	13
SI	63	14

V. 65/44: "Se organizan conjuntamente entre CAP y Hospital de referencia comisiones para elaborar protocolos de planes de cuidados."

	VAR 65 ENFERMERIA	VAR 44 DIRECCION
NO	313	22
SI	28	6

V. 66/45: "Se realizan sesiones entre Hospital y/o Primaria para discutir los planes de cuidados de una atención continuada."

	VAR 66 ENFERMERÍA	VAR 45 DIRECCION
NO	327	26
SI	17	2

V. 67/46: "Se imparte una educación sanitaria conjuntamente entre Hospital y/o Primaria en programa de salud."

	VAR 67 ENFERMERIA	VAR 46 DIRECCION
NO	310	23
SI	28	5

F. La mayoría de las direccione de enfermería conocen las actividades que realizan los profesionales de enfermería en los hospitales y en Primaria (Anexo XII, variable 35) y la mayoría opina que los cuidados que se proporcionan son diferentes (Anexo XII, variable 40).

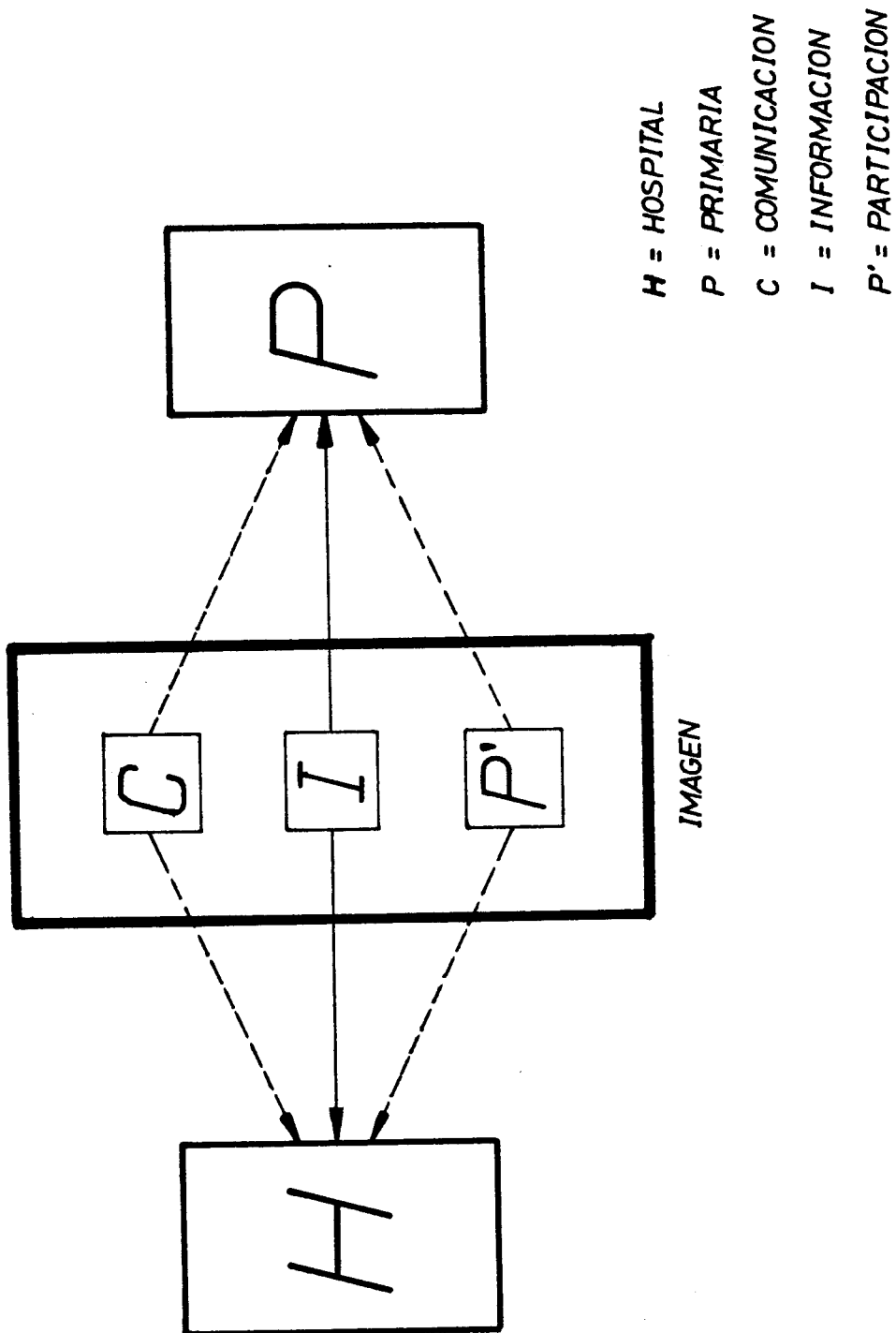
Algo más de la mitad de los profesionales (53%) no conocen las actividades que realizan los otros profesionales y prácticamente todos (el 91%) opinan que los cuidados son diferentes (Anexo XII, variables 56 y 61).

V. 56/35: "Conoce las actividades que se desarrollan en los CAP de su Sector y/o Hospital de su comarca."

	VAR 56 ENFERMERIA	VAR 35 DIRECCION
NO	189	5
SI	164	21

V.61/40: "Consideras que los cuidados que proporciona la enfermería al cliente son iguales en el CAP que en el Hospital."

	VAR 61 ENFERMERIA	VAR 40 DIRECCION
NO	315	18
SI	29	8



I.13. VARIABLES MAS SIGNIFICATIVAS DE LA AUTOIMAGEN PROFESIONAL. (fig. pág. 149)

A. Variable 42/21 ("*El papel importante de la enfermería es el "cuidar"*"). Un total del 50'96% están bastante o totalmente de acuerdo, de los cuales el 55'5% son enfermeras de Hospital, un 34'4% son enfermeras de Primaria y un 63% son cargos de Dirección.

Encontramos un 21'46% que están de acuerdo, de los cuales un 17'4% son enfermeras de Hospital, un 32'2% son enfermeras de Primaria y un 14'8% son cargos de Dirección.

Por último encontramos que un 27'66% están bastante o totalmente en desacuerdo, un 27'5% son enfermeras de Hospital, un 33'3% son enfermeras de Primaria y un 22'2% son cargos de Dirección. (Anexo XII)

V. 42/21: "*El papel importante de enfermería es el "cuidar"*."

	VAR 42 ENF. HOSP.	VAR 42 ENF. PRIM.	VAR 21 DIRECCION
Total desacuerdo	28	12	3
Bastante desacuerdo	43	17	3
De acuerdo	45	28	4
Bastante de acuerdo	53	11	1
Total de acuerdo	89	19	16

B. Concepto de autonomía de los profesionales de enfermería. A través de las variables 46,49/25,28.

De un total de 69'5% de los cuales el 70'5% pertenecen a Hospitales y el 66'75% a Primaria se destacan hacia valores positivos, manifestando tener una alta autonomía en la gestión de los cuidados, un total del 20'4% de los cuales

el 20'4% pertenecen a Hospital y el 20'55% a Primaria no gozan de dicha autonomía, del total del 10'10% de los que el 9'1% pertenecen a Hospital y el 12'7% a Primaria se expresan como moderadamente autónomo en la gestión de los cuidados de enfermería que realizan. (Anexo XII)

V. 46/25: *"La enfermería tiene un cuerpo de conocimientos teóricos propios."*

	VAR 46 ENF. HOSP.	VAR 46 ENF. PRIM.	VAR 25 DIRECCION
Total desacuerdo	11	3	2
Bastante desacuerdo	24	10	2
De acuerdo	94	35	6
Bastante de acuerdo	49	15	7
Total de acuerdo	79	27	10

V. 49/28: *"Las funciones más importantes de enfermería son las actividades delegadas por el médico."*

	VAR 49 ENF. HOSP.	VAR 49 ENF. PRIM.	VAR 28 DIRECCION
Total desacuerdo	179	56	21
Bastante desacuerdo	59	23	3
De acuerdo	11	2	1
Bastante de acuerdo	8	6	1
Total de acuerdo	4	4	2

C. Respecto a la imagen social de enfermería (var. 52/31), un total del 66'7% se encuentran altamente preocupados por ella. En el 25'9% hay una preocupación moderada y en el 3'7% no existe preocupación. (Anexo XII)

V. 52/31: "Enfermería debe preocuparse por su imagen social."

	VAR 52 ENF. HOSP.	VAR 52 ENF. PRIM.	VAR 31 DIRECCION
Total desacuerdo	2	1	-
Bastante desacuerdo	6	-	-
De acuerdo	45	24	-
Bastante de acuerdo	42	25	3
Total de acuerdo	168	42	25

D. Respecto al reconocimiento social que percibe la enfermería (var. 45/24), el total del 70'05% pertenecientes el 67% a Primaria, y el 73'1% a Hospital. Opinan que hay un alto grado de reconocimiento, en el total del 18'35%.

Opinan que hay un reconocimiento moderado el 20'9% de profesionales de primaria y el 15'8% de Hospital. Y opinan que no existe reconocimiento el total de 12'1%, de los cuales el 12'1% son de Primaria y el 11'2% de Hospital.

(Anexo XII)

V. 45/24: "La enfermería tiene un reconocimiento profesional."

	VAR 45 ENF. HOSP.	VAR 45 ENF. PRIM.	VAR 24 DIRECCION
Total desacuerdo	73	20	6
Bastante desacuerdo	117	41	12
De acuerdo	41	19	7
Bastante de acuerdo	15	9	1
Total de acuerdo	14	2	1

I.14. VARIABLES MAS SIGNIFICATIVAS DEL ESTILO DE DIRECCION.

A. Respecto a si el profesional de enfermería participa en la toma de decisiones, tienen iniciativa, etc., (var. 31,33,38,39 y 41), en un 9'3% existe una elevada participación, el 23'8% opina que es moderada, y en el 66'9% no existe. (Anexo XII)

V. 31: *"El mando anima a la enfermera para que tome sus propias decisiones."*

	VAR 31 ENFERMERÍA
Nunca	58
A veces	147
Con frecuencia	94
Siempre	49

V. 33: *"Los mandos valoran las ideas aportadas por el personal."*

	VAR 33 ENFERMERÍA
Nunca	45
A veces	148
Con frecuencia	117
Siempre	40

V. 38: "Se informa al personal de los objetivos conseguidos."

	VAR 38 ENFERMERÍA
Nunca	94
A veces	135
Con frecuencia	83
Siempre	29

V. 39: "Los mandos se reúnen con su personal para discutir proyectos futuros."

	VAR 39 ENFERMERÍA
Nunca	97
A veces	149
Con frecuencia	67
Siempre	33

V. 41: "Las enfermeras participan en la toma de decisiones."

	VAR 41 ENFERMERÍA
Nunca	105
A veces	181
Con frecuencia	52
Siempre	9

B. El 12% opinan que el mando nunca anima a su personal a aprender cosas nuevas. El 34'8% opina que a veces, el 29'3% con frecuencia y, el 23'6%, siempre. (Anexo XII, var. 37)

El 10'5% del personal de enfermería opinan que tienen oportunidades de aprender cosas nuevas, el 50'9% opinan que a veces y el 11'6% siempre. (Anexo XII, var. 40)

V. 37: "*El mando anima a su personal a que aprenda cosas nuevas.*"

	VAR 37 ENFERMERÍA
Nunca	42
A veces	122
Con frecuencia	103
Siempre	83

V. 40: "*Las enfermeras tienen oportunidades para aprender cosas nuevas.*"

	VAR 40 ENFERMERÍA
Nunca	37
A veces	179
Con frecuencia	93
Siempre	41

I.15. CORRELACION ENTRE ITEMS.

Profundizando en el estudio de las variables planteadas en nuestra encuesta de "ENFERMERIA DE BASE" y analizando las distintas correlaciones entre pares de ellas, hemos obtenido los siguientes resultados:

La variable 15 (*"Pienso que a través de mi trabajo estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas"*), correlaciona significativamente con las siguientes variables: V.42 ($p=0.025$), V.49 ($p=0.018$), V.50 ($p=0.019$) y V.51 ($p=0.034$). Lo cual significa que, cuanto más de acuerdo se está con la afirmación anterior, se está a su vez más de acuerdo en definir que:

- *"El papel importante de la enfermería es el "cuidar"."*
- *"Enfermería tiene criterios unificados respecto a su rol".*
- *"Enfermería debe preocuparse por su desarrollo profesional".*
- *"Enfermería debe preocuparse por su imagen social".*

La variable 17 (*"Me gustaría cambiar de profesión"*), correlaciona negativamente con las variables 42 ($p=0.003$) y 47 ($p=0.008$), y positivamente con la 44 ($p=0.005$). Lo que significa que cuantos más deseos de cambiar de profesión se está en mayor desacuerdo con que el papel importante de enfermería es "el cuidar" y con que enfermería tiene un nivel retributivo de acuerdo con sus funciones. Y se está más de acuerdo en que un servicio tecnificado aporta mayor reconocimiento.

La variable 18 ("*Me siento estimulado después de trabajar muy cerca con mis pacientes*") correlaciona muy significativamente con las variables 42 y 43, ambas con ($p=0.000$), esto indica que quien más estimulado se siente trabajando muy cerca con el paciente, más de acuerdo en definir el papel de enfermería como "cuidar" y más de acuerdo en que la enfermería debe tener autonomía para cuidar a sus pacientes.

La variable 25 ("*considera interesante la realización de sesiones por enfermería.*") correlaciona significativamente con la variable 43, lo que nos da a entender que, quien considera interesante la realización de sesiones por enfermería, opina que ésta debe tener autonomía para cuidar a sus pacientes.

La variable 42 ("*El papel importante de enfermería es "el cuidar"*") correlaciona significativamente con diversas variables, algunas ya mencionadas, el resto con una correlación positiva, son las siguientes:

V. 19 ($p=0.007$) "*He realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo.*"

V. 22 ($p=0.001$) "*En mi trabajo me siento muy satisfecho.*"

Con correlación negativa:

V. 24 ($p=0.011$) "*Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena.*"

V. 21 ($p=0.000$) "*Mi actual trabajo es el mismo de todos los días, no varía nunca.*"

La variable 26 (*"Me gustaría cambiar de servicio."*) correlaciona positivamente ($p=0.001$) con la variable 27 (*"Los mandos suelen dirigirse al personal en tono autoritario."*) y negativamente con las variables:

V. 29 ($p=0.004$) *"Los mandos felicitan a la enfermera que hace algo bien."*

V. 31 ($p=0.020$) *"El mando anima a tomar iniciativas propias."*

V. 33 ($p=0.000$) *"Los mandos valoran las ideas aportadas..."*

Y, en general, con las variables cuyos enunciados se relacionan con un estilo de dirección participativo.

Respecto a la comparación de variables del cuestionario, referentes a motivación y autoimagen profesional, con la variable 10 (*"lugar de trabajo"*) encontramos un nivel de significación elevado, y siempre con valores mas altos a favor de la enfermería que trabaja en Asistencia Primaria, en las siguientes variables:

V. 31 ($p=0.009$) *"El mando anima a tomar iniciativas propias."*

V. 34 ($p=0.025$) *"El personal puede utilizar su propia iniciativa para hacer su trabajo."*

V. 40 ($p=0.000$) *"Las enfermeras tienen oportunidades para aprender cosas nuevas."*

V. 43 ($p=0.003$) *"La enfermería debe tener autonomía para cuidar a sus pacientes."*

V. 52 ($p=0.031$) *"Enfermería debe preocuparse por su imagen social."*

Las siguientes variables correlacionan negativamente y, en este caso, las puntuaciones más elevadas son significativamente las de quien trabaja en Hospital.

V. 13 ($p=0.000$) "*Me siento explotado al final del día de trabajo.*"

V. 55 ($p=0.000$) "*Te identificas más como A.T.S..*"

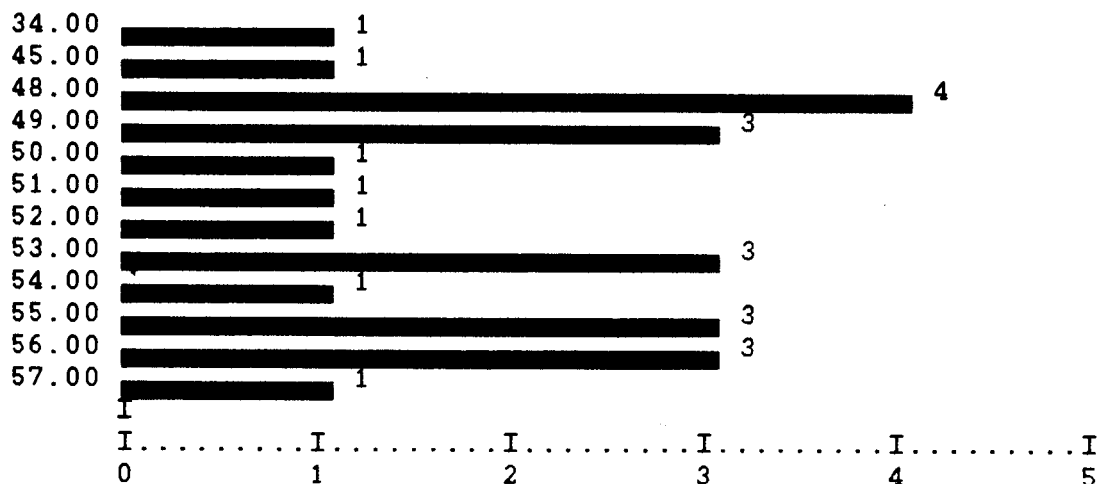
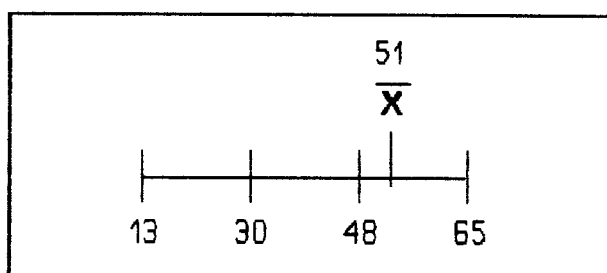
Relacionando las variables de Formación post-básica y las de motivación hallamos dos datos a tener en cuenta. La variable 9.G correlaciona positivamente con la V. 17 ($p=0.030$), de lo cual deducimos que las enfermeras que poseen alguna especialidad son las que en mayor medida desean cambiar de profesión.

La variable 9.A correlaciona positivamente ($p=0.008$) con la V. 19, lo que significa que las enfermeras que contestan más favorablemente a "*he realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo*" son las que han realizado cursos de formación de 20 a 39 horas de duración.

II. CARGOS DE DIRECCION.

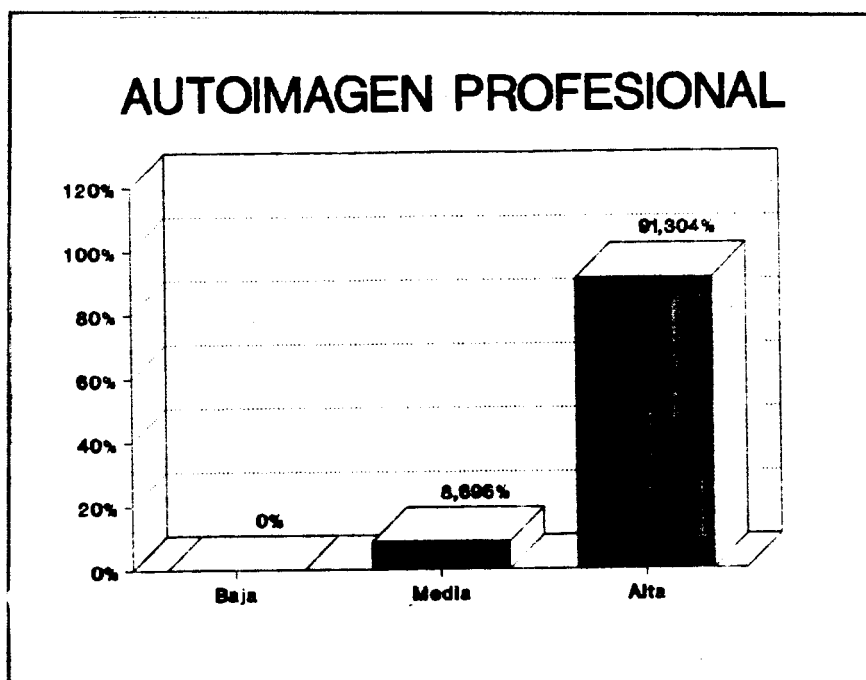
II.1. AUTOIMAGEN PROFESIONAL.

El 91'3% de los cargos de dirección están situados en el nivel de autoimagen profesional considerado, en nuestra investigación, como Alto. El 8'7% se hallan en el Medio y un 0% en el Bajo. La mediana es de 39 y la media resultante 51. (Anexo XIII, pág. 1)



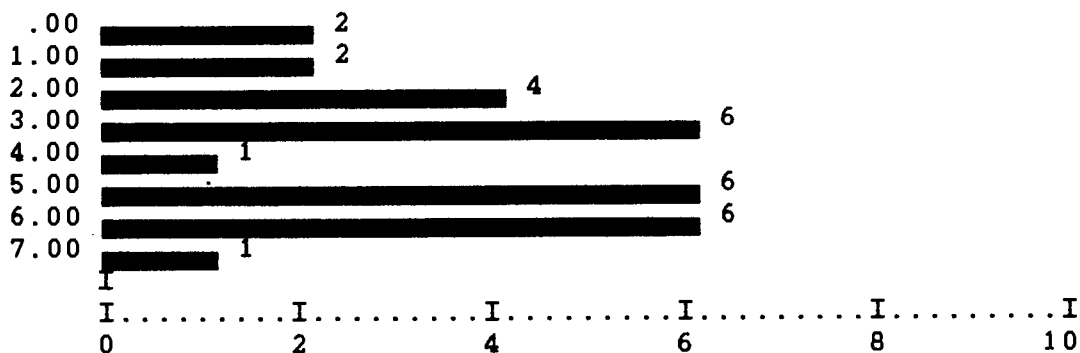
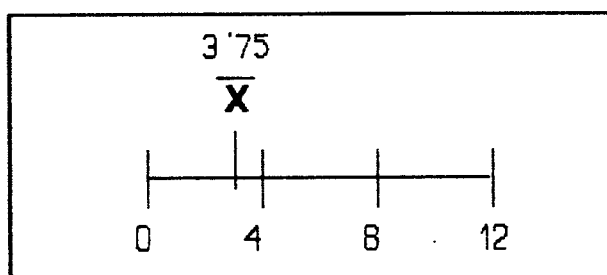
Mean	51.043	Std Err	1.047	Median	52.000
Mode	48.000	Std Dev	5.022	Variance	25.225
Kurtosis	4.996	S E Kurt	.935	Skewness	-1.768
S E Skew	.481	Range	23.000	Minimum	34.000
Maximum	57.000	Sum	1174.000		

Valid Cases 23 Missing Cases 5



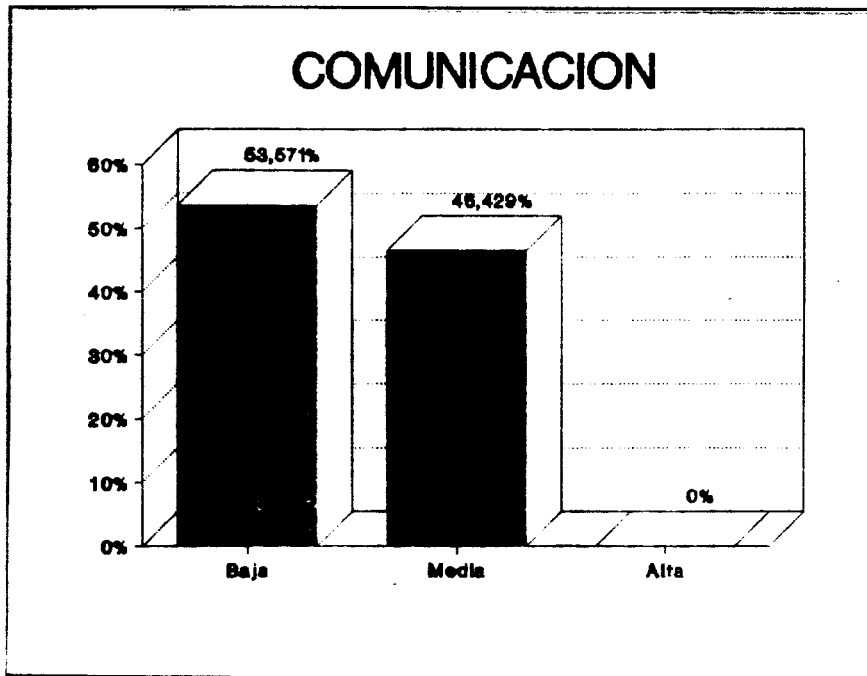
II.2. COMUNICACION.

El 53'6% de los cargos de dirección están situados en el intervalo, definido en nuestra investigación, como nivel de comunicación Bajo. El 46'4% se hallan en el Medio, mientras que, en el nivel Alto ha sido del 0%. La mediana es de 6 y la media resultante de 3'75. (Anexo XIII, pág. 2)



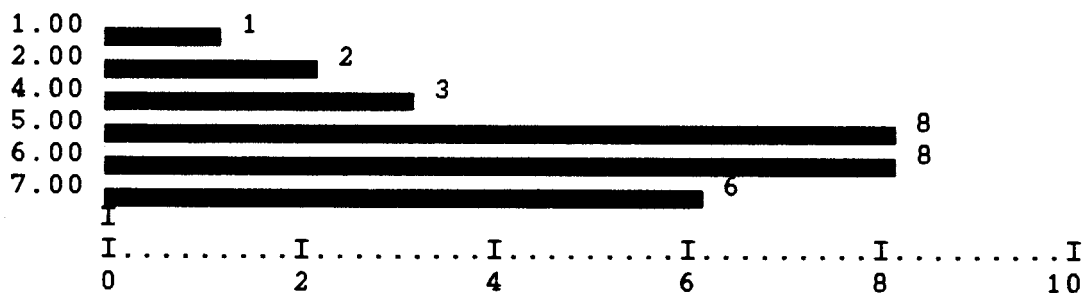
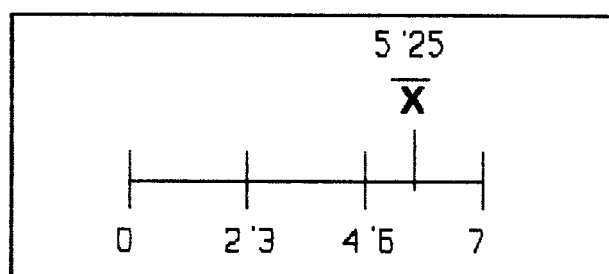
Mean	3.750	Std Err	.380	Median	3.500
Mode	3.000	Std Dev	2.012	Variance	4.046
Kurtosis	-1.021	S E Kurt	.858	Skewness	-.277
S E Skew	.441	Range	7.000	Minimum	.000
Maximum	7.000	Sum	105.000		

Valid Cases 28 Missing Cases 0



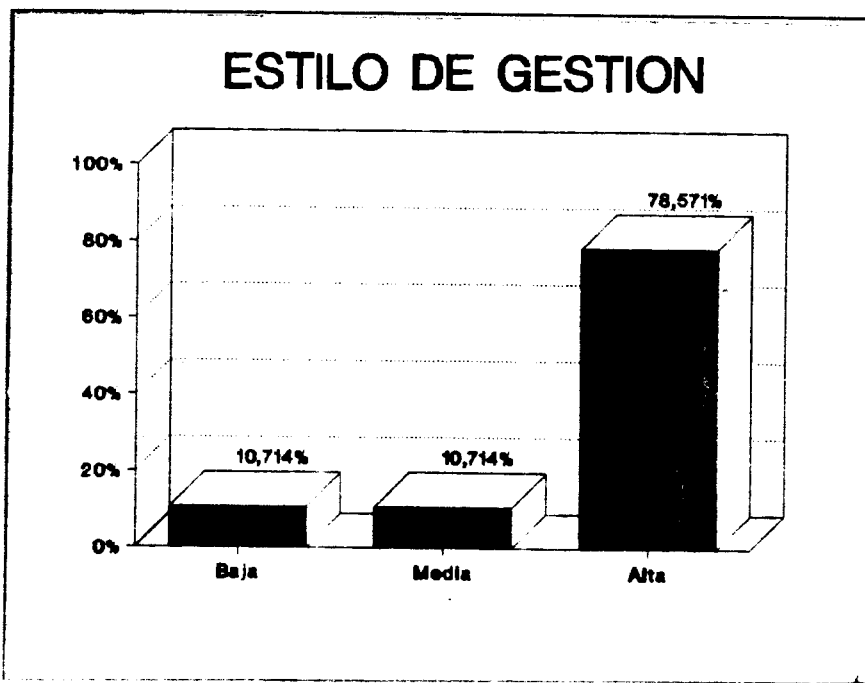
II.3. ESTILO DE GESTION.

El 10'7% de los encuestados con cargos de dirección están situados tanto en el nivel Bajo como Medio, de lo que consideramos en nuestro estudio un estilo de gestión participativo. El 78'6% de los casos están en el nivel definido como Alto. La mediana es de 3'5 y la media resultante de 5'25. (Anexo XIII, pág. 3)



Mean	5.250	Std Err	.298	Median	5.500
Mode	5.000	Std Dev	1.578	Variance	2.491
Kurtosis	1.226	S E Kurt	.858	Skewness	-1.176
S E Skew	.441	Range	6.000	Minimum	1.000
Maximum	7.000	Sum	13000.000		

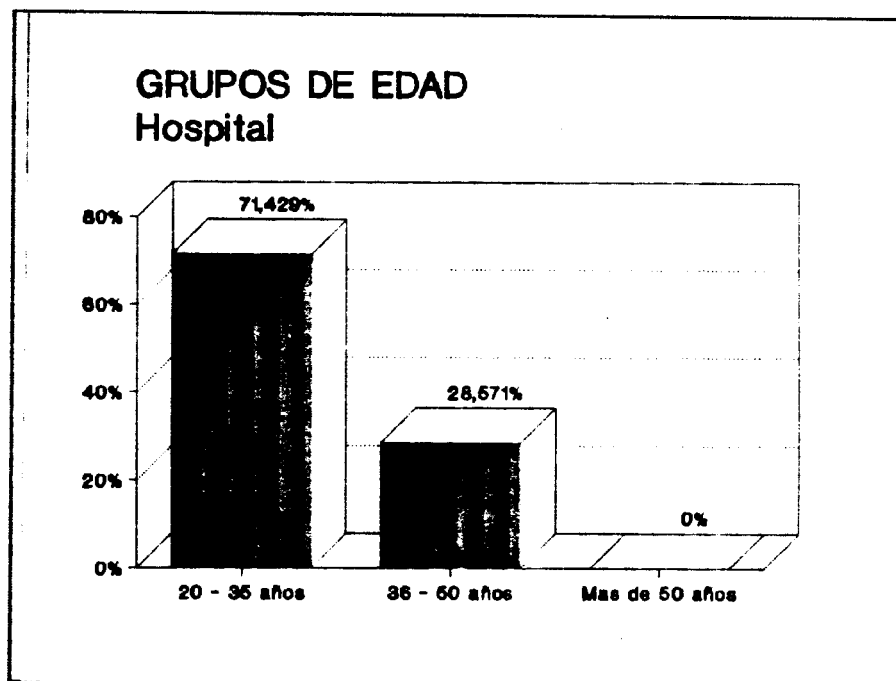
Valid Cases 28 Missing Cases 0



II.4. EDAD.

A. Hospital.

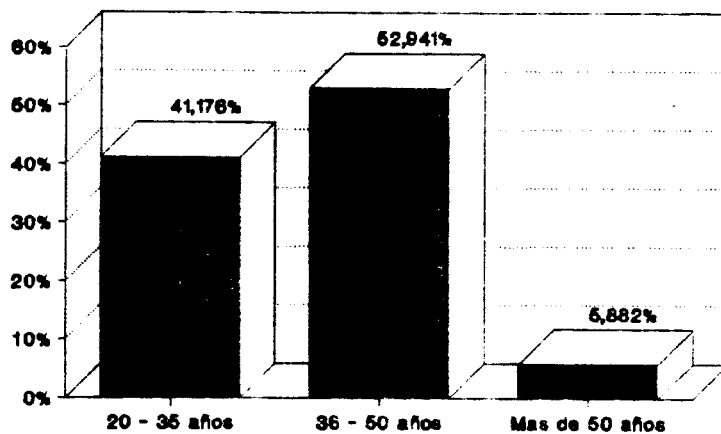
El 71'42% de los cargos de dirección encuestados, que prestan sus servicios en Hospital, se hallan entre los 20 y 35 años. El resto, un 28'57%, tienen entre 36 y 50 años.



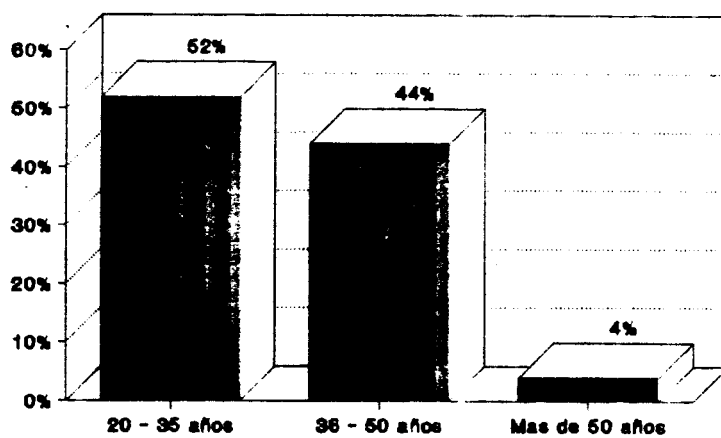
B. Primaria.

El 41'17% de los cargos de dirección que trabajan en Primaria tienen una edad comprendida entre los 20 y 35 años. El 52'94% de los directivos tienen una edad comprendida entre 36 y 50 años. El 5'88% tienen una edad de más de 50 años.

GRUPOS DE EDAD Primaria



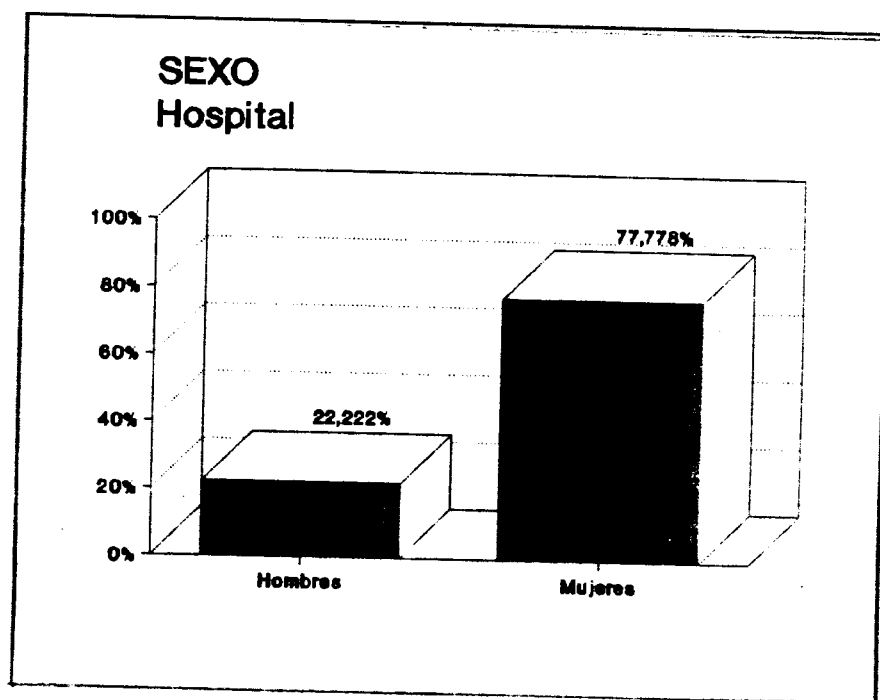
GRUPOS DE EDAD Total



II.5. SEXO

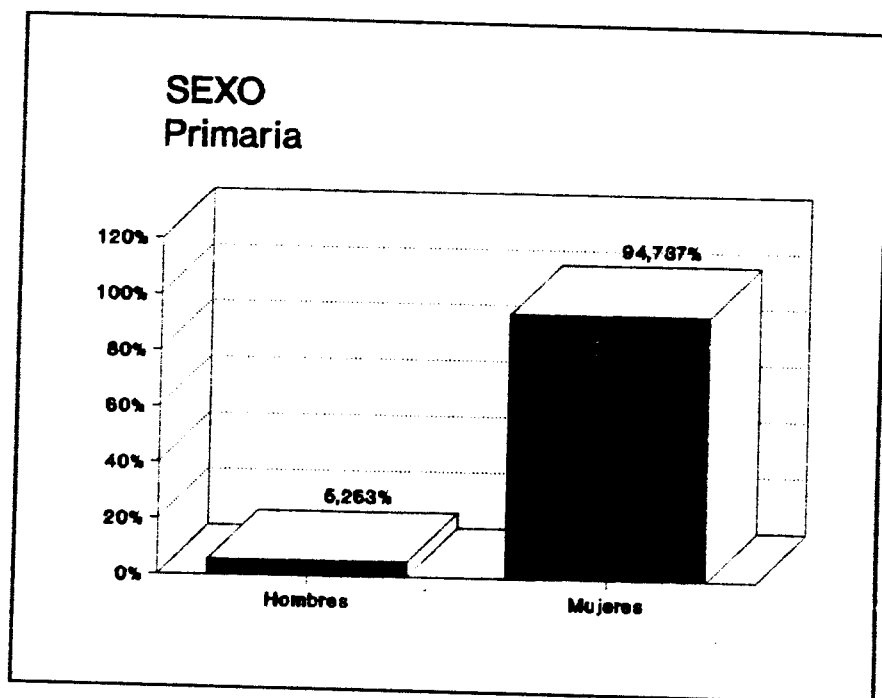
A. Hospital

Las mujeres representan el 77'77% de los profesionales de enfermería que ocupan cargos de dirección, frente al 22'22% de hombres.



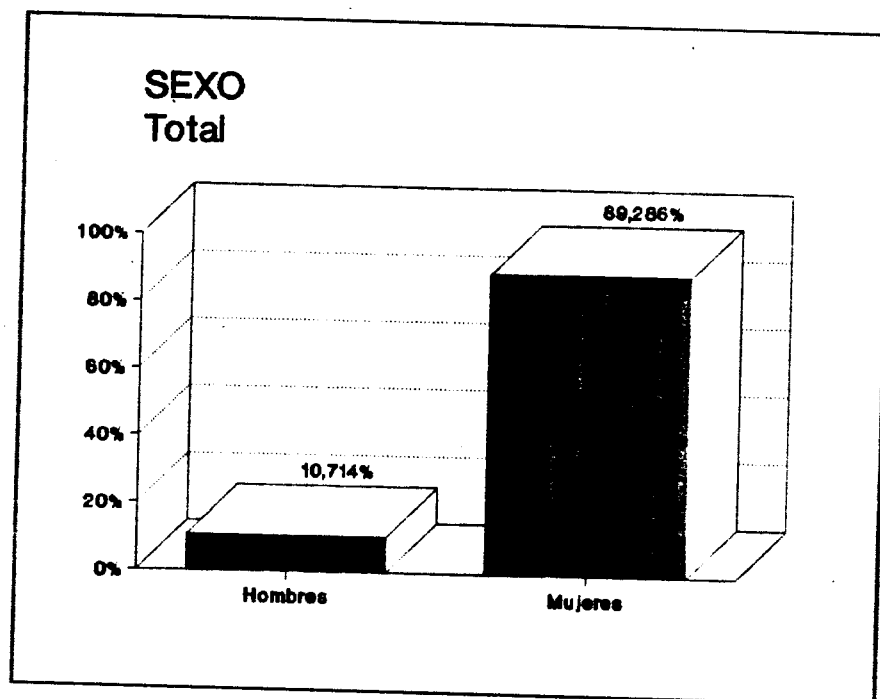
B. Primaria.

El 94'73% de profesionales de enfermería, ocupando cargos de dirección, son mujeres frente a un 5'26% de hombres.



C. Total.

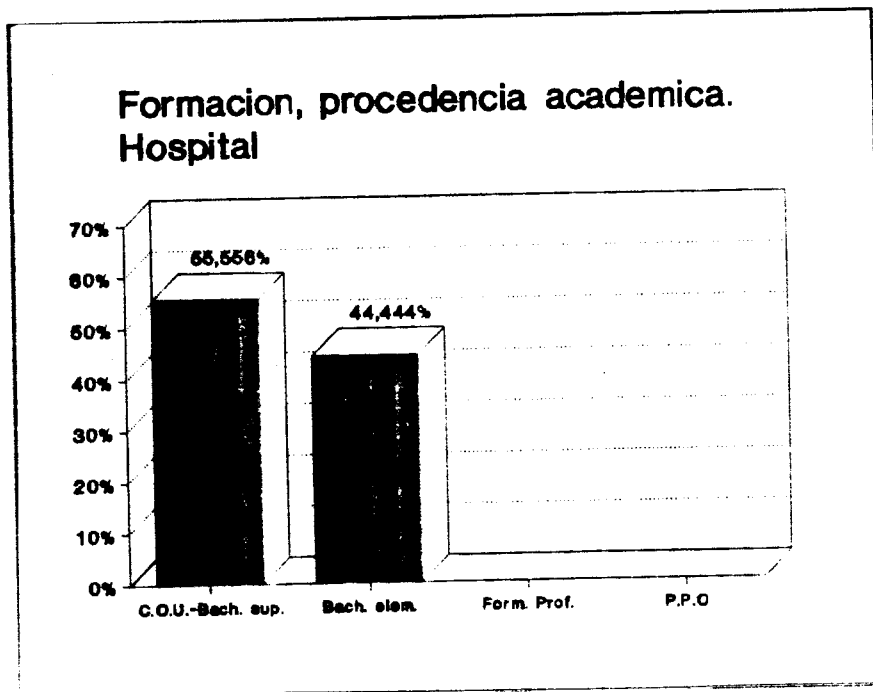
El 89'28% de profesionales de enfermería, ocupando cargos de dirección, son mujeres frente a un 10'71% de hombres.



II.6. FORMACION, PROCEDENCIA ACADEMICA.

A. Hospital.

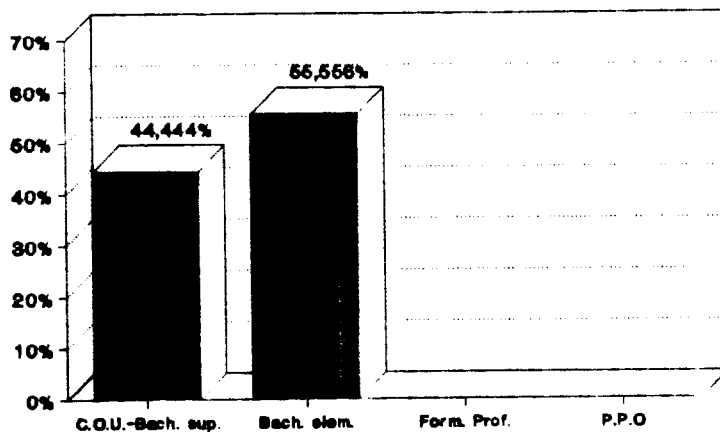
El 55'56% de los encuestados que ocupan cargos de dirección tienen el COU/Bach. Superior, como formación preuniversitaria. El 44'44% de las direcciones tienen el Bach. Elemental como procedencia académica.



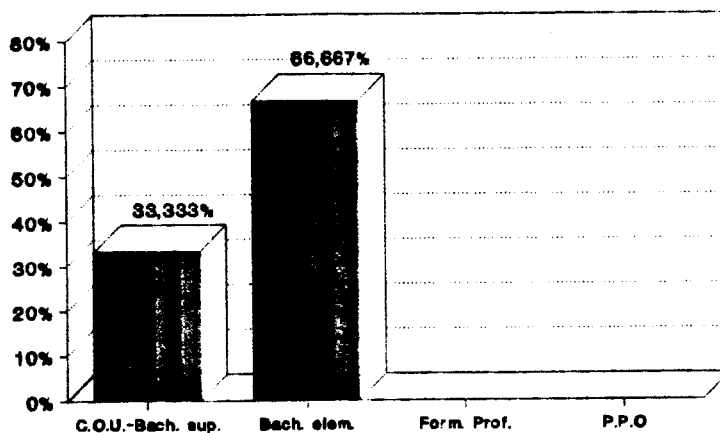
B. Primaria.

El 44'44% profesionales de enfermería que ocupan cargos de dirección tienen el COU/Bach. Superior como formación preuniversitaria. El 66'66% de los encuestados tienen el Bach. Elemental como procedencia académica.

Formacion, procedencia academica. Primaria



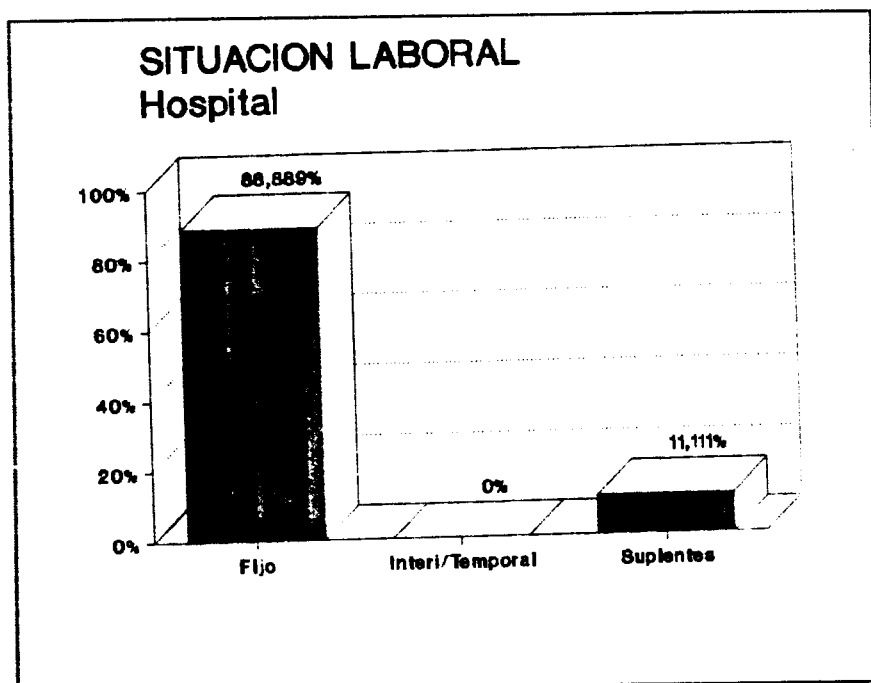
Formacion, procedencia academica. Total



II.7. SITUACION LABORAL

A. Hospital.

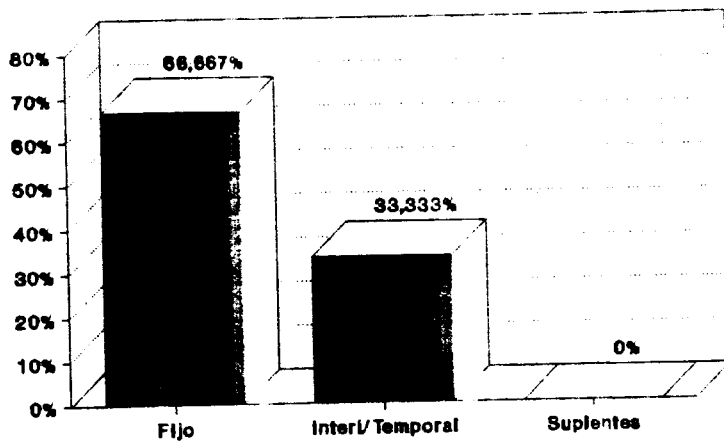
El 88'88% de los encuestados que ocupan cargos de dirección son fijos, mientras que 11'11% de las direcciones están ocupadas por suplentes.



B. Primaria.

El 66'66% de los profesionales de enfermería que ocupan cargos de dirección son fijos mientras que, el 33'33%, ocupan plaza interino-temporal.

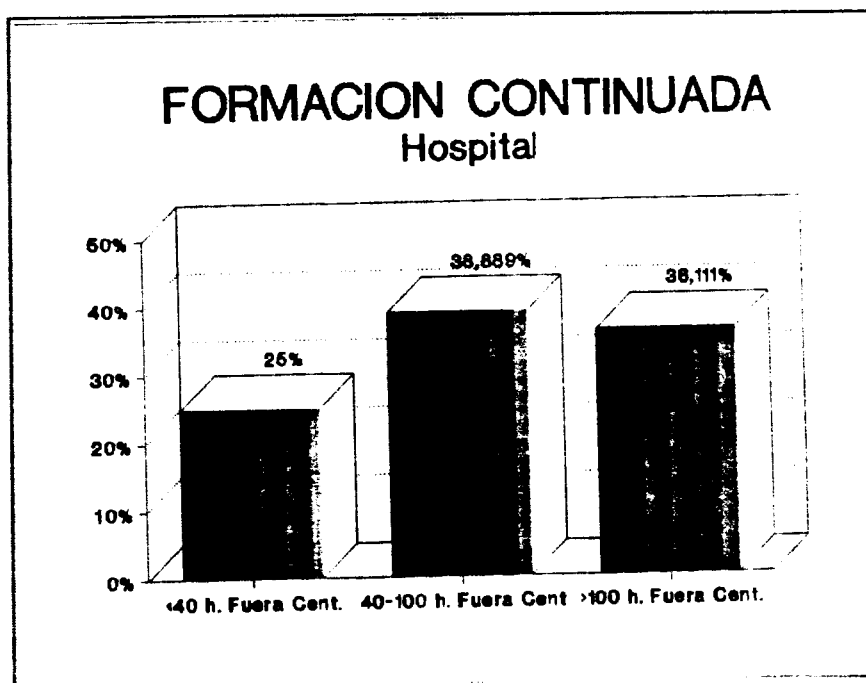
SITUACION LABORAL Primaria



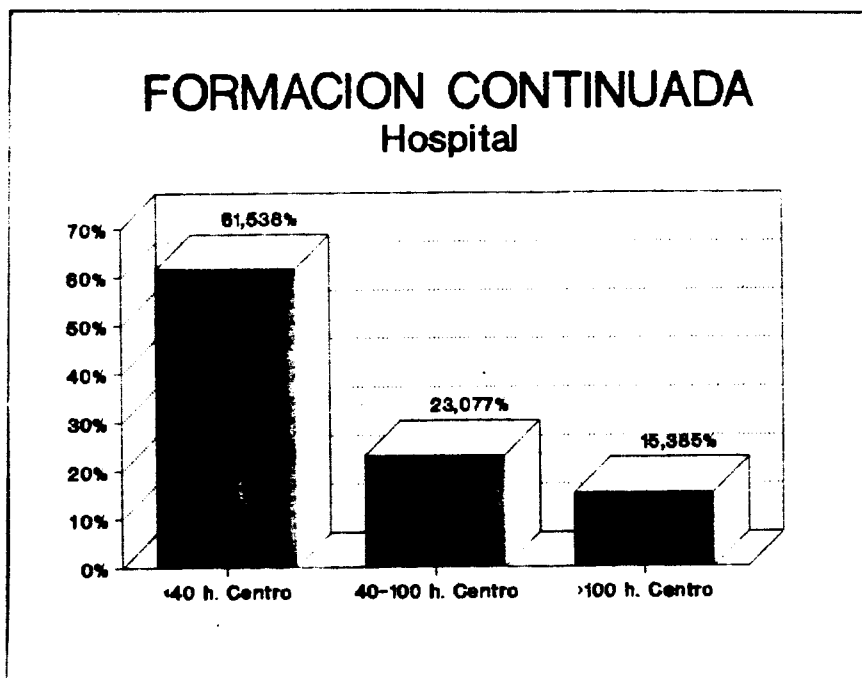
II.8. FORMACION CONTINUADA

A. Hospital.

1. Fuera del centro. El 25% de estos cursos son de menos de 40 h. El 38'88% son cursos entre 40 y 100 h., y el 36'11% son de mas de 100 h. y especialidades.

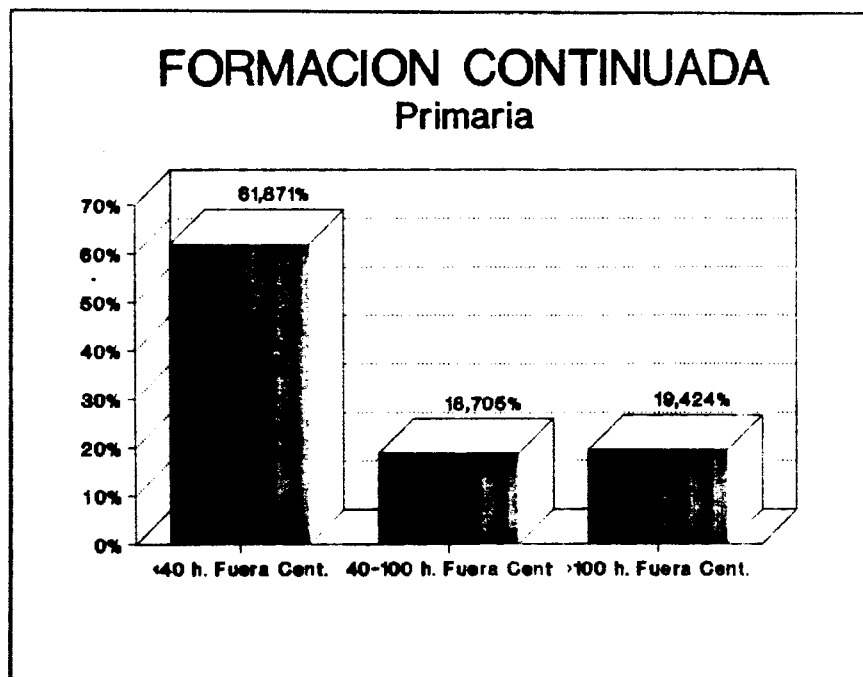


2. Dentro del centro. El 61'5% son cursos de menos de 40 h. El 23'07% duran entre 40 y 100 h., y el 15'38% lo son de mas de 100 h.

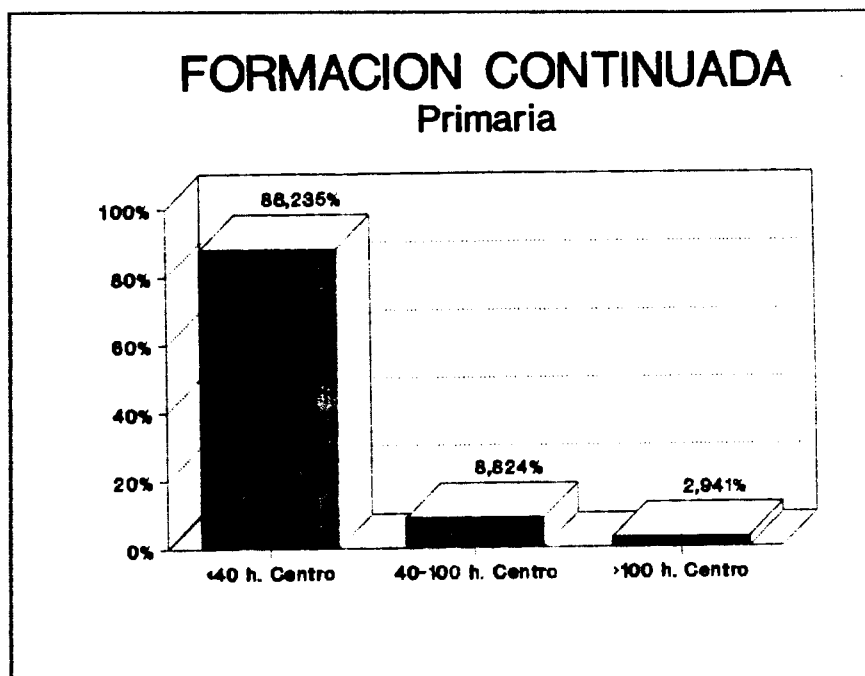


B. Primaria.

1. Fuera del centro. El 61'87% son cursos de menos de 40 h. El 18'70% son cursos entre 40 y 100 h., y el 19'42% son de mas de 100 h. y especialidades.



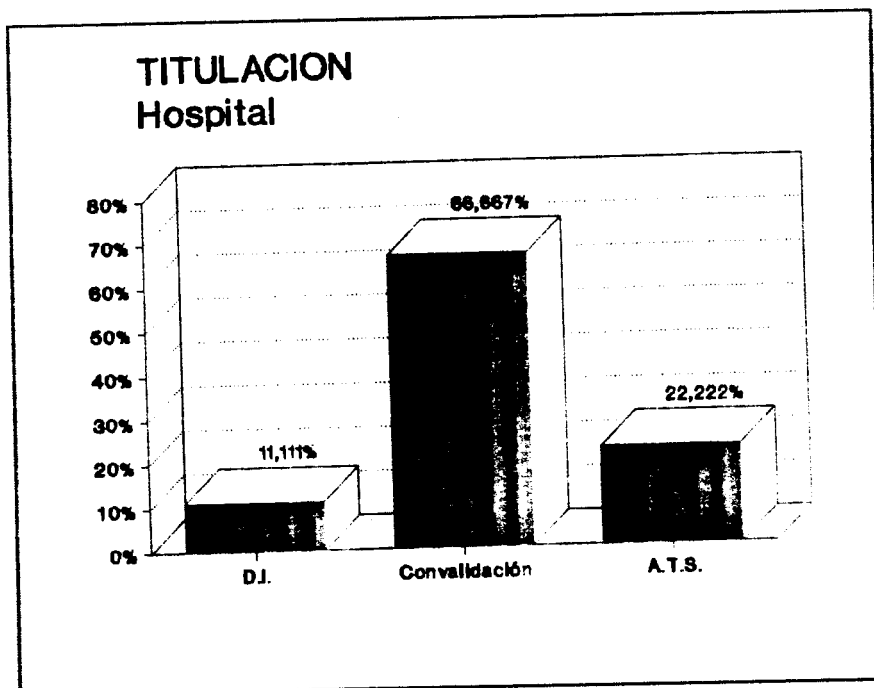
2. Dentro del centro. El 88'23% son cursos de menos de 40 h. El 8'82% duran entre 40 y 100 h., y el 2'94% de mas de 100 h.



II.9 TITULACION.

A. Hospital.

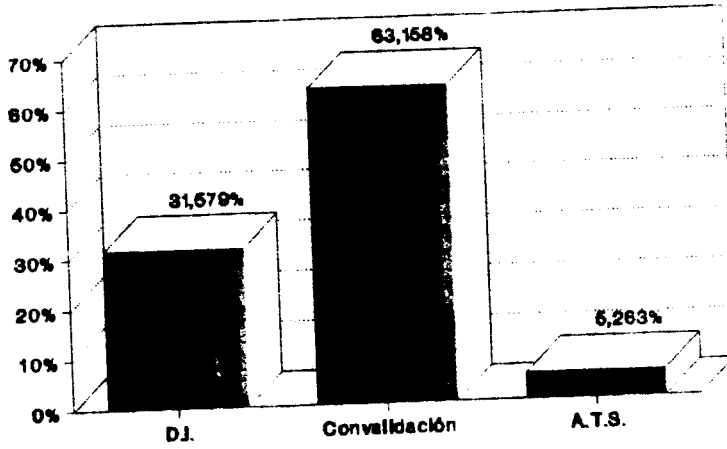
El 11'11% de los cargos de dirección han realizado el D.E. El 66'66% de los profesionales de enfermería que ocupan cargos de dirección han realizado la convalidación del D.E. El 22'22% de los directivos son A.T.S.



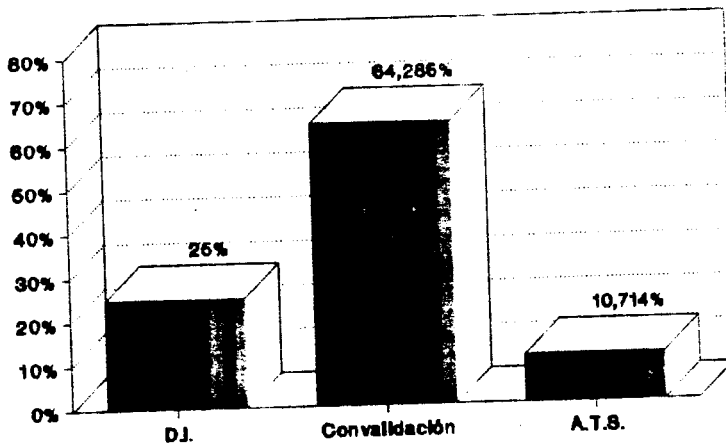
B. Primaria.

El 31'57% de los directivos han cursado el D.E. El 63'15% de los cargos de dirección han realizado la convalidación del D.E. El 5'26% de los encuestados que trabajan en primaria y ocupan cargos de dirección son A.T.S.

TITULACION Primaria



TITULACION Total



3.2- RELACION Y COMPARACION ENTRE VARIABLES.

3.2.1- Resultados de los cuestionarios de los profesionales de enfermería de Hospital y Atención Primaria.

I. Correlación entre motivación y autoimagen profesional.

Se ha observado una correlación positiva del 0'049, significativa entre ambas variables, pudiendo deducir que las enfermeras/os, con unos valores más altos de autoimagen profesional, son los que presentan así mismo, una motivación mas elevada. (Anexo XIII, pág. 11)

II. Correlación entre autoimagen profesional y estilo de dirección.

Observamos una correlación muy significativa, del 0'000, entre ambas variables. Las enfermeras/os, que perciben el estilo de dirección definido en nuestro estudio con una tendencia profesional, dan unos valores más altos en la autoimagen profesional. (Anexo XIII, pág. 11)

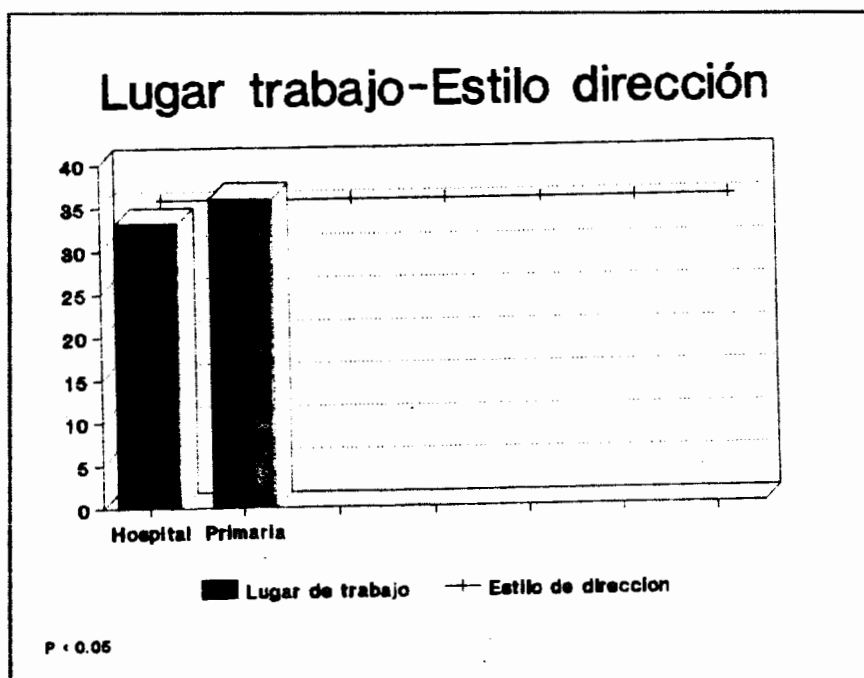
III. Correlación entre comunicación y estilo de dirección.

Hemos hallado una correlación altamente significativa, del 0'000, entre estas variables, por lo que podemos deducir que las enfermeras/os, que perciben un estilo de dirección profesional, expresan tener un nivel de comunicación más alto. (Anexo XIII, pág. 11)

IV. Comparación entre lugar de trabajo y estilo de dirección.

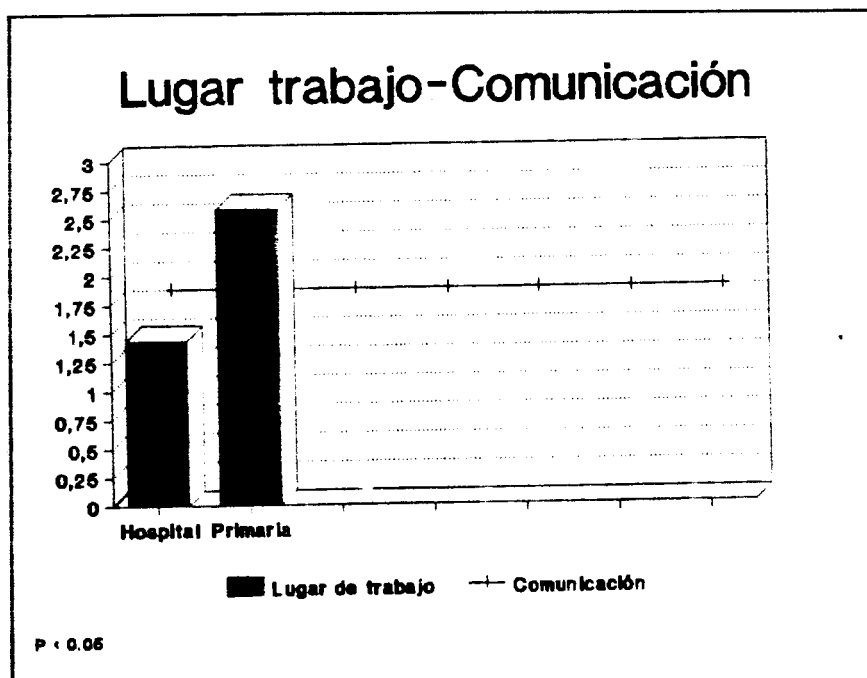
Al analizar ambas variables, hemos observado que existe una diferencia significativa, 0'004, entre el grupo de

enfermería de Atención Primaria y de Hospital. El primer grupo percibe a la dirección, con un estilo más profesional que el segundo. (Anexo XIII, pág. 12)



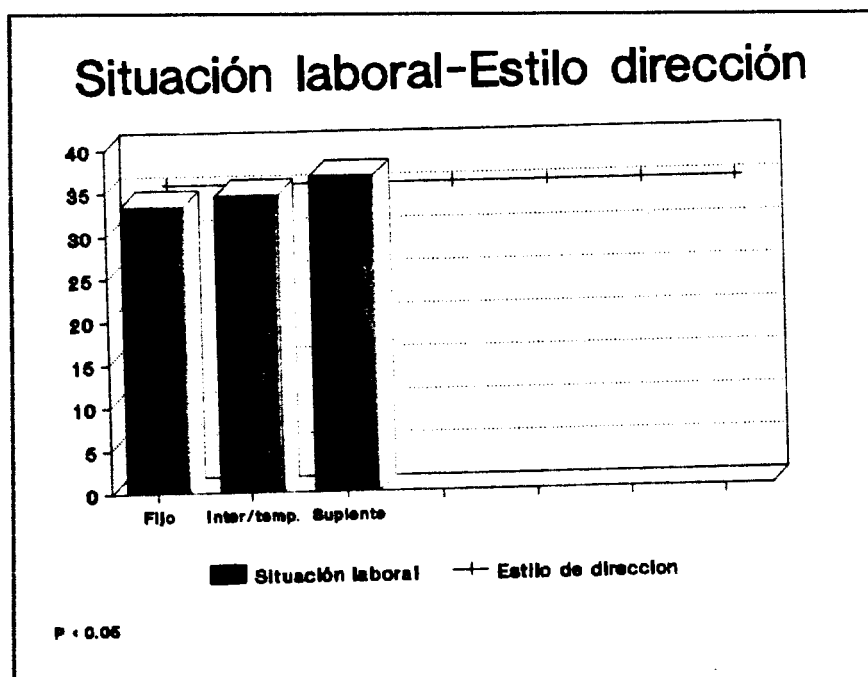
V. Comparación entre lugar de trabajo y comunicación.

Entre estas variables se detecta una diferencia muy significativa (0'000) entre ambos grupos. El grupo de enfermería de Atención Primaria tiene un índice más alto de comunicación que el de Hospital. (Anexo XIII, pág. 13)



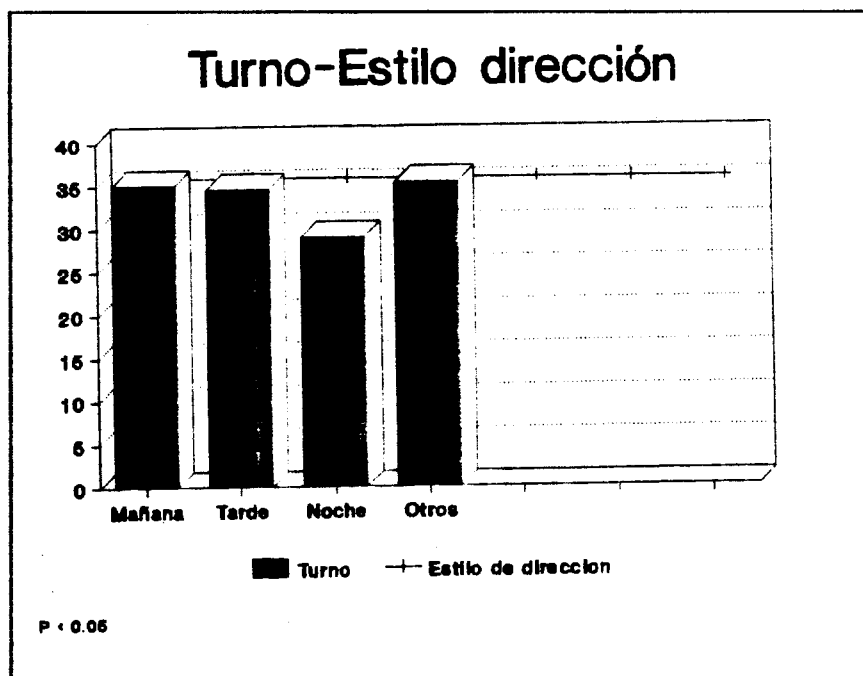
VI. Comparación entre situación laboral y estilo de dirección.

El grupo de enfermeras suplentes percibe a la dirección con mayor tendencia al estilo profesional, a diferencia del grupo de enfermería fijo. (Anexo XIII, pág. 14-15)



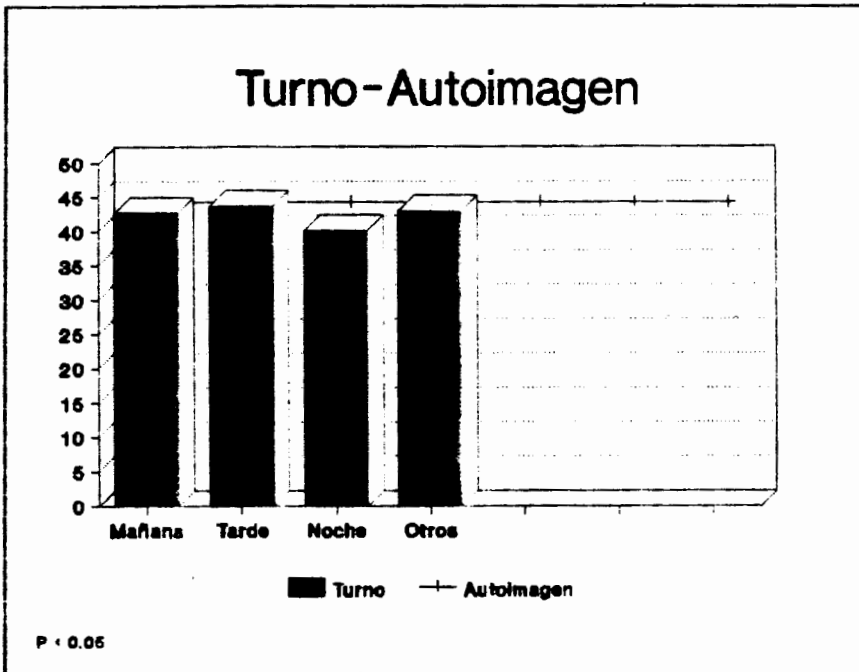
VII. Comparación entre turnos y estilo de dirección.

Se observa diferencia entre el grupo de enfermería del turno de noche, con respecto a los demás grupos. Estos grupos puntúan con valores más altos tendentes a definir el estilo de dirección como profesional, a diferencia del turno de noche. (Anexo XIII, pág. 16-17)



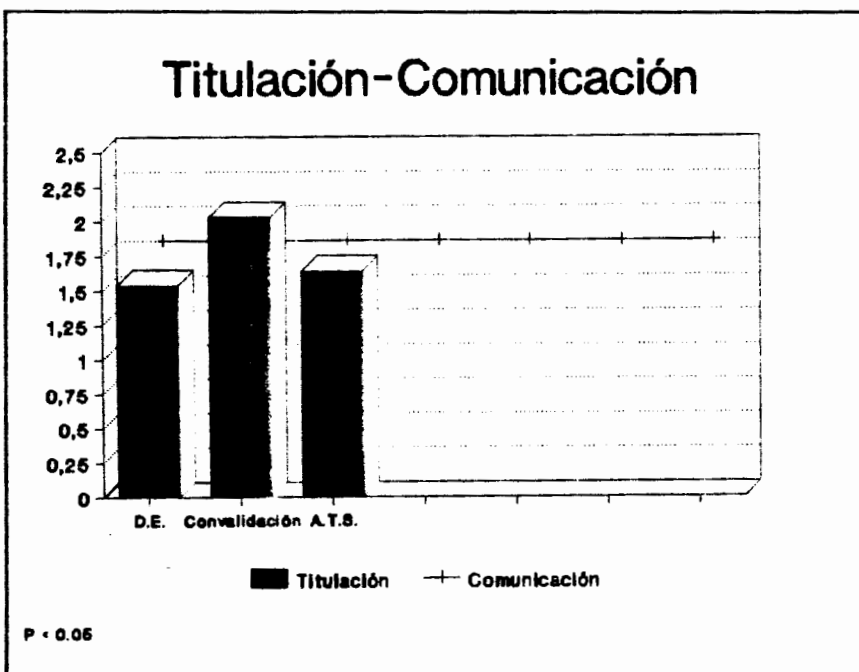
VIII. Comparación entre turnos y autoimagen profesional.

Hemos detectado que, a diferencia de los demás grupos, el turno de noche puntúa significativamente más bajo en autoimagen profesional. (Anexo XIII, pág. 18-19)



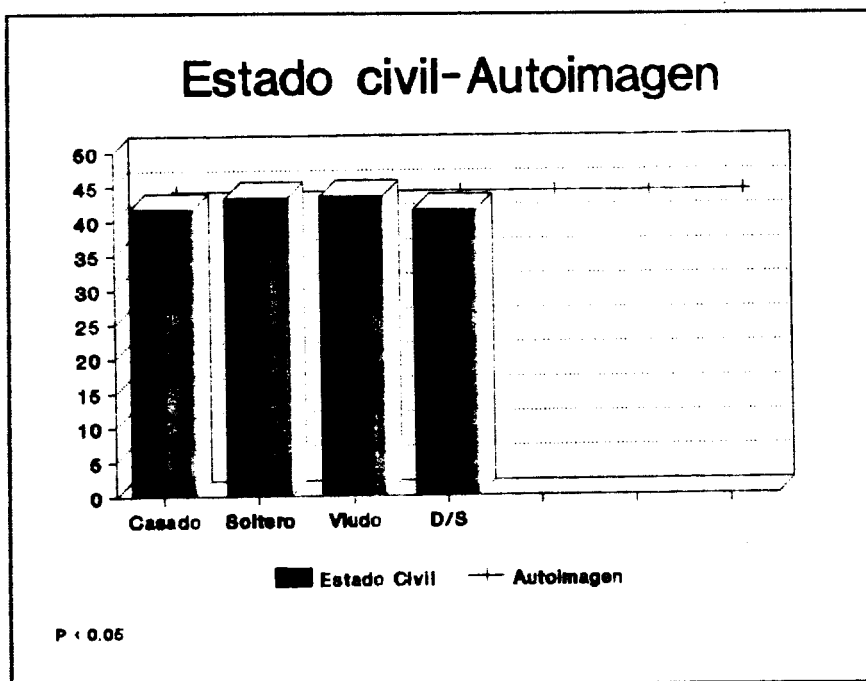
IX. Comparación entre titulación y comunicación.

Existe diferencia entre los grupos con titulación de diplomados y el de convalidación a D.E., manifestando estos últimos, tener mayor comunicación que el grupo de diplomados en enfermería. (Anexo XIII, pág. 20-21)



X. Comparación entre estado civil y autoimagen.

Observamos que el grupo de enfermeras/os que su estado civil es soltera/o, tiene valores más alto en autoimagen respecto al grupo que su estado civil es casada/o. (Anexo XIII, pág. 22-23)



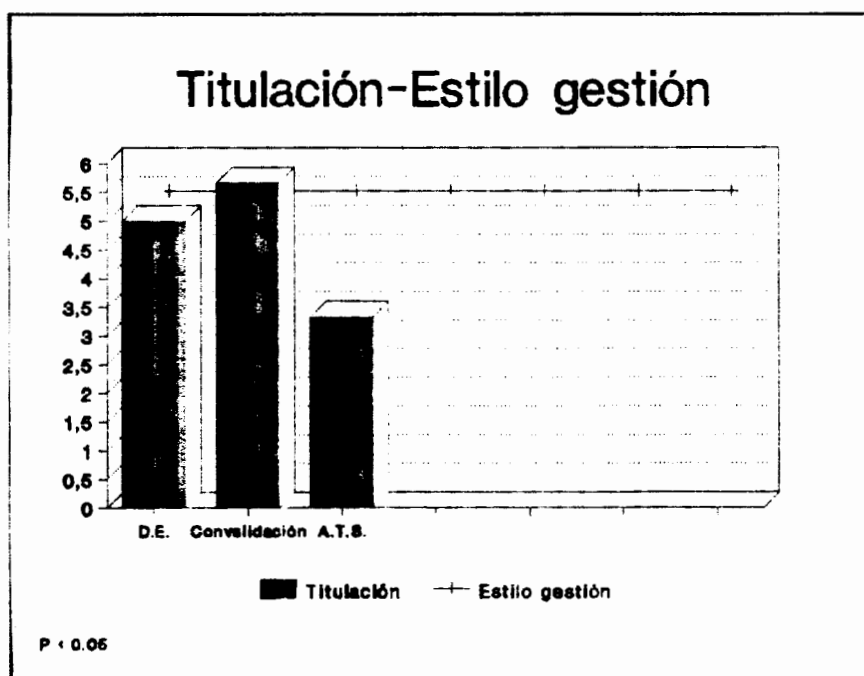
3.2.2- Resultados de los cuestionarios de dirección de Hospital y de Atención Primaria.

I. Correlación entre comunicación y estilo de gestión.

Existe una correlación significativa entre ambas variables (0,041), observándose que a una mayor tendencia a la gestión participativa, el grado de comunicación es más elevado. (Anexo XIII, pág. 4)

II. Comparación entre titulación y estilo de gestión.

Al comparar los distintos grupo de titulación, se detecta una diferencia significativa entre el grupo de "convalidación" y el grupo de "A.T.S.". El primer grupo da valores más altos, tendentes al estilo participativo, que el segundo. (Anexo XIII, pág. 5-6).



Conclusiones

4.- CONCLUSIONES.

Los profesionales de enfermería de Primaria, perciben un estilo de dirección más participativo y un nivel de comunicación más alto que en Hospital.

La mayoría de enfermeras/os son A.T.S. convalidados a Diplomado en Enfermería, con una media de edad más elevada que las de Hospital.

Existe una proporción mayor de enfermeros masculinos, en relación a Hospital, y asisten a un mayor número de cursos dentro del Centro.

Los profesionales de enfermería de Hospital tienen una media de edad más baja que los de Primaria y con un mayor número de Diplomados en Enfermería.

Existe una proporción más elevada de profesionales con C.O.U. y Bachiller Superior en su procedencia académica.

Las enfermeras de Hospital perciben un estilo de dirección menos participativo.

El nivel de Comunicación entre enfermeras/os de Hospital y/o Primaria NO existe de forma verbal ni tampoco escrita.

Se puede decir que hay una incomunicación y que la ausencia de comunicación puede originar una comunicación negativa.

El nivel de Información de las actividades Docentes entre directoras de enfermería de Hospital y/o Primaria es alto. No obstante, esta información NO llega a todos los profesio-

nales de enfermería y apenas intercambian alguna información.

El Estilo de Dirección es el factor principal y más influyente en los profesionales de enfermería. La NO percepción de un estilo definido en la investigación, como profesional, origina un grado de comunicación y motivación más bajo.

El estilo de dirección influye en el tipo y el grado de formación post-básica.

La Autoimagen de los profesionales de enfermería de Hospital y Primaria está situada en un nivel medio-alto y, con un grado de motivación más elevado, podría originarse una mayor confianza a las enfermeras/os para desarrollar su profesión con mayor autonomía.

La enfermeras/os se responsabilizan de su preocupación por la formación pre/post universitaria, así como de la imagen social.

El reconocimiento percibido por los profesionales es elevado y hay unanimidad por la necesidad de tener un ejercicio profesional autónomo.

Los Registros de enfermería que se utilizan para desarrollar el Rol prescripción están prácticamente en todos los centros encuestados, actualizados con el Kardex. (Anexo VIII)

Sin embargo los registros básicos para desarrollar el Rol propio de enfermería (Historia de Enfermería, Hoja de Alta

de Enfermería y Modelo de Proceso de Cuidados) solo existen en algunos centros. (Anexo VIII)

Observamos que el personal de enfermería de mas reciente incorporación percibe a la dirección con mayor tendencia al estilo profesional, al contrario que los profesionales mas antiguos.

Se constata la falta de comunicación entre los profesionales de los diferentes turnos de una institución, los profesionales que trabajan en turnos donde las direcciones desarrollan su labor, valoran el estilo de dirección como profesional, a diferencia de las que trabajan de noche. Así mismo el turno de noche donde se valora de manera diferente el estilo de dirección, por falta de comunicación, su autoimagen profesional es mas baja.

El personal que tiene mayor rodaje profesional y la convalidación de Diplomado de Enfermería tiene mayor nivel de comunicación que los profesionales mas nuevos y Diplomados.

El personal cuyo estado civil e soltero tiene mas autoimagen profesional con valores mas altos, la autoimagen desciende en el grupo de casados.

Las direcciones con un mayor nivel de formación tienen mayor tendencia al estilo participativo.








Las enfermeras/os que no definen el papel de enfermería como "cuidar" y lo califican como técnico, no estan a gusto en la profesión, son las que en mayor medida desean abandonarla y se sienten mal pagados.


No existe una relación coherente al comparar los estilos de gestión descritos por las direcciones y los estilos de dirección percibidos por enfermería base.


En los centros encuestados la participación de las enfermeras/os en los Comités de Calidad es escasa así como en las actividades docentes desarrolladas en el Hospital o Sector de referencia. (Anexo VIII)

Las directoras de enfermería mantienen una relación con las direcciones de Hospital o Sector de referencia de una manera no sistematizada a través de reuniones. (Anexo VIII)

TABLA DE COINCIDENCIAS

	BAJO	MEDIO	ALTO
Motivación			
Autoimagen			
Estilo Dirección			
Estilo Gestión			
Comunicación			

 Enfermeras/os

 Enfermeras/os con cargo de Gestión

Enfermeras
Hospital

Enfermeras
Primaria

Edad	Más Jóvenes	Menos Jóvenes
Sexo	Menos Hombres	Más Hombres
Proc. Académica	Mayor número de profesionales con C.O.U. - Bach. Sup.	Mayor número de profesionales con Bach. Elemental en relación a Hospital
Turno	El turno de Mañana es el más significativo	
Situación Laboral	Menor número de Interinos-Temporales	Mayor número de Interinos-Temporales
Formación dentro del Centro	Menor formación en el Centro en relación con Primaria.	Mayor formación en el Centro en relación con el Hospital.
Formación fuera del Centro	Existe una gran diferencia en relación a los cursos realizados dentro del Centro.	
Titulación	Mayor número de Diplomados en Enfermería	Mayor número de convalidados en Diplomados en Enfermería

Dirección
Hospital

Dirección
Primaria

Edad	Menos Jóvenes	Más Jóvenes
Proc. Académica	En ambos lugares de trabajo, la mayoría de las direcciones son convalidados a Diplomado en Enfermería.	
Titulación	Es mayor el número de directoras con convalidación de Diplomado en Enfermería	Es mayor el número de directoras Diplomadas en Enfermería en relación a Hospital

Para poder aceptar o rechazar la siguiente hipótesis general:

"El nivel de Comunicación entre los profesionales de Hospital y/o Primaria está directamente relacionada con la imagen entre ambos."

Se ha tomado como objeto de consideración, el hecho de la existencia de comunicación entre profesionales de enfermería con o sin cargos de dirección de Hospital y Primaria.

La relación entre el conocimiento y la opinión que tienen las enfermeras y directoras de las diferentes actividades realizadas en el Hospital y en Primaria, se ha tomado como equivalencia a la imagen desde el punto de vista conceptual.

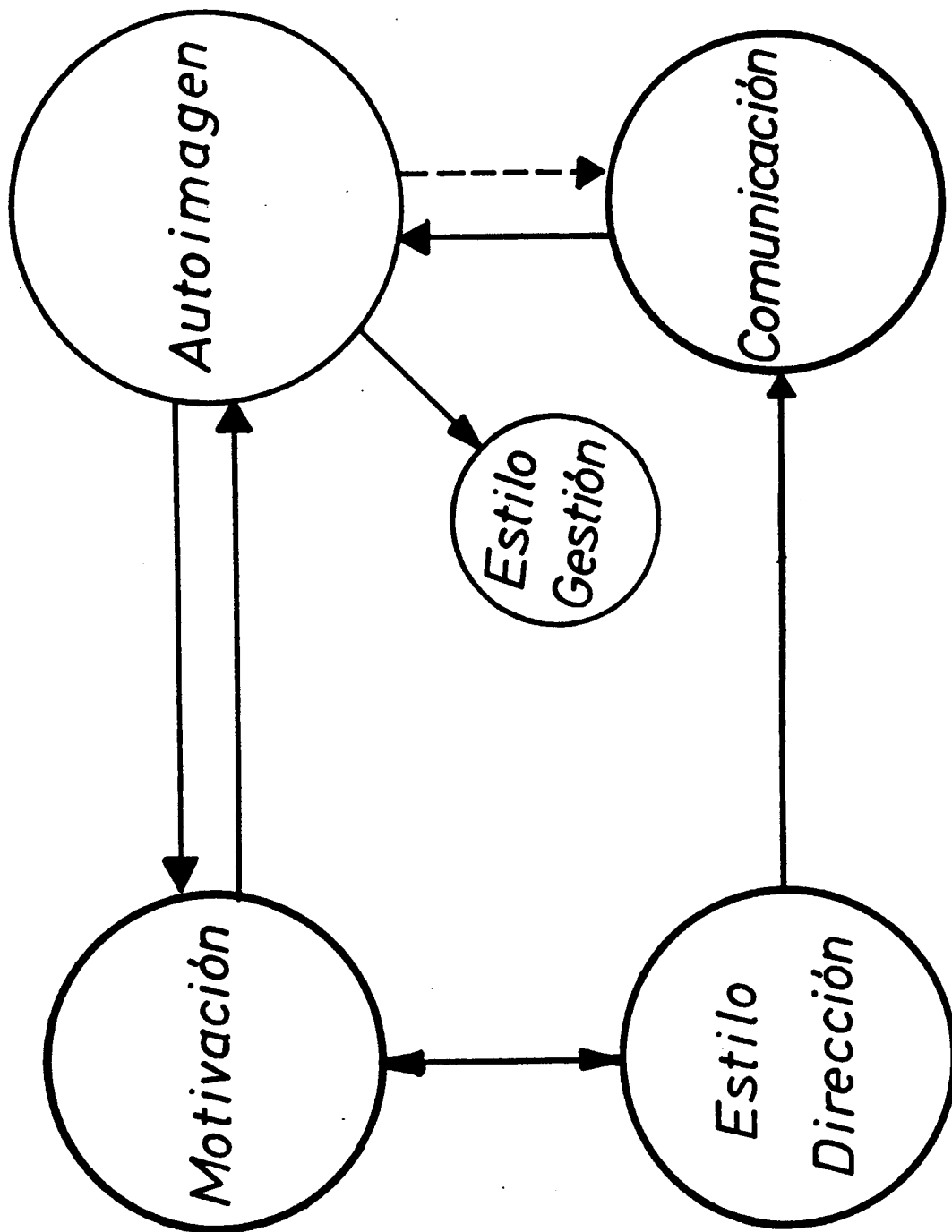
La validación de la hipótesis es posible al analizar los resultados y comprobar que se cumple la relación entre el nivel escaso de comunicación que existe entre los profesionales de Hospital y/o Primaria, y el poco conocimiento de los cuidados de enfermería que se desarrollan en el Hospital o Primaria, que hacen que las enfermeras tengan una imagen diferente al opinar que los cuidados son distintos.

En nuestra investigación podemos añadir otra Hipótesis General Validada al haber analizado los cargos de dirección y comprobar que, aún conociendo los cuidados de enfermería realizados en el Hospital o Primaria, la comunicación sigue siendo escasa y, en consecuencia, la imagen diferente al opinar que los cuidados son distintos.

En ambos estudios se puede incluir una variable no contemplada en la Hipótesis Inicial, que ha servido para reafirmar

la Hipótesis, y es la Participación conjunta de la enfermeras en los cursos, actividades o sesiones de carácter formativo, profesional o educativo. El resultado de dicha participación ha sido muy bajo.

la Hipótesis, y es la Participación conjunta de la enfermeras en los cursos, actividades o sesiones de carácter formativo, profesional o educativo. El resultado de dicha participación ha sido muy bajo.



- 1º.- El nivel de Motivación está directamente relacionado con el estilo de dirección.
- 2º.- La Motivación influye de forma negativa en la Autoimagen Profesional.
- 3º.- La Autoimagen influye de forma positiva en la Motivación.
- 4º.- La ausencia de Comunicación influye de forma negativa en la Autoimagen Profesional.
- 5º.- El Estilo de Dirección profesional influye de forma negativa en la Comunicación.
- 6º.- El grado elevado de Autoimagen en las direcciones de enfermería, influyen en su Estilo de Gestión. (fig. pág. 194)

CONCLUSION:



- Al incrementar la Autoimagen profesional, se eleva el grado de Motivación.
- Al incrementar la Comunicación, se eleva la Autoimagen profesional.

Propuestas hacia el futuro

5.- PROPUESTAS HACIA EL FUTURO.

5.1- HACIA EL FUTURO DE LA ENFERMERIA.

Un programa mínimo de 10 puntos en los cuales se encierran, a nuestro criterio, los grandes objetivos a perseguir para una renovación y nueva imagen hacia el futuro de la enfermería.

1- Explicar claramente a todos los profesionales el punto de inflexión en el que se hallan y la responsabilidad social a que su trabajo les obliga. Situarlos dentro del contexto de la falta de eficiencia global de toda la actividad sanitaria. Desmitificar el concepto calidad, situándolo al mismo nivel que el de cantidad y coste, y prestigiar los puestos de mando y el management en general dentro de la profesión.

2- Estimular el análisis científico de las sistemáticas de trabajo habituales, obligando la realización de protocolos técnicos de actuación, el estudio de los métodos de trabajo, la elaboración de diagramas de proceso, etc.

3- Aplicación del método científico a la determinación de las necesidades de personal; estudio de los mismos a partir de la consideración de los grados de dependencia del enfermo respecto a la enfermería; de las posibilidades de la coordinación de turnos; de los porcentajes de absentismo, etc. Elaboración de estándares propios en vez de la utilización de los que ofrece la literatura.

4- Establecimiento de sistemáticas de control de consumos (alimentación, material sanitario, etc.) sobre los cuales la

enfermería tiene una gran responsabilidad, estableciendo pautas de utilización por enfermos tendentes tanto al ahorro de los consumos como a facilitar el cálculo analítico de los costes por proceso.

5- Establecimiento de sistemáticas de evaluación del personal, urgiendo la puesta en marcha de políticas salariales que distingan la importancia del puesto, del comportamiento de su ocupante. Posibilidad de distinguir unos de otros en función del mérito del desempeño del puesto de trabajo.

6- Establecimiento de sistemáticas de control de calidad conectadas con el control de calidad general de las instituciones. Establecer para ellos el máximo número de indicadores objetivos del nivel de calidad deseado para los cuidados de enfermería así como la sistemática de recopilación de información y de su tratamiento. la posibilidad de recoger en la historia clínica general los apartados correspondientes a la enfermería o a la existencia de una propia, junto a la información recogida del propio usuario, deben constituirse elementos básicos para ello.

7- Hacer énfasis en el aspecto humano de la profesión. Incidir en los aspectos psicológicos y sociológicos del enfermo, humanizando la atención, constituyendo así una alternativa a la reciente tecnificación y consiguiente deshumanización de toda la actividad asistencia. Redefinición de los cuidados de enfermería desde esta perspectiva. El ser humano. La sociedad y sus valores. La salud.

8- Fomento de la formación continuada y del trabajo científico y de investigación. Mayor integración de la información pre-grado con el trabajo asistencial. Formación no sólo de enfermería hospitalaria sino preferentemente para atención primaria. Énfasis fundamental en la formación continuada respecto a los temas de organización y management, así como sociología, psicología y salud pública. Elevar la formación post-grado a Licenciatura y Doctorado.

9- Esfuerzo en la integración con otros estamentos. El concepto "equipo asistencial" no es una entelequia sino que debe ser una realidad. Olvido de la situación permanentemente de agravio comparativo y cambio de la posición relativa del mismo en el diálogo con otros profesionales, en función del peso específico corporativo real alcanzado, al haberse elevado el nivel de actuación profesional.

10- Quizá debería ser considerado como primero, dar carácter prioritario al desarrollo de la formación de cuadros, al prestigio de los mismos a todo nivel, quitándoles el carácter de "mando" en el sentido peyorativo de la palabra, y dotándoles de gran contenido profesional y técnico, así como de herramientas suficientes de alta dirección y gestión. Sólo a partir de la estructura y la jerarquía será posible la transformación positiva del colectivo de enfermería.

5.2- HACIA EL FUTURO DE LA DIRECCIONES DE ENFERMERIA.

La directoras de enfermería tienen unos retos planteados para el futuro, con problemas reales o potenciales.

1- Formar o dirigir una enfermería libre para tomar sus propias decisiones en relación a sus actividades, capaz de saber cuando, porqué y como tomar decisiones, siendo capaz de defenderlas.

2- Lograr que enfermería tenga el reconocimiento como miembro de derecho en el equipo de salud, aportando su colaboración y coordinación en todas aquellas actividades que se desarrollen en su centro.

3- Estimular la necesidad de promover y desarrollar la madurez y el avance profesional de todos los miembros de enfermería.

4- Estimular un sistema directivo descentralizado en el que los miembros del equipo de enfermería participen en los procesos decisivos que afecten la practica profesional.

5- En la necesidad de mantener la autonomía profesional y en defenderla de posibles intrusiones.

5.3- EL DESAFIO QUE AFRONTAN A LAS DIRECCIONES DE ENFERMERIA.

El desafío que afronta las directoras de enfermería vienen de diferentes direcciones.

1- Desde otras disciplinas por lo que tienen la responsabilidad de realizar un trabajo de alta calidad.

2- De la propia enfermería que quiere unos objetivos claros y concretos con una terminología que clarifique sus actuaciones.

3- Aprender a trabajar en equipo (asistencia docencia) para construir un cuerpo de SER, SABER, y SABER HACER coherentes.

5.4- LÍNEAS GENERALES DE ACTUACION.

Del análisis de todo lo mencionado creemos poder aportar un punto de partida para todas aquellas personas que se dediquen a la gestión de enfermería aportando unas líneas generales de actuación que les puedan ayudar en su labor diaria.

1- Definición de un modelo asistencial de enfermería de acuerdo con la misión del Hospital/Primaria.

2- Definición de un modelo organizativo de acuerdo con los recursos existentes.

3- Dar amplia información sobre las acciones a seguir, de los objetivos y actividades planificadas.

4- Dar uniformidad a los criterios de gestión interna.

5- Potenciar y reafirmar el rol del personal de la División de enfermería.

6- Delimitar claramente, las funciones y responsabilidades para mandos y personal de enfermería.

7- Dar uniformidad a la atención básica de enfermería que se ofrece en el Hospital/Primaria.

8- Detectar las necesidades de formación del personal de la división de enfermería, facilitando y promoviendo la formación post-básica y las actividades entre profesionales de enfermería de diferentes centros.

9- Estructurar y dotar a la división de enfermería de un equipo de trabajo docente asistencial.

10- Establecer un compromiso formal entre las Direcciones del Hospital y del Sector de referencia, con la finalidad de elaborar objetivos comunes para el desarrollo y coordinación de la enfermería de ambos centros.

Bibliografía General

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- ADAN, E. (1979), *Etre infirmière*. Ed. HRW (Montreal).
- ADAN, E. (1982), *Hacia donde va la Enfermería*. Interamericana (Madrid).
- A.E.E.D. (1984), V Sesiones de trabajo "La Enfermería ante la ley". (Torremolinos).
- A.E.E.D. (1986), VII Sesiones de trabajo "La Enfermería para el 2000, un reto, unas soluciones". (Valencia).
- A.E.E.D. (1989), X Sesiones de trabajo "Diez años de enfermería en España, análisis de una situación". (Madrid).
- ALBERDI, R.M. (1983), *Conceptos de enfermería*. Ed. U.N.E.D.
- ALEXANDER W. (1782), *The History of woren from earliest antiquity to the present time*. (Londres).
- ALVAREZ SIERRA MANCHON, J. (1955), *Historia de la profesión*. Ed. Publicaciones de la academia Murga, (Madrid).
- ARROYO, P; BLASCO, R.M.; HERRERO, M y OVALLE, M. (1987), *Proyecto de la reforma de las directrices para la elaboración de los planes de estudio de diplomado en enfermería*: (Madrid).
- BALAS SAENZ, A. (1989), *ATS y Auxiliares de enfermería de la Seguridad Social*.
- BATLEY, T. (1991), *Técnicas de Gestión para profesionales*. Ed. Díaz de Santos (Barcelona).

- BULLOUGH, B. (1975), *Barriers to the nurse practitioner*. International journal of the health services, 5 : 309-317.
- CAMPBELL, C. (1987), *Tratado de enfermería, diagnóstico y métodos*. Ed. Doyma (Barcelona)
- CHAPMAN, C.M. (1985), *Theory of nursing practical application*. Harper Row Publishers (Londres).
- CHRISTY T.E. (1976), *Historical perspectives on accountability*. En: Williamson S.A., *Ed current perspectives in nursing education*. The Cu Mosby Co, (San Louis).
- COHEN, H.A. (1988), *La enfermería y su identidad profesional*. Ed. Grijalbo, (Barcelona).
- COHEN, G.J. (1991), *La naturaleza de la función directiva*. Ed. Grijalbo, (Barcelona).
- COLLIERE, M.F. (1982), *Proumouvoir la vie*. Intereditions (París).
- DAVIS y NEWSTROM (1987), *Comportamiento humano en el Trabajo*. Ed. Díaz de Santos (Barcelona).
- DE JUAN HERRERO, J.- Varios (1985), VI Sesiones de trabajo de la A.E.E.D. "La imagen del profesional de enfermería". pp. 369-373.
- DEL CAMPO, S. (1988), *Tratado de sociología I y II*. Ed. Taurus, (Madrid).
- DOMINGUEZ ALCON, C. (1984), *Cuaderno de la enfermería, Administración, Legislación*. Ed. Masson.

DONAHUE, M.P. (1985), *Historia de la enfermería*. Ed. Doyma (Missouri).

DUNCAN, W.J. (1986), *Grandes ideas en dirección de empresas*. Ed. Díaz de Santos, (Barcelona).

ESCAJA A. y FRUTOS, M. *Estrategias de Futuro*, Revista ROL, pp. 12-18.

FERNANDEZ CAVEDA, A. (1990), *La Gestión integrada de Recursos humanos*. Ed. Díaz de Santos, (Barcelona).

FERNANDEZ TRESPALACIOS, J.L. (1988), *Psicología general II*, U.N.E.D., (Madrid).

FORRER BSCHIED, M. (1988), *Realidades y experiencias de la gestión de enfermería*. Revista ROL núm 117, pp. 13-16

FRANK y ELIZONDO (1961), *Desarrollo Histórico de la enfermería*. Ed. Fournier (México).

FREEMONT E. KAST y JAMES E. ROSENZWEIG (1988), *Administración en las organizaciones*. Ed. McGraw-Hill (México).

GARZON, N. *La enfermería como profesión*. Revista ROL pp. 14-18

GONZALEZ, Y.; RUIZ J. y GARCIA, L. (1990), VI Jornadas sobre optimización en los Servicios Sanitarios E.A.D.A. "*Cultura organizacional, ausencia de una misión y carencia de un sistema de gestión orientado al logro de la eficiencia: causas de la crisis de la profesión de enfermería.*" pp. 175-189 (Barcelona)

GUILERA, E. *Evolución de la enfermería desde la óptica de gestión*. Revista ROL núm.100, pp. 32-35.

GUTIERREZ SANTOS, G. (1982), *Legislación para personal de enfermería*. Edit. Quirón.

HENDERSON, V. (1971), *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ed. CIE, (Barcelona).

HERNANDEZ CONESA, J.M. (comp) (1985), *Técnicas de grupo y su aplicación en la enseñanza de las ciencias de enfermería*. Revista ROL núm. 88 pp. 80-85.

HEWSTONE y otros (1990), *Introducción a la psicología social. Una perspectiva Europea*. Ed. Díaz de Santos (Barcelona).

HOCKEY, L. *Reto a la enfermería*. Revista ROL pp. 49-54

KAVIRATNA A.C. Trad., *Characa-Sammita* (Calcuta).

KERSHAW, B. y SALVAGE, J. (1988), *Modelos de enfermería*. Ed. Doyma (Barcelona).

KLINEBERG, O. (1968), *Psicología social vol.I*. Ed. Paidós, (Barcelona).

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R.S. y BALLACLEY, E.L. (1977), *Psicología social*. Ed. Biblioteca nueva (Madrid).

Ley General de Sanidad (1986), B.O.E.

LORENZ, T. *Un futuro prometedor*. Revista ROL pp. 4-10.

- MAGES, C. (1985), *Nursing history. The state of the art.* Croom Helm (Londres).
- MANN, L. (1980), *Elementos de psicología social.* Ed. Limusa (México).
- MASON, O.T. (1937), *Woman's share in Primitive culture.* Putnom's sons, (Nueva York).
- MELENDEZ, C. *Un pasado con futuro.* Revista ROL, núm. 100 pp. 36-39.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1984), *Curso de nivelación de ATS, Legislación I.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989), *El ejercicio de la enfermería en las Comunidades Europeas. Disposiciones vigentes y jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas.*
- MOMPARP, M.P. *Necesidades de investigación y cuidados de enfermería.* Revista ROL núm.145, pp. 19-23.
- MORAGA, M. (1989), *El nacimiento de las teorías de los cuidados de enfermería.*
- MORDECO, C. (1981), *L'evaluation et son influence dans la formation infermiere.* Ed. Centurión (París).
- MOREU, F. *¿Hacia dónde va la enfermería?.* Revista ROL, núm. 51, pp. 49-54.

- NARBORA JIMENEZ, A. (1990), VI Jornadas sobre optimización en los Servicios Sanitarios. E.A.D.A. "Formación y motivación. Estrategias para la gestión."
- PIULACHS, M.T. Definición de cuidados y determinación de funciones. Revista ROL núm. 22-26.
- POLETTI, R. (1980), *L'enrichissement des interventions en soins infirmiers*. Ed. Centurión (París).
- POLETTI, R. (1980), *Cuidados de enfermería*. Ed. Rol.
- ROBINSON, V. (1946), *White Caps: The History of nursing*. J.B. Lippincott Co, (Filadelfia).
- ROGERS, C.R. (1982), *Libertad y creatividad en la educación*. Ed. Paidós (Barcelona).
- SHYROCK. R.M. (1959), *The History for Nursing: An interpretation of The Social and medical Factors involved*. WB Saunders Co, (Filadelfia).
- STEIN, R.F. (1971), *The doctor-nurse game*, Springer Publishing Co., Inc., (Nueva York).
- STEWART, I.M. y AUSTIN, A. (1946), *A History of Nursing*. J.B. Lippincott Co, (Filadelfia).
- TAJFEL, H. (1984), *Grupos humanos y categorías sociales*. Ed. Herder, (Barcelona).
- TOFFLER, A. (1990), *El "Shock" del Futuro*. Ed. Plaza Janés Editores (Barcelona).

TUREGANO, J.F. (1953), *La enfermera en la Escuela Nacional de Instrucciones Sanitarias*. Ed. Dirección General de Sanidad, (Madrid).

VENTOSA, F. (1984), *Historia de la enfermería Española*. Ed. Ciencia 3, (Madrid).

WALSH, J.J. (1929), *The History of Nursing*. P.J. Keneyod sons, (Nueva York).