

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
SAN VICENTE MÁRTIR

**Acceso a los estudios de enfermería en función
del sexo de los estudiantes**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

D^a M^a DOLORES BURGUETE RAMOS

DIRIGIDA POR:

Dr. D PABLO VIDAL GONZALEZ

Dr. D. JOSE RAMON MARTINEZ RIERA

AÑO DE DEFENSA 2016

Dr. D. PABLO VIDAL GONZALEZ, profesor de la Universidad Católica de Valencia
San Vicente Mártir

Dr. D. JOSE RAMON MARTINEZ RIERA, profesor de la Universidad de Alicante

CERTIFICAN:

Que la presente tesis doctoral titulada **Acceso a los estudios de enfermería en función del sexo de los estudiantes**, ha sido realizada por D^a María Dolores Burguete Ramos bajo nuestra dirección, en el Programa de Doctorado en Investigación y Desarrollo para la obtención del título de Doctor por la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Para que así conste a los efectos legales oportunos, se presenta esta tesis doctoral y se extiende la presente certificación en Valencia a día de mes de año.

Fdo.: Pablo Vidal González

Fdo.: José Ramón Martínez Riera

A todos aquellos que en su calidad de mujeres y hombres trabajan para promover la vida.

Los que requieren cuidados que gozan de lo esencial de la acción de cuidar.

A las enfermeras y los enfermeros que sustituyen a aquellas personas con dificultades para cuidarse.

A todos aquellos y aquellas que tanto me han enseñado con su trabajo, su reflexión, sus cambios.

Marie Françoise Collière

1993

ÍNDICE

ABREVIATURAS / ACRÓNIMOS.....	IV
Listado de Tablas.....	V
RESUMEN.....	VII
RESUM.....	VIII
ABSTRAC.....	IX
AGRADECIMIENTOS.....	X
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Enfermería: ¿Qué es?.....	16
2.1.1. Etapa histórica.....	22
2.1.2. Etapa doméstica.....	22
2.1.3. Etapa Vocacional.....	22
2.1.4. Etapa Técnica.....	23
2.2. Género y Profesión.....	29
2.3. Justificación.....	33
2.3.1. Hipótesis.....	34
2.3.2. Objetivos.....	34
3. METODOLOGÍA.....	37
3.1. Diseño del estudio.....	37
3.2. Validación de la encuesta.....	38
3.2.1. Porqué hay que validar una encuesta.....	38
3.2.2. Métodos de validación.....	38
3.2.2.1. Procedimiento de validación seguido en el caso.....	39
3.2.2.2. Análisis de los ítems eliminados y razones de la eliminación.....	39
3.3. Población y muestra.....	42
3.3.1. Criterios de inclusión.....	42
3.3.2. Criterios de exclusión.....	43
3.4. Consideraciones éticas.....	45
3.4.1. Valor social o científico.....	46
3.4.2. Validez científica.....	46
3.4.1. Selección equitativa de los sujetos.....	47
3.4.1. Proporción favorable de riesgo-beneficio.....	47
3.4.1. Consentimiento informado.....	47
3.4.1. Respeto a los sujetos participantes.....	48
4. RESULTADOS:.....	50
4.1.1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada.....	50
4.1.2. Sexo.....	50
4.1.3. Edad actual.....	50
4.1.4. Edad a la que comenzó a pensar en estudiar enfermería.....	50
4.1.5. Estratificación por cursos:.....	50
4.1.6. Estudios anteriores.....	50
4.1.7. Familiar enfermero/a.....	51
4.1.8. Pertenencia a Facultad/ Escuela adscrita.....	51
4.2. Percepciones de los estudiantes de enfermería de la Comunidad Valenciana en relación a la profesión.....	53

4.2.1.	Percepciones relacionadas con las oportunidades que pueda brindar la práctica profesional (ítems 1 y 2).....	53
4.2.2.	Percepciones sobre las influencias que se pueden ejercer sobre los sujetos en la elección de la disciplina (ítems 3, 4 y 7)	54
4.2.3.	Percepciones sobre los aspectos negativos relacionados con la disciplina enfermera (ítems 5 y 6)	55
4.2.4.	Percepciones en su interacción con otros profesionales durante su entrenamiento (ítem 11 y 12)	57
4.2.5.	Percepciones en relación con estereotipos de género (ítems 8, 9, 10, 13 y 14)	58
4.3.	Análisis de independencia de las respuestas de los ítems 1-14 frente a la variable sexo	60
4.3.1.	Tabla 12. Análisis multivariante. Resultado total de la escala.....	64
	SEGUNDA PARTE.....	66
5.	Metodología	67
5.1.	Diseño del estudio	67
5.2.	Elección de la entrevista como intercomunicación de impresiones.	67
5.3.	Población y diseño muestral.....	68
5.4.	Razones de su elección:	68
5.5.	Numero de entrevistados.....	68
5.6.	Técnica de recogida de información.....	69
5.7.	Borradores.....	69
5.8.	Técnica de procesamiento y análisis de datos	72
5.9.	Recopilación de datos de las entrevistas a los profesionales.....	73
5.10.	Consideraciones éticas.	75
5.10.1.	Consentimiento informado	75
5.10.1.	Respeto a los sujetos participantes.	75
5.11.	Resultados.	76
5.12.	Profesión enfermera.....	76
5.12.1.	Influencias en la elección de la profesión:.....	76
5.12.2.	Influencia hacia los otros.....	76
5.12.3.	Motivos para ser enfermera/o	77
5.13.	Trayectoria laboral y vital	78
5.13.1.	Estabilidad económica.....	78
5.13.2.	Reflexiones sobre nuevos campos de actuación/nuevos entornos	79
5.13.3.	¿Se puede seguir siendo enfermera asistencial a lo largo de toda la vida laboral.....	80
5.13.4.	¿Es una profesión?.....	80
5.13.5.	¿Es una vocación?	81
5.13.6.	Código ético.....	82
5.13.1.	Orgullo de pertenecer a esa profesión.....	82
5.13.2.	Formación.....	83
5.13.2.1.	Formación básica:.....	83
5.13.3.	Visión técnica de la profesión.....	84
5.13.4.	Docencia alejada de la práctica.....	85
5.13.5.	Formación continuada	86
5.13.6.	Trabajo en equipo	86
5.13.7.	Valores recibidos/valores actuales.....	87

5.14. Experiencias con los otros	88
5.14.1. Feminización: Identificación de los varones con el cuidado	88
5.14.2. Ausencia de discriminación	89
5.14.3. Liderazgo	89
5.14.4. Violencia en las relaciones laborales	91
5.14.4.1. Violencia en las relaciones con los otros miembros del equipo.....	91
5.14.4.2. Violencia en las relaciones con los pacientes	92
5.14.4.3. Cambios en la actitud de los pacientes a lo largo del tiempo	93
5.14.4.4. Relaciones familiares.....	93
5.14.5. Frustración	94
5.14.5.1. Aspectos negativos de la profesión.....	94
5.14.5.2. Sensación de no haber alcanzado metas profesionales y personales	95
5.14.6. Mito de la enfermera.....	95
5.14.6.1. ¿Debería cambiar enfermería? Visión de la enfermería en la sociedad.....	95
Resumen de los resultados de la metodología cualitativa, Tabla 13a.....	97
Resumen de los resultados de la metodología cualitativa, Tablas 13b.	98
Resumen de los resultados de la metodología cualitativa, Tablas 13c.	99
5.14.7. Limitaciones del estudio	100
6. DISCUSIÓN:	102
6.1. Interpretación de los resultados	102
6.2. Profesión enfermera.....	102
6.3. Formación.....	108
6.4. Conflictos, discriminación, identificación con el cuidado, no alcanzar metas profesionales y personales.....	112
6.5. Frustración, imagen profesional, orgullo.	120
7. CONCLUSIONES	124
8. REFERENCIAS.....	128
ANEXOS	140
9. ANEXO I	141
10. Anexo II	150
11. Anexo III.....	151
Anexo IV	152
11.1. Consentimiento informado para los profesionales.....	152
12. Anexo V.....	153
12.1. Transcripción entrevistas.....	153
13. Anexo V Tablas Alfa de Conbrach	230

ABREVIATURAS / ACRÓNIMOS

CIE: Consejo Internacional de Enfermería.

ATS: Ayudante Técnico sanitario

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

NANDA: North American Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classifications

NOC: Nursing Outcomes Classifications

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior

CFNI: Inventario de Conformidad con las Normas Femeninas

CMNI: Inventario de Conformidad con las normas Masculinas.

ANA: American Association Nursing.

CIE: Consejo Internacional de Enfermería.

DEA: Diploma de cursos avanzados.

CIDE: Comisión Investigadora de Docencia y Ética.

EFQM: Modelo Europeo de la Calidad Total

E.V.E.S Escuela Valenciana de Estudios de Salud

NISA. Nuevas Inversiones en Servicios, S.A.

Listado de Tablas

Tabla 1a. α de Cronbach.....	Pág.40
Tabla 1b. α de Cronbach.....	Pág.41
Tabla 2 Variables respuesta.....	Pág.42
Tabla 3a Distribución de la muestra.....	Pág.43
Tabla 3.b Distribución de la muestra.....	Pág.44
Tabla 4 Resumen de los datos demográficos	Pág.53
<i>Percepciones de los estudiantes de enfermería de la Comunidad Valenciana en relación a la profesión</i>	
Tabla 5 a. Ítem 1. La enfermería es una carrera estable y con muchas salidas.....	Pág.54
Tabla 5b. Escogí estudiar enfermería por ayudar a la gente.....	Pág.54
<i>Percepciones sobre las influencias que se pueden ejercer sobre los sujetos en la elección de la disciplina</i>	
Tabla 6a. Ítem 3. Animaría a mis amigas a que fueran enfermeras.....	Pág.55
Tabla 6b. Ítem 4: Animaría a mis amigos a que fueran enfermeros.....	Pág.55
Tabla 6c. Ítem 7: Elegí estudiar Enfermería por influencias familiares.....	Pág.56
<i>Percepciones sobre los aspectos negativos relacionados con la disciplina enfermera</i>	
Tabla 7a. Ítem 5. La enfermería no es un desafío intelectual.....	Pág.56
Tabla 7b Ítem 6. La enfermería no es una profesión autónoma en la toma de decisiones profesionales.....	Pág.57
Tabla 7c. Ítem 14 En ocasiones me pongo a la defensiva cuando digo que estudio enfermería.....	Pág.57
<i>Percepciones en su interacción con otros profesionales durante su entrenamiento</i>	
Tabla 8a. Ítem 11. He tenido dificultades de comunicación con los/as compañeros/as de diferente sexo.....	Pág.58
Tabla 8b. Ítem 12. He tenido dificultades en las relaciones con mis superiores.	Pág.58

Tabla 9a. Ítem 8 Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo.....	Pág.59
Tabla 9b. Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas.....	Pág.59
Tabla 9c. Ítem 10 Los hombres no se identifican con los cuidados.....	Pág.60
Tabla 9d. Ítem 13 Los hombres no se sienten atraídos por la Enfermería por ser una profesión tradicionalmente femenina.....	Pág.60
Tabla 10a. Ítem 8 Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo.....	Pág.62
Tabla 10b. Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo. Frecuencias en relación al sexo.....	Pág.62
Tabla 10 c. Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo. Chi-Cuadrado en relación al sexo.....	Pág.63
Tabla 11a. Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas.....	Pág.64
Tabla 11b. Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas. Frecuencias.....	Pág.64
Tabla 11c. Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas. Chi-Cuadrado en relación al sexo.....	Pág.64
Tabla 12. Análisis multivariante. Resultado total de la escala.....	Pág.65
Tabla 13a resumen resultados metodología cualitativa.....	Pág.98
Tabla 13b resumen resultados metodología cualitativa.....	Pág.99
Tabla 13c resumen resultados metodología cualitativa.....	Pág.100

RESUMEN

Introducción: Ocho de cada diez enfermeras son mujeres, por lo que parece conveniente reflexionar acerca de cómo el género puede influir en la Enfermería y el pensamiento enfermero. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos. Las formas de imposición son cambiantes y los roles y estereotipos cambian según las normas y valores que impongan los grupos en el poder, ya que al ser adquiridas socialmente son susceptibles de modificarse.

Objetivo: El propósito de este estudio es conocer si existen diferencias en la visión de la profesión en función del sexo de los estudiantes encuestados; así como establecer si existen disparidades en las razones de la elección de la profesión entre los estudiantes actuales y los profesionales que están terminando su vida laboral y/o la han terminado

Material y Método: Primera parte Estudio observacional, descriptivo y sincrónico, mediante un cuestionario auto administrado. La asociación estadística entre las distintas variables fue realizada mediante el empleo de la prueba de independencia de Chi-cuadrado (χ^2). Segunda Parte: cinco entrevistas en profundidad, realizadas a profesionales de la enfermería de distinto sexo, con el fin de comparar sus vivencias con lo expresado por los estudiantes.

Resultados: El número de mujeres y de hombres en la muestra, es respectivamente de 288 y 107 que se corresponden con porcentajes de 73.8% y 26.2%. Las respuestas al cuestionario indican homogeneidad ya que las desviaciones típicas son muy semejantes. Los ítems 8 y 9 del cuestionario correspondientes a percepciones sobre estereotipos de género alcanzan diferencias significativas.

Conclusiones: No existe diferencia entre sexos en las razones argumentadas para optar por los estudios de enfermería. Tanto estudiantes como profesionales manifiestan sentirse orgullosos de su condición de enfermeros. Los profesionales además dicen que volverían a estudiar enfermería a pesar de las dificultades encontradas. Siguen coexistiendo estereotipos de género entre los encuestados.

Palabras clave: enfermería, enfermeras/os, formación, percepciones, estereotipos, vida laboral, género.

RESUM

Introducció: Vuit de cada deu infermeres són dones, pel que sembla convenient reflexionar sobre com el gènere pot influir en la Infermeria i el pensament infermer. Tal diferenciació és producte d'un llarg procés històric de construcció social, que no només produeix diferències entre els gèneres femení i masculí, sinó que aquestes diferències impliquen desigualtats i jerarquies entre tots dos. Les formes d'imposició són canviants i els rols i estereotips canvien segons les normes i valors que imposen els grups en el poder, ja que en ser adquirides socialment són susceptibles de modificar-se.

Objectiu: El propòsit d'aquest estudi és conèixer si hi ha diferències en la visió de la professió en funció del sexe dels estudiants enquestats; així com establir si existeixen disparitats en les raons de l'elecció de la professió entre els estudiants actuals i els professionals que estan acabant la seva vida laboral i / o l'han acabat.

Material i Mètode: Primera part: Estudi observacional, descriptiu i sincrònic, mitjançant un qüestionari autoadministrat. L'associació estadística entre les diferents variables va ser realitzada mitjançant l'ús de la prova d'independència de Chi-quadrat (χ^2). Segona Part: 5 entrevistes en profunditat, realitzades a professionals de la infermeria de diferent sexe, per tal de comparar les seves vivències amb l'expressat pels estudiants

Resultats: El nombre de dones i d'homes en la mostra, és respectivament de 288 i 107 que es corresponen amb percentatges de 73.8% i 26.2%. Les respostes al qüestionari indiquen homogeneïtat ja que les desviacions típiques són molt semblants. Els ítems 8 i 9 del qüestionari correspondents a percepcions sobre estereotips de gènere mostren diferències significatives..

Conclusions: No hi ha diferència entre sexes en les raons argumentades per optar pels estudis d'infermeria. Tant estudiants com a professionals manifesten sentir-se orgullosos de la seva condició d'infermers. Els professionals més diuen que tornarien a estudiar infermeria malgrat les dificultats trobades. Segueixen coexistint estereotips de gènere entre els enquestats.

Paraules clau: infermeria, infermers/eres, formació, percepcions, estereotips, vida laboral, gènere.

ABSTRAC

Introduction: Eight out of ten nurses are women, so it seems appropriate to reflect on how gender can influence on nursing and the nurse thought. Such differentiation is the result of a long historical process of social construction, which not only leads to differences between the male and female genders, but these differences imply inequalities and hierarchies between them. Forms of imposition are changing; roles and stereotypes change according to the norms and values imposed by the groups in power, since being acquired socially these are modifiable.

Objective: The purpose of this study was to determine whether there are differences in the vision of the profession by the gender of students surveyed; and to establish whether there are differences in the reasons for the choice of profession among current students and professionals who are finishing their careers and / or have completed them.

Methods: Part One: an observational, descriptive and synchronic study, by a self-administered questionnaire. The statistical association between variables was performed by using test of independence Chi-square (χ^2). Part Two: Five in-depth interviews conducted with nurses of both sexes in order to compare their experiences with the views expressed by students.

Results: The number of women and men in the sample is respectively 288 and 107 which correspond to percentages of 73.8% and 26.2%. The questionnaire responses indicate that the homogeneity and standard deviations are very similar. Items 8 and 9 of the questionnaire reach significant differences with respect to the variable gender

Conclusions: There is no gender difference in the reasons given for choosing nursing studies. Students and professionals say they feel proud of their status as nurses. The professionals also say they would still study nursing despite the difficulties encountered. Gender stereotypes continue to coexist among respondents.

Keywords: nursing, nurses, training, perceptions, stereotypes, working life, gender.

AGRADECIMIENTOS

Es el momento de agradecer a todos y cada una de las personas que han contribuido con su apoyo y ayuda a la realización de este trabajo.

En primer lugar al Dr. Pablo Vidal, por ayudarme y facilitarme el camino para la consecución de esta tesis. Sus correcciones han sido determinantes, para su finalización.

A mi amigo y compañero, enfermero, el Dr. José Ramón Martínez Riera por sus meticulosas revisiones, sus valiosísimas aportaciones, su aliento cuando decaía mi empeño y su entusiasmo en cada una de las ocasiones que hemos trabajado juntos: mi trabajo junto a él siempre ha sido un espacio divertido a la par que enriquecedor, lo que me ha permitido desarrollar mi trabajo con conocimientos que de otra manera habrían sido muy difíciles para mí.

A la Dra. Raquel Sánchez Padilla, por su buen consejo

A la Dra. Escrivá Agüir por todas sus recomendaciones.

A todas y todos las/ los enfermeras y enfermeros, profesoras, secretarias de estudios, Marta, Ángela, Consuelo, M Luisa, Ignacio y tantos otros de los que desconozco el nombre, pero con su accesibilidad y confianza me facilitaron los datos de los estudiantes y se tomaron el trabajo de distribuir los cuestionarios, para que pudiera comenzar mi trabajo

A Dr. German Martin, por su ayuda con la estadística y su paciencia con mis dudas, diciéndome una y otra vez que “no le molestaba”

A Carmen Ballester y Gema Sánchez alumnas de la Facultad de Enfermería de la Universidad “San Vicente Mártir” por su valiosa contribución con la búsqueda bibliográfica.

A M^a Dolores, Juan, Roseta, José Antonio y Javier por contar con su amistad, compartir conmigo sus recuerdos y sus valiosas reflexiones; fueron muy generosos aun a costa de dolor personal en algún caso.

A los estudiantes que contestaron a las preguntas, ayudándome con sus respuestas.

A mi familia por estar aquí ayudándome y animándome

**ACCESO A LOS ESTUDIOS DE
ENFERMERIA EN FUNCION DEL SEXO
DE LOS ESTUDIANTES**

1. INTRODUCCIÓN

ACCESO A LOS ESTUDIOS DE ENFERMERIA EN FUNCION DEL SEXO DE LOS ESTUDIANTES

1. INTRODUCCIÓN

Como en toda profesión la Enfermería se ha construido históricamente. El concepto de esta profesión es el resultado de la evolución del ser humano desde sus principios. Es un concepto creado y renovado a lo largo de la historia de la humanidad, desde la necesidad de nuestros ancestros de ayudar y cuidar al enfermo hasta la profesionalización de dichos cuidados mediante una formación profesional impartida en lugares especializados. Un control de las actividades orientadas a cubrir las necesidades de la sociedad en continua evolución que deben desempeñarse en dicha disciplina y un reconocimiento legal de la profesión (Carrillo, Arras y Moriel, 2012). Así pues en esta disciplina nos encontraremos con unas fuentes que nos demarcaran el origen femenino en una sociedad androcéntrica y otras citarán y compilarán unos orígenes masculinos. En la profesión enfermera está latente la huella sexuada en la práctica profesional.

¿Tiene un origen absolutamente femenino esta profesión? Para poder responder a estas y más cuestiones que surgirán a lo largo de esta introducción debemos desvelar qué es la Enfermería, significado de la misma, relaciones, deberes y obligaciones; todo esto forma la base de la identidad de género de la Enfermería.

La Enfermería está considerada y definida como un trabajo o labor apropiado para las mujeres (barreras culturales de género) no dando el debido y merecido reconocimiento a los cuidados, que ellas hasta el momento eran las encargadas de propiciar, como actividad profesional (Saavedra, 2013).

La proporción y calidad de los cuidados son conceptos estrechamente vinculados a las mujeres, se ha llegado a comprender los mismos como inherentes a su biología: naturaleza femenina. Leininger en sus escritos de los años 1978 y 1999 en relación a su teoría transcultural sostiene que *“Cuidar es un fenómeno universal expresado en acciones, y esas acciones varían o son diferentes, según las diversas culturas y a partir de quienes dan los cuidados y de quienes los reciben, según las percepciones, experiencias y significados”*. Esto es aplicable mediante *“el modelo del sol naciente”*, de la misma autora, que describe al ser humano como un ente integral: no se puede separar de la concepción que tiene él mismo sobre el mundo (nivel uno),

es decir no se puede separar la procedencia cultural del individuo (nivel dos y tres), ni su estructura social (nivel cuatro) de su visión mundial (Aguilar, Carrasco, García, Saldivar y Ostiguín, 2007).

2. MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. *Enfermería: ¿Qué es?*

Hace más de 100 años que Florence Nightingale (1820-1910) definió la enfermería como el “acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarle en su curación”. Nightingale consideraba que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era fundamental para la recuperación del paciente, comparado esto con las condiciones de los hospitales de la misma época resultaría obvio en nuestros días pero no así en esa época. Al elevar el prestigio de la profesión a través de la educación, desterró la imagen de las enfermeras como amas de casa sin formación, en personas formadas en el cuidado de los enfermos.

Virginia Henderson (1897-1996) fue una de las primeras enfermeras contemporáneas que definió la enfermería. Escribió que “la función propia de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que podría realizar por sí mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento, y realizarlo de la forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. Al igual que Nightingale, Henderson (1994) describió la enfermería en relación con el paciente y con su entorno. A diferencia de la primera, Henderson veía a las enfermeras relacionadas con individuos tanto sanos como enfermos. Reconoció que las enfermeras interactuaban con los pacientes incluso cuando no era posible su curación, y mencionó las funciones de la educación y defensa de la enfermera.

En 1987 La Canadian Nurses Association (CNA) fundada en 1918, describió la práctica de la enfermería como una relación dinámica, atenta y de ayuda en la que la enfermera ayuda al paciente a obtener una salud óptima. Es a partir de la segunda mitad del pasado siglo, cuando se empiezan a desarrollar definiciones teóricas de la enfermería a partir de las propias enfermeras. Estas son importantes porque avanzan en el pensamiento enfermero al ir más allá de comunes definiciones simplistas, ya que describen lo que es la enfermería, el paciente el entorno y el objetivo que se pretende con el paciente: la salud.

Ciertos temas son comunes a muchas definiciones (Kozier, Erb , Berman y Snyder, 2005) entre ellos están:

- ✓ La enfermería es cuidado
- ✓ Es un arte
- ✓ Es una ciencia
- ✓ Está centrada en el paciente
- ✓ Es holística
- ✓ Es adaptable
- ✓ Está relacionada con la promoción de la salud, el mantenimiento de esta y su restauración
- ✓ Es una profesión de ayuda

Las asociaciones profesionales de Enfermería, como la Canadian Nurses Association y American Nursing Association entre otras, también han desarrollado definiciones sobre la misma y reconocen cuatro características esenciales a la práctica contemporánea de la enfermería:

- ✓ La atención a toda la gama de experiencias humanas y respuestas frente a la salud y la enfermedad sin las restricciones de una orientación centrada en el problema
- ✓ La integración de los datos objetivos con el conocimiento adquirido a través de la comprensión de la experiencia subjetiva del paciente o de su grupo.
- ✓ La aplicación del conocimiento científico al proceso de diagnóstico y tratamiento
- ✓ Proporcionar una acción de cuidados que facilite la salud y la curación (Kozier, Erb, Berman y Snyder, 2005)

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), fundado en 1899, la Enfermería es “aquella profesión que abarca cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas”.

La noción de cuidado forma parte de nuestra cotidianeidad, y su uso se halla tradicionalmente arraigado en el dominio tanto de lo público como de lo privado, en lo doméstico y en lo productivo, en lo manual y en lo intelectual resultando comúnmente aceptada su acepción vulgar, concreta o reducida casi de manera universal. Esto es

así hasta el punto de que dicha convención ha venido a delimitar con firmeza un espacio conceptual que ha mantenido de manera incuestionable su dimensión restringida por encima de cualquier opción de discusión respecto a lo controvertido de las condiciones efectivas de su naturaleza. En líneas generales, esta coincidencia de representaciones se sintetiza en la definición del cuidado en tanto que acción, actividad o su conjunto, de asistencia o atención, no solamente humana sino de la que participa el mundo animal en sentido extenso y que resulta fundamental para la supervivencia (Hernández Conesa, Moral De Calatrava y Esteban Albert, 2003), (Hernández Conesa, 1999), (Salas Iglesias, 2004)

Se entiende como disciplina enfermera la ciencia enfermera y como profesión enfermera el ejercicio o práctica de la enfermería basado en el conocimiento enfermero (Benavent Garcés, Ferrer Ferrandis y Francisco del Rey, 2001). La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer un marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería, es decir su contribución a la salud de las personas y los grupos, los aspectos metodológicos con los que lleva a cabo esta contribución y la intervención en el campo enfermero.

La disciplina enfermera se incluye dentro del grupo de las disciplinas profesionales, su campo de estudio y de práctica es, como ya se ha dicho en anteriores párrafos, el cuidado de la salud global de la persona. Se caracteriza por su perspectiva única, su metaparadigma, sus definiciones de enfermería son compartidas por la mayoría de sus miembros así como su filosofía (Barnum, 1998). Todas estas características proporcionan una forma diferenciada de contemplar los fenómenos de interés de la enfermería y debe guiar el desarrollo del cuerpo de conocimientos que sustenta y delimita el contenido y los procesos relacionados con las competencias docentes, administradoras, clínicas e investigadoras que desempeñan las enfermeras

Si tuviéramos que definir cuál es el principal cambio que se ha realizado en el colectivo enfermero español en las últimas décadas, podríamos decir que -sin duda- el mayor avance ha sido la modificación del objetivo del trabajo enfermero. Este ha dejado de pivotar alrededor de la ayuda a otro profesional o de la patología para pasar a estructurarse en relación a la persona a la que se atiende, a sus requerimientos de ayuda para seguir un tratamiento, para controlar o manejar adecuadamente su

enfermedad o para abordar con éxito una situación de riesgo para su salud o bienestar (Alberdi Castell y Cuxart Ainaud, 2005).

El movimiento de teorización de la ciencia enfermera se inició en Norteamérica entre los años 1960 y 1980 (Siles y Solano, 2007), como resultado de los esfuerzos de enfermeras que definieron los límites de la enfermería; las razones por las cuales se iniciaron en EE.UU fue debido a que las enfermeras norteamericanas tuvieron acceso a la formación superior mucho antes que en otros países, entre ellos el nuestro. Sin lugar a dudas, este acontecimiento propicio que el desarrollo teórico de la enfermería se haya dado en este país mucho antes que en el resto de los países del mundo. El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido espectacularmente notorio en las dos últimas décadas, haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de esta profesión: “el arte de la enfermería”, es decir, los aspectos de interrelación de la enfermera con el usuario/a como elemento esencial del mismo, coincidiendo en afirmar esto tanto teóricos como investigadores. Encontramos en la literatura actual trabajos (Rivera y Herrera, 2006), (Lipson, 2008), realizados con el objetivo de avanzar en la conceptualización del cuidado, trabajos en los que tanto usuarios como enfermeras coinciden en identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las características. Así: La implicación de la enfermera con el usuario, el contacto físico, la escucha activa, el acompañamiento, la información para aumentar el autocuidado, la preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

La naturaleza de cuidado es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud (Colliere, 1993). Sin embargo los sistemas sanitarios y más concretamente las instituciones hospitalarias con modelos en líneas generales impregnados del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales (Poblete y Valenzuela, 2007), cumplen la función de socializar a los individuos con pautas y normas establecidas, para adaptarlas e integrarlas al sistema. Es por ello que el cuidado holístico se ve, en muchas ocasiones, condicionado por tareas delegadas de tipo biomédico. Por tanto quedan relegadas a un segundo plano o a la voluntariedad de las profesionales, competencias propias como la comunicación y la intervención con personas y familias, que son aspectos definitorios y claros de un buen cuidado, pero

con una escasa valoración por parte tanto de las propias enfermeras como de las personas que los reciben. (García Cabeza, 2014)

En nuestro país la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003), define las competencias del profesional enfermero (Chamizo, 2012):

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

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

Con el real Decreto 1231/2001, en España se aprueban los estatutos generales de la Ordenación Colegial de enfermería y en su artículo 53 nos habla de que *“Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana”.*

En el decreto anteriormente citado nos habla también que compete a la profesión enfermera la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

De todo lo anterior se desprende que el cuidado, es la razón de ser de la Enfermería. Si la profesión médica implementa tratamientos, la enfermería proporciona cuidados. Si dichos cuidados, en los orígenes de la sociedad fueron muy básicos, a medida que ésta va evolucionando se convierten en complejos. La Enfermería actual se encuentra inmersa, en las cada vez más complejas Ciencias de la Salud sin renunciar en ningún caso a su misión. La adaptación a los cambios aportados por los nuevos conocimientos, supone un reto, pero también una oportunidad de progreso.

Aunque cuidar es una actividad básica e indispensable para sobrevivir, ya que los seres humanos nacemos con una gran indefensión, el cuidado constituye una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. Para las enfermeras el cuidar se ha convertido en la función exclusiva de un gremio, al cual algunos, pocos, le llaman oficio y otros, le llamamos profesión de enfermería. Para Marie Françoise Collière (1993, 339) *“cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades”* *“cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”*. Estos conceptos nos hacen reflexionar sobre cómo a través del tiempo se necesitaron hombres y mujeres que de forma natural y espontánea desarrollaron esta actividad, incorporando conocimientos y sabiduría transmitidos generación tras generación, situación a la que Juana Hernández Conesa (1999) define como la cosmovisión del cuidado, en donde convergen las dimensiones histórico-antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería. Cuidar entonces se hace una tarea en la cual los expertos en la materia aplican sus conocimientos durante todo el ciclo de vida del hombre, percibiendo las respuestas humanas que este tiene. Desde el punto de vista de Patricia Benner (1987), el cuidado determina lo que puede ser percibido o conocido por una persona y se dirige hacia la respuesta individual determinada por su mundo vivencial, es decir, los cuidados deben proporcionarse individualmente, tomando en cuenta los factores de condicionamiento básico de cada persona. Estos incluyen su historia, su cultura, sus creencias, su espiritualidad y el medio socioeconómico en el que viven, por lo tanto practicar el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo o cada comunidad. (Villela Rodríguez, Guil Bozal y Lara Barrón, 2010), (Gea Sánchez, 2010).

Por lo tanto el objetivo de la profesión, es decir la meta hacia la cual tienden los miembros de la profesión enfermera es cuidar (Francisco del Rey, 2008), pero este objetivo es ideal y delimitado. Es ideal en sentido figurado, puesto que indica el ideal perseguido por el colectivo profesional, es delimitado porque define los límites de la profesión.

Los profesionales tienden hacia un ideal aunque no siempre es posible alcanzarlo, pero al mismo tiempo, no tratan de hacerlo todo y aceptan con realismo ejercer una acción limitada. La meta de enfermería es una meta específica: el cuidado, que tiene que ser a su vez congruente con el resto del equipo de salud, pero lo

suficientemente diferente para que justifique la presencia de la enfermera en el equipo, es decir la meta de los cuidados no es otro que la satisfacción de las necesidades de las personas. (Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño y Medina-López, 2009).

La enfermería ha pasado por una serie de etapas a lo largo de su historia, estas han sido:

2.1.1. Etapa histórica

De oficio a profesión, la Enfermería tiene y ha tenido siempre como su principal base los cuidados, por eso desde que existe la humanidad existe la Enfermería porque siempre ha habido individuos dependientes, incapaces de valerse en cuanto a cuidados, por sí mismos.

Según Martínez y Chamorro (2011) y Hernández (1999) en España se pueden distinguir cuatro etapas (parten de los estudios de la enfermera francesa Marie Françoise Collière, 1930-2005):

2.1.2. Etapa doméstica.

Comprendería desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano. Las mujeres son las que proporcionan exclusivamente los cuidados en la familia y su entorno, y esto lo llevan a cargo mediante el uso de plantas medicinales y rituales sanadores. Siles y Solano (2007) definen esta etapa como:

“El rol socio-sanitario de la mujer en el contexto doméstico se ha mantenido durante milenios y es un antecedente de gran importancia para entender el proceso de profesionalización de la enfermería”

2.1.3. Etapa Vocacional

Comprendería desde el Cristianismo hasta la época Moderna: mujeres seglares, monjas y más tarde monjes en las cruzadas son los que durante esta época proporcionarán los cuidados. Comienzan a nacer hospitales regidos por órdenes religiosas cuya principal tarea es atender a los enfermos. La historia de la enfermería no es exclusivamente una historia de mujeres, de hecho en los siglos IV y V los hombres trabajaban como enfermeros en los principios de la profesión, en los monasterios dando alguna forma de cuidado y protegiendo de las enfermedades, curando heridas y contribuyendo a prestar cuidados en el final de la vida. La Orden de

Malta nació en la Edad Media (Soberana Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén), su esencia se recogía en su función hospitalaria, su génesis de ayuda y servicio, es lo que le ha permitido persistir en los siglos. La Orden de San Juan de Jerusalén, un orden militar de caballeros o caballeros hospitalarios fue la primera de muchas órdenes de caballería fundadas en los siglos XI y XII. Los Caballeros de San Juan de Jerusalén defendieron Jerusalén durante las Cruzadas, más tarde dieron protección a los viajeros peregrinos, crearon hospitales y castillos a través de toda Europa que servían para por una parte alojar a los peregrinos y por otra para proveer lugares donde atender las enfermedades (Evans, 2004). Destacar que aunque los cuidados recaían principalmente en las mujeres, eran mayoritariamente hombres los que compilaban en manuscritos el protocolo de dichos cuidados, como ejemplo el libro escrito por Humberto de Romans en 1269, “De Officiis Ordinis Praedicatorum”,(Neyla. 2010) en el cual se describe detalladamente el oficio de enfermero pero no así el de enfermera.



Jerusalén Fotografía 1 (Propiedad de la autora)

2.1.4. Etapa Técnica

Comprendería los siglos XIX-XXI (Edad Contemporánea).

Dentro de los diversos movimientos que surgirán a lo largo de estos dos siglos podemos destacar:

Mantenimiento de la enfermería dentro del sistema religioso.

Sufragar y preparar a individuos para que mediante remuneración practicasen cuidados de salud.

Florence Nightingale (1820-1910), precursora de la Enfermería moderna, creó en 1860 una escuela donde se enseñaba el arte de la Enfermería y estableció firmemente la profesión como una ocupación para mujeres. Para ella, cada mujer era una enfermera y las mujeres que se entrenaban para la enfermería estaban haciendo algo que era consustancial a ellas mismas. En el estilo de aprendizaje Nightingale, las mujeres eran de una manera natural “*enfermeras*”. Las enfermeras son mujeres como los pacientes son niños, reflejando los valores sociales basados en la división de los trabajos basados en el género. En la familia el modelo institucional, que emergía, el rol dominante del padre era asumido por los clínicos. El hecho de un hombre enfermero era consecuentemente incompatible con la ideología prevalente en ese tiempo. Persiste el rol subordinado a una obediencia ciega en el médico (Villela Rodríguez, Guil Bozal y Lara Barrón, 2011)

Las profesiones de Practicante y Matrona aparecen en nuestro país en 1857, con la Ley de Instrucción Pública, conocida como Ley Moyano, por ser su impulsor el Ministro de Fomento D. Claudio Moyano Samaniego. El Reglamento que regularía estas profesiones aparecería cuatro años más tarde, en 1861, mientras que un año antes, y con carácter provisional, aparecería la Real Orden de 26 de junio de 1860 en la que se desarrollaba el párrafo segundo del citado Artículo 40 de la Ley Moyano. En esta Real Orden se recogían los conocimientos exigidos a los aspirantes al título de Practicante y Matrona, así como otros aspectos relativos a ambas titulaciones (Calvo, 1866).

En el año 1896, se crea la primera Escuela de Enfermería en Madrid: “Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría”, fundada por Dr. Federico Rubio y Galí (Chamizo, 2010). Federico Rubio fundó esta escuela como consecuencia de sus viajes a Inglaterra, de sus relaciones con personalidades destacadas del sistema sanitario inglés y de su conocimiento de la Fundación Nightingale. El plan de estudios de esta escuela se basaba en dos años de formación teórica y práctica, impartidas por

médicos del hospital la Princesa de Madrid y de formación moral, que recaía sobre las monjas de dicho hospital. El primer requisito que se exigió a las alumnas fue el de practicar la religión católica y vestir uniforme de rayadillo con delantal blanco, en cuyo peto llevaban la Cruz de Malta morada con la corona real bordada en el centro y una inscripción en seda amarilla con el título de la Escuela. Usaban alpargatas abiertas y zuecos de madera. Se las obligó a cortarse el pelo al rape y llevar la cabeza cubierta con un birrete ribeteado de amarillo (Miró Bonet, 2008)

Durante la Guerra Civil (1936-1939) se paraliza la formación de enfermeras, matronas y practicantes, como consecuencia nacen cuerpos como: cuerpos auxiliares de damas enfermeras militares, enfermeras de guerra. El final de la Guerra Civil supuso un cambio fundamental en la consideración profesional de las enfermeras: antes de ella, eran profesionales con autonomía, Las matronas y los practicantes eran referentes importantes de la comunidad. En infinidad de lugares a lo largo de todo el Estado eran los principales y únicos profesionales de referencia durante 24 horas y la figura del practicante era reconocida socialmente, y con independencia profesional. Después de la guerra, las enfermeras y practicantes pasan a depender totalmente del médico. Se crea la figura del ATS (Ayudante Técnico Sanitario), sin equivalente en la sanidad mundial, con la consiguiente pérdida de identidad profesional. Junto a esto se adjudicaron a las mujeres y por lo tanto a todas las profesiones que se consideraban “*femeninas*” unos determinados valores que llevaron incluso a una separación en función del sexo del estudiante en las distintas escuelas.

En ellas además de impartir contenidos distintos, en función de que la escuela fuera masculina o femenina, se llegaba a situaciones tan paradójicas como no impartir, en la sección femenina, anatomía del aparato reproductor masculino, por considerarlo obsceno. Junto a esto, ambas secciones tenían una orientación asistencial diferente según el sexo de los alumnos. Los ATS masculinos ocupaban plazas de los Servicios más “técnicos” (Laboratorio, Radiología) además de las plazas de ATS de Cupo o de Zona. En cuanto a las ATS, eran destinadas a las Unidades de Hospitalización, Quirófanos y Ambulatorios

Los contenidos de los estudios de ATS fueron diseñados para proporcionar una formación técnica, de destrezas y habilidades cuya justificación siempre estaba en función del diagnóstico y del tratamiento médico. Nunca se pensó que esos

profesionales, precisamente para que pudieran ejercer una profesión y no un oficio, deberían disponer de bases disciplinares que les permitieran identificar su propio campo de actuación, justificarlo, evaluarlo y ampliarlo en función de los avances científicos logrados en el mismo. Fuera de España la identificación profesional como ATS no tenía equivalente ninguno y no se la relacionaba con las enfermeras

El Decreto del 4 de Diciembre de 1953, produjo la unificación de los estudios de Enfermería pasándose a llamar la nueva titulación Ayudante Técnico sanitario (ATS). En 1957 se regula la primera especialización para ATS, será la titulación de Matrona.

En el Real Decreto 2128/1977 se integraron las escuelas de ATS en las universidades. La entrada en la Universidad, producida a raíz de los conflictos que se desarrollaron a lo largo de los años 1976 y 1978 (Germán Bes, 2014), hizo que se crearan las Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE) y el cambio a la denominación de Diplomados Universitarios de Enfermería de los nuevos profesionales. Las Escuelas desarrollaron programas reformando los anteriores, dirigiendo hacia la atención global de la persona, poniendo especial énfasis en la atención a la comunidad y desechando la idea de que la práctica profesional debía circunscribirse al ámbito hospitalario, lo que permitió la posibilidad de acceder para trabajar en lugares diferentes a los que las enseñanzas anteriores habían acostumbrado (Siles y González, 2012)

En el Real Decreto 111/1980 se marcaron las directrices para homologar el título de ATS al nuevo Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), esto ocurre 70 años después de la primera escuela universitaria en EEUU. Paralelamente se organizó por el Consejo Nacional de ATS un curso de nivelación que homologó a las profesoras de las escuelas de ATS, desde el punto de vista académico y permitió excepcionalmente y de forma transitoria a algunos titulados, a los ATS entre ellos, a enseñar en las Escuelas transformadas.

Gran parte de las actuales enfermeras españolas, es decir todas las que estudiaron antes de 1978, se formaron bajo estas premisas, y constituyen una parte fundamental del colectivo enfermero español. Un número importante de enfermeras que en la actualidad ocupan puestos de responsabilidad profesional, han trabajado y trabajan seriamente para poder desarrollar sus funciones con la máxima profesionalidad, incluyendo el permanente esfuerzo de valorar cuantos de los

estereotipos negativos, que les fueron inculcados en sus estudios de ATS, siguen vigentes y cómo poder cambiarlos. También es cierto que las imágenes femeninas basadas en la domesticidad son cada vez más anacrónicas, aunque arraigadas en el contexto laboral

Con el desarrollo del Proceso de Atención Enfermería (PAE): valoración, identificación del problema, planificación, ejecución y evaluación, se desarrollaron grupos de estudios con el fin de diseñar herramientas que unificaran el lenguaje utilizado por los profesionales y también su práctica: North American Diagnosis Association (NANDA, Internacional, 2010), Nursing Interventions Classifications (NIC) y Nursing Outcomes Classifications (NOC) (American Nursing Diagnosis NANDA 2009-2011).

Una vez alcanzada la inclusión de la Enfermería en el grupo de las carreras universitarias y desde la segunda mitad del siglo XX, la profesión enfermera ha seguido un continuo progreso, asentado en la búsqueda rigurosa y metodológica en la manera de prestar cuidados, hasta el desarrollo académico al que estamos asistiendo, algo que no podíamos imaginar hace tres décadas, cuando nos integramos con los estudios del primer ciclo en la universidad.

La integración de la enfermera americana y canadiense en la educación universitaria, con pleno desarrollo académico, favoreció la investigación aplicada y el desarrollo de teorías, que generaron una corriente de pensamiento enfermero en el marco del cuidado de la salud, como forma particular de conocimiento.

Europa reaccionó más tarde, principalmente como consecuencia de la necesaria recuperación que tuvo que asumir, resultado de la Segunda Guerra Mundial, para que la Comunidad Económica Europea sentara las bases de una cultura y unos valores que fueran comunes a los diferentes miembros.

Como consecuencia de lo anterior, se produjo el debate sobre la creación de un Espacio Europeo de Educación Superior, y la educación enfermera se incorpora a él, de la misma manera que las otras disciplinas. Fue la Declaración de la Sorbona (1988) la que inició el camino, que fue consolidado y ampliado en la Declaración de Bolonia (1999), y supuso el desarrollo de un sistema de titulaciones comparables internacionalmente, estableciendo un sistema común de créditos.

Los países firmantes, a través de la coordinación de sus políticas educativas se comprometieron a conseguir los objetivos siguientes:

- ✓ Adopción de un sistema de títulos de sencilla legibilidad y comparabilidad.
- ✓ Adopción de un sistema basado en dos ciclos principales, primero y segundo nivel.
- ✓ Establecer un sistema de créditos con el fin de facilitar la movilidad de los estudiantes
- ✓ Promover la movilidad de profesorado y estudiantes
- ✓ Promoción de la colaboración europea en la garantía de calidad con vistas al diseño de criterios y metodologías comparables
- ✓ Promoción de las dimensiones europeas necesarias en la enseñanza superior, principalmente en el desarrollo curricular, colaboración institucional, planes de movilidad y programas integrados de estudio, formación e investigación.

En nuestro país se ha adecuado la legislación para la convergencia, el reto que supone para los centros de educación superior y universidades, cambiar el sistema de enseñanza, revisar los tiempos de dedicación del estudiante y del profesorado y con el sistema de contar en Créditos Europeos (ECTS: European Credits Transference System), todo ello en la línea de mejorar la calidad de la educación y el aprendizaje, que la Comisión Europea reitera una y otra vez, mediante la publicación de Reales Decretos (RD), que desarrollan los diferentes aspectos de esta necesaria adaptación. El RD 1044/2003 establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título, de carácter transitorio hasta que no se implanten las titulaciones universitarias adecuadas a los créditos europeos.

El RD 1125/2003 establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones de las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Define el crédito europeo como “la unidad de medida del haber académico que representa la cantidad de trabajo del estudiante para cumplir los objetivos del programa de estudios y que se obtiene por la superación de cada una de las materias que integran los planes de estudio. En esta unidad de medida se integran

las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicas dirigidas, con inclusión de las horas para alcanzar los objetivos formativos”

El RD 55/2005 de 21 de enero, que establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado, de acuerdo con las líneas generales emanadas de Espacio Europeo de Educación Superior y de conformidad con lo previsto en el artículo 88.2 de la Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades. También regula los aspectos básicos de la ordenación de los estudios universitarios de primer ciclo conducentes a la obtención del correspondiente título oficial.

El RD 56/2005 de 21 de enero es por el que se regulan los estudios universitarios de Postgrado

En la actualidad y con el fin de adquirir una homogenización académica a nivel europeo, por medio del Real decreto 1393/2007 la enseñanza universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) consiste en el Grado de Enfermería (240 créditos) en cuatro años; máster de un año y doctorado.

2.2. Género y Profesión

La identidad de las profesiones se construye desde distintos parámetros. En la enfermería tradicionalmente se apela a la “vocación” o establecer compromisos con los otros, pero también se construye creando un perfil profesional basado en los conocimientos, habilidades y actitudes o competencias que enumeran un listado de cualidades o destrezas básicas que deben dominar los profesionales, pero la identidad de género, en la orientación profesional, se ve marcada claramente en la orientación educacional.

La teoría de la ética del cuidado de Gilligan (1984), sostiene que las mujeres se enfrentan y actúan ante problemas morales de forma diferente a los hombres (forma contextual), sin embargo Kohlberg resalta sin ningún pudor la inmadurez en el desarrollo moral de las mismas, así como Villela, Guil y Lara (2012) describen a la mujer como un ser inferior. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos.

Aceptar la visión de género no es siempre tarea fácil, porque necesita desmontar una estructura de la concepción del mundo en la que en ocasiones a muchos/as les resulta cómodo estar, ya que exige desarrollar maneras de pensar nuevas y comportamientos diferentes a como se ha hecho hasta entonces. La abnegación, el sacrificio, la entrega, etc., que antaño eran la identidad de género constituida socialmente, propia de la naturaleza femenina, dan paso a nuevos valores emergentes como el respeto, la mirada holística, tolerancia, justicia, asistencia, compromiso, ayuda y autonomía profesional (Blázquez-Rodríguez, 2005)

El acceso a los estudios de Enfermería sigue las directrices de cualquier otra titulación y no se ha detectado la posibilidad de desigualdades de género. Salvo la propia elección, de forma minoritaria, por parte de los varones, que se relaciona con los estereotipos de género. (Barberá, Candela y Ramos, 2008).

En el desarrollo profesional, el acceso a puestos de trabajo asistenciales de la sanidad pública se realiza mediante concurso-oposición. La movilidad interna se rige por baremo de méritos. No se observa desigualdad de género a la hora de acceder a estos puestos, si bien es cierto, que los enfermeros varones eligen servicios donde la enfermería es más técnica y goza de mayor autonomía a la hora de impartir los cuidados. La Colegiación oficial y obligatoria fue concedida casi 20 años antes a los practicantes varones que a las enfermeras mujeres.

Actualmente muchas instituciones están presididas por enfermeros, a pesar de ser un colectivo mayoritariamente femenino. Por poner algunos ejemplos: en el Consejo General de Enfermería 71% de los cargos principales está ocupado por hombres. En cuanto a las Presidencias de los Colegios provinciales que están integrados en el mismo, el 55% son hombres; en cuanto al SATSE (Sindicato de enfermería) en su presidencia el 75% son hombres también, hay que hacer notar que en la última década se ha observado un incremento significativo de mujeres en las presidencias provinciales, si bien, a nivel de la presidencia central, persisten los varones de forma mayoritaria. Ahora bien, si analizamos los puestos de libre designación, como son las direcciones, subdirecciones y supervisoras de los Hospitales y Centros de Salud, se evidencia que la mayoría son mujeres. (Barberá, Candela y Ramos, 2008).

El predominio histórico de la mujer en determinadas profesiones del ámbito de la salud (Bickel, 2001), como es nuestro caso, la enfermería y la progresiva presencia de mujeres en la medicina, lleva a reflexionar si conduce a una desvalorización de estas disciplinas y aunque en la actualidad en que la mayoría de las barreras sociopolíticas y económicas que limitaron el crecimiento de la Enfermería y de sus profesionales, se han roto, (Muldoon, y Reilly, 2003), evitando así un declive de la disciplina y promoviendo un avance necesario, aun así, se sigue conviviendo con estereotipos masculinos que se benefician de puestos privilegiados (gestión y dirección) a los enfermeros como ya apuntábamos en el párrafo anterior, aun representando estos una minoría dentro de la profesión. Desequilibrio dentro de una profesión feminizada en su origen. (Acosta, Garrido, y Fernández, 2005).

Ante esto hay que apuntar que en demasiadas ocasiones las enfermeras y la profesión son o silenciadas o poco reconocidas en el Sistema sanitario y/o en la sociedad. Lamentablemente a lo largo de la vida profesional se puede ver como muchas enfermeras en su quehacer diario tanto personal como profesional, reproducen, se supone de manera inconsciente, discursos que parecen de tiempos pasados, por lo que contribuyen a aumentar este “opacidad” profesional. ¿Es quizás esta situación la que induce a que algunos estudiosos de la Enfermería hablen de “anorexia de poder”(Gea Sánchez, 2010) , o por el contrario es más cómodo permanecer en esa zona gris que no compromete (Gancedo González, 2014)

Durante el siglo XX el feminismo en todas sus vertientes fue un movimiento que tuvo un gran impacto en la sociedad y en la política suponiendo grandes cambios, entre ellos sacar de entre la niebla el tema de las mujeres y su desigualdad. (MacKinnon, 1995)

Teniendo una convicción empírica de que el género siempre ha sido un pilar base en la construcción y organización de las sociedades, en pocas ocasiones se ha utilizado como un concepto básico analítico. Actualmente, el género, sí es un factor relevante sobre todo como determinante de las políticas de igualdad: acceso al mercado laboral y al sistema educativo. (Urray Jana, 2010).

Simone de Beauvoir (1908-1986), a mediados del siglo XX, en su segunda obra “El segundo sexo: la mujer no nace, sino que se hace” destaca el carácter no biológico de la condición de las mujeres (Beauvoir, 2012).

Mead (1901-1978), destaca que el rol y los atributos relacionados con las mujeres varían de unas sociedades a otras y que lo que en unas sociedades es atribuible a la mujer, como por ejemplo la capacidad de proporcionar cuidados y curas, en otras sociedades es totalmente lo contrario, es decir, dichas funciones están asociadas al hombre (Mead, 1973).

Durante los años 70, en España, con el fin de separar la biología y la cultura del concepto, se separa el sexo del género: se utilizaba sexo principalmente para designar las diferencias anatómica y fisiológicas entre hombres y mujeres, mientras que se utiliza el concepto género para designar las ideas y representaciones que implican una diferenciación de funciones sociales y jerarquización en cuanto al acceso al poder.

En la actualidad en el ámbito sanitario nos encontraremos con dos movimientos importantes:

La denuncia del androcentrismo en todos los niveles: investigación, docencia, asistencial y administrativo o de gestión.

La mujer entra, aunque despacio, en el campo laboral mayoritariamente copado por hombres, pero el proceso contrario cuesta más. El peso de los roles y el menor reconocimiento social y económico al trabajo más feminizado explican esas dificultades. En cualquier caso el incremento de mujeres en profesiones hace 20 años consideradas masculinas como medicina, veterinaria y podología hacen que se hayan feminizado, pero no ha ocurrido así en enfermería donde el número de enfermeras varones sigue prácticamente inamovible e incluso descendiendo, solo hay que comprobar las estadísticas del Instituto Social de la Mujer (2014). Por otra parte, al contrario de lo que sucede en profesiones feminizadas, como las apuntadas anteriormente donde las mujeres se llaman a sí mismas médicos, veterinarios, etc. en enfermería los varones siempre se autodenominan “enfermeros”, nunca enfermeras o si lo hacen, solo escasos individuos.

Con respecto al tema del poder en el ámbito sanitario, existen mujeres que han tenido y tienen influencia pero esta no se considera legitimada culturalmente sino que es percibida como manipulación o una influencia escasamente importante, esto supone para las enfermeras un gran obstáculo para el ejercicio de su profesión y la construcción de una autoestima independiente.

La profesionalización de la Enfermería a las mujeres les obliga en muchos casos a combinar la carga familiar y el trabajo profesional, esto es lo que la psicóloga A. Durán (2004) denomina “tiempo circular” en el que se mezclan continuamente los dos roles en contraposición del “tiempo lineal” de los hombres.

Partiendo de la idea de que género es una construcción social integrada por valores y pautas esperadas, recojo las palabras que contiene un documento de la OMS (1998) sobre la función de las mujeres en la asistencia sanitaria: *“En las sociedades occidentales el estereotipo masculino incluye características como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalización, y la objetividad (.../...) mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad”*.

La atribución de valores femeninos y masculinos en la Enfermería dentro del sistema sanitario es constatable por la mayoría de los profesionales sanitarios, existiendo un abismo entre el modelo de atención para la salud que legalmente está vigente y el que realmente se lleva a cabo en la práctica diaria (Hicks, 1999).

Todo lo anterior está ligado íntimamente a los valores femeninos y masculinos que se encuentran el Inventario de Conformidad con las normas femeninas (CFNI) y el Inventario de Conformidad con las Normas Masculinas (CMNI) (Mahalik, Morray, Coonerty-Femiano et al., 2005); y que son herramientas importantes para evaluar el nivel de conformidad con las normas de género femenino (CFNI) o masculino (CMNI) en el entorno sanitario y también el tipo de implicaciones que conllevan estas normas con la finalidad de obtener un efectivo y productivo funcionamiento de la mujer o el hombre (Parent y Moradi, 2010). (Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Dresch, 2011).

2.3. Justificación

Ocho de cada diez enfermeras son mujeres, por lo que parece conveniente reflexionar acerca de cómo el género puede influir en la Enfermería y el pensamiento enfermero. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos. El asunto es complejo pues afecta a instituciones como son la familia, la educación y la religión, que han tenido y tienen un papel fundamental en la reproducción de las condiciones que perpetúan las desigualdades genéricas. La

historia nos ha demostrado que las formas de imposición son cambiantes y los roles y estereotipos cambian según las normas y valores que impongan los grupos en el poder, ya que al ser adquiridas socialmente son susceptibles de modificarse. Los roles según el género y los papeles en general son parte de la cultura, por ello normalmente no somos conscientes que son aprendidos, más bien pensamos que son heredados, tomando el comportamiento prescrito como cosa natural y parte ineludible de la naturaleza humana. Pero aun cuando este supuesto es válido, ello no quita el carácter de aprendido de los roles.

El propósito de este estudio es clarificar las razones por las cuales sólo un pequeño porcentaje de hombres estudian enfermería en la actualidad y conocer si existen diferencias en la visión de la profesión en función del sexo de los estudiantes encuestados; así como conocer si existen diferencias en las razones de la elección de la profesión entre los estudiantes actuales y los profesionales que están terminando su vida laboral y/o la han terminado

2.3.1. Hipótesis

La condición de género femenino de la profesión enfermera discurre de forma paralela a la evolución de la perspectiva de género en España.

Existen diferencias en la visión que los hombres y las mujeres tienen de la disciplina/profesión de enfermería.

2.3.2. Objetivos

Objetivo general

Analizar la influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España.

Describir la proyección laboral que de la profesión/disciplina enfermera tienen los estudiantes en razón de su sexo.

Comparar si existen diferencias de motivación en la elección de la profesión entre los estudiantes actuales de enfermería y los que se encuentran al final de su vida laboral

Objetivos específicos:

- Exponer la percepción de la profesión entre los estudiantes de Enfermería de la Comunidad Valenciana
- Determinar las expectativas que existen sobre la profesión entre los estudiantes de Enfermería de la Comunidad Valenciana
- Enumerar las razones por las cuales se eligió estudiarla
- Analizar si existe relación entre las características sociodemográficas de los estudiantes y la escala total del cuestionario
- Analizar la vida laboral de los enfermeros/as entrevistados que se encuentran al final de su carrera profesional
 - Relatar si sus expectativas se han cumplido
 - Enumerar las expectativas que no se han cumplido
 - Determinar si las razones por las cuales se eligió estudiarla se cumplieron
- Establecer las diferencias entre los resultados de las respuestas de los estudiantes y las de los discursos de los profesionales.

4. METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1. *Diseño del estudio.*

Primera parte: Estudio observacional, descriptivo y sincrónico, mediante un cuestionario auto administrado procedente, en parte del artículo *Men in Nursing Study* que Bernard Hodes Group dirigió a un grupo de enfermeros/as de EE.UU. en el año 2005, traducido al castellano, por la autora del presente trabajo. El propósito del estudio era clarificar los motivos por los cuales solo un pequeño porcentaje de hombres en EE.UU, alrededor del 6%, según datos de esta misma fuente, estudiaban enfermería. El estudio original se desarrolló en colaboración del California Institute for Nursing and Healthcare, junto con grupos de enfermeros que pertenecían a ámbitos relacionados con la educación, la gestión y la asistencia; el cuestionario obtuvo un total de 498 respuestas. Sus conclusiones hablaban de que los hombres dedicados a ella tenían las mismas razones que las mujeres para estudiarla: ayudar a los otros, junto con las posibilidades que ofrecía la profesión, como razones principales para estudiarla; así como el desafío que presentaba la profesión para los hombres dedicados a ella por la tradicional visión de la sociedad de que era una profesión dominada por las mujeres.

El cuestionario original estaba compuesto por preguntas que no delimitaban de antemano la alternativa de respuesta, ya que eran preguntas abiertas, que en este caso no pudimos utilizar porque nuestra solicitud al Bernard Hodes Group, fue rechazada. Con los resultados que si aparecían en el informe se confeccionó una encuesta cerrada originalmente compuesta por 39 ítems (Anexo I), que constituía la traducción del original del inglés; se eliminaron aquellos que se consideraron duplicados, se preguntaba de una u otra forma y aquellos que no correspondían a nuestra realidad cultural. El cuestionario quedó reducido a 33 ítems que quedaron en 14 ítems tras un análisis de la consistencia interna después de someterlo al coeficiente de α de Crombrach que fue el que finalmente se cumplimentó.

Dado que una de las características de un cuestionario estandarizado es su rigidez, era necesario identificar las posibles modificaciones debidas a razones como falta de comprensibilidad en las preguntas, ambigüedad de las mismas, etc., lo que llevó a realizar una prueba pre test con una muestra de características similares a la población que pretendía estudiar. Con este fin se realizó un estudio piloto a una

población compuesta por 65 enfermeras/os. La población estudiada pertenecía a dos áreas de Atención Primaria de la ciudad de Valencia y Alicante, pidiéndoles además de que respondieran al cuestionario (Anexo II) que valoraran e hicieran notar si la comprensibilidad de alguno de los ítems era dudosa y lo señalaran.

El cuestionario tiene una escala tipo Likert 1-5 siendo la puntuación 1 el completo desacuerdo; 2, en desacuerdo; la puntuación 3 indica indiferencia; el 4 de acuerdo y el 5 el completo acuerdo.

3.2. Validación de la encuesta

3.2.1. Porqué hay que validar una encuesta

No es fácil en ocasiones delimitar la condición que se quiere medir o establecer una medida de la misma de una manera simple, ya que en las investigaciones sociológicas o antropológicas por poner dos ejemplos, los fenómenos objetos de interés o de la investigación, presentan fenómenos y categorías a diferentes niveles.

La construcción de una escala para medir los factores se hace necesaria para que por medio de las preguntas o aspectos específicos de la cuestión (ítem), nos proporcione una respuesta o resultado con un escalamiento categórico y/o continuo (Sánchez, y Echeverry, 2004).

El primer paso es clarificar el rasgo que se quiere medir, para dar coherencia al resto del proceso, que puede concebirse con diversos grados de abstracción, pudiendo ser muy genéricos o muy específicos (Morales, Urosa, y Blanco, 2003).

La validación del cuestionario o escala de medida es relativamente complejo, ya que además del conocimiento teórico claro del aspecto que se quiere medir, hay que utilizar procedimientos estadísticos avanzados y saber manejar los programas informáticos adecuados para realizar las pruebas estadísticas correspondientes (Martín Arribas, 2004).

3.2.2. Métodos de validación

Para evaluar la fiabilidad de nuestro cuestionario, es decir la capacidad de ser repetido y obtener resultados similares, utilizamos el test de alfa de Crombach

3.2.2.1. Procedimiento de validación seguido en el caso

3.2.2.2. Análisis de los ítems eliminados y razones de la eliminación

El estadístico α de Cronbach, es el indicador más ampliamente utilizado para medir la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems, que se espera midan la misma dimensión teórica, con él, se asume que los ítems medidos en una escala Likert miden el mismo constructos y están altamente relacionados. Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada. Alonso, y Santacruz, (2015) relatan en su artículo que ha sido utilizado en el 76% de los casos en artículos de Ciencias Sociales. Es por lo tanto una forma sencilla y confiable para la validación de una escala. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0.

Según Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz Rubiales. (2011)

- Por debajo de 0.5 el alfa de Cronbach muestra un nivel de fiabilidad no aceptable.
- Si tomara un valor entre 0.5 y 0.6 se podría considerar como un nivel pobre.
- Si se situara entre 0.6 y 0.7 se estaría ante un nivel cuestionable.
- Entre 0.7 y 0.8 haría referencia a un nivel aceptable
- En el intervalo 0.8-0.9 se podría calificar como de un nivel bueno,
- Y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

Los ítems se eliminan cuando no alcanzan una cifra superior a 0.7. La secuencia de eliminados fue la siguiente (**Tablas 1a**). Tablas completas (Anexo V).

Tabla 1a α de Cronbach

<i>Ítem</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina</i>
La enfermería te permite movilidad geográfica	,683
Existen estereotipos de genero	,704
Volvería a estudiar enfermería	,716
El sueldo no competitivo	,731
Percepciones erróneas sobre la enfermería	,738
Posibilidades de desarrollo profesional	,749
Sentir orgullo de ser enfermera	,749
Estudí enfermería por ayudar a la gente*	,767
Existen variedad de desafíos en el ejercicio profesion	,776
Faltan líderes en la enfermería	,774
Los enfermeros son gays	,774
No me gusta trabajar bajo presión	,783
No me gusta el trabajo administrativo	,786
Los hombres no se sienten atraído por enfermería	,785
Animaría a mis amigos a estudiar enfermería	,789
La enfermería tiene un horario flexible	,793
Las enfermería no es una carrera tecnológica	,793

- El ítem “Estudie enfermería por ayudar a la gente se conservó, ya que a juicio de los autores consideraron que era importante

La **Tabla 1b**, es la definitiva, con los ítems que se incluyeron. Después de la secuencia de los ítems eliminados, se puede considerar una α de Cronbach como de un nivel aceptable ya que los ítems que se conservan alcanzan niveles entre 0.7 y 0.8, lo que entra dentro de lo aprobado.

Tabla 1b. α de Cronbach

<i>Ítem</i>	<i>A de Cronbach definitivo</i>
Enfermería es un carrera estable	,802
Animaría a mis amigos	, 802
Otras son más apropiadas para los varones	,786
Enfermería no es un desafío intelectual	, 787
Enfermería no es autónoma	, 802
Influencias familiares	, 799
Dificultades por razón de mi sexo	, 781
Enfermeros son visto como una ayuda	, 788
Los hombres no se identifican con los cuidados	, 774
Dificultades de comunicación	, 776
Dificultades con los médicos	, 768
Me pongo a la defensiva cuando digo que soy enfermera/o	, 778

Para la adaptación de la misma con los estudiantes (Anexo III), se procedió a cambiar los ítems: 3 “ Animaría a mis hijos (en caso de tenerlos) a ser enfermeros ya que no se esperaba que los estudiantes tuvieran en su mayoría hijos , por “Animaría a mis amigos a ser enfermeros y 4 “Animaría a mis hijas (en caso de tenerlas) a ser enfermeras por “Animaría a mis amigas a ser enfermeras por la misma razón que el anterior y el ítem 14 “He tenido dificultades en las relaciones con los médicos” por “ He tenido dificultades en las relaciones con mis superiores, porque los estudiantes en

líneas generales no suelen tener mucha relación con ellos y es difícil que surjan dificultades.

Cinco de los ítems corresponden a estereotipos de género; dos de ellos se refieren a las oportunidades que puede brindar la práctica profesional; otros tres corresponden a influencias que puedan tener sobre los sujetos otros/as en la elección de la disciplina; dos sobre aspectos negativos de la práctica profesional y por último dos que refieren a la falta de comunicación en la interacción con otros profesionales durante el entrenamiento (**Tabla 2**)

Tabla 2 Variables respuesta

Oportunidades práctica profesional	Ítems 1,2
Influencias	Ítems 3,4,7
Aspectos negativos	Ítems 5,6,14
Estereotipos de genero	Ítems 8, 9, 10, 13,
Problemas en la comunicación	Ítems 11, 12

3.3. Población y muestra

3.3.1. Criterios de inclusión

Estudiantes del grado en enfermería pertenecientes a las universidades públicas y Escuelas adscritas de estas y a universidades privadas de la Comunidad Valenciana. Las Escuelas adscritas son aquellos centros vinculados a una Universidad que imparten la titulación de enfermería, pudiendo tener diferentes requisitos de acceso a los de centros públicos (pruebas adicionales para acceder, o al contrario que la pública, no exigir nada más que un apto). La Universidad Europea de Valencia, no se incluyó ya que al inicio del estudio no estaba acreditado el grado en Enfermería que fue acreditado en octubre 2014 (<https://www.boe.es/boe/dias/2014/10/18/pdfs/BOE-A-2014-10573.pdf>)

3.3.2. Criterios de exclusión

Estudiantes de enfermería que estudiaran una doble titulación porque las razones por las que estudiaban enfermería podrían estar solapadas con las otra disciplina.

En un principio de un total de 5019 sujetos (**Tabla 3a distribución de la población**) pertenecientes a las universidades y escuelas adscritas de la Comunidad Valenciana, se extrajo una muestra de tamaño 300 estratificada (curso, sexo y Universidad / Escuela adscrita). (**Tablas 3a y 3b**). Para conseguir una precisión del 3% en la estimación por intervalo de confianza, para un nivel de significación del 5%, habría sido necesaria una muestra de tamaño $N = 245$. Por lo tanto con una muestra de tamaño 300 se consigue la precisión suficiente en las estimaciones.

Para reflejar la estratificación por sexos se consideraron necesarios 75 varones y 225 mujeres

Tabla 3a Distribución de la población

	Varones	Mujeres		
Universidad Privada.1	347	1122		
Universidad Pública. 2	364	808	Tamaño muestra	300
Universidad Publica 3	184	665	Cantidad varones muestra	75
Escuela Adscrita. 4	53	225	Cantidad mujeres muestra	225
Escuela Adscrita 5	51	221		
Universidad Privada 6	270	709		
Totales por Sexo	1269	3750		
Total		5019		
Proporción	0,25	0,75		

Recogida de información

La distribución según las Universidades/Escuelas Adscritas (**Tabla 3b distribución de la muestra**) se estableció de la siguiente manera:

	Nº Varones	Nº Mujeres
Universidad Privada 1	21	67
Universidad Publica 2	22	48
Universidad Publica 3	11	40
Escuela Adscrita 4	3	14
Escuela Adscrita 5	3	13
Universidad Privada 6	16	43
Total	75	225

Debido a la negativa en un primer lugar, por parte de una de las Universidades de proporcionarnos, el número total de alumnos, calculamos la muestra con el resto; más tarde este problema se solucionó y se pudieron añadir y encuestar, por lo que la muestra total es superior a la inicialmente proyectada, pero no se ha querido desechar ningún sujeto ya encuestado porque añadir más sujetos a la muestra no iba en detrimento de esta, por lo que el número de sujetos encuestados alcanzo finalmente la cifra de 387, de los cuales 286 eran mujeres y 101 hombres.

Los datos recogidos se introdujeron en una base de datos en formato Excel y para el análisis estadístico de datos se utilizó el programa. SPSS 15.0, ya que este programa permite la lectura de los datos en dicho formato, con el que se realizaron las pruebas estadísticas, que han sido las correspondientes al tipo de variables que se han estudiado en la muestra. Se realizó un análisis descriptivo univariable que consistió: Para variables cualitativas en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, su representación gráfica mediante gráficos de barras. Para variables cuantitativas en el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango, desviación típica, etc.) y su representación gráfica mediante histogramas o diagramas de cajas. Posteriormente se realizó un análisis bivariable y multivariable para estudiar los resultados en función de las variables con los test estadísticos correspondientes.

Para una mejor comprensión de los resultados las variables respuesta de las 14 cuestiones se agruparon en cuatro apartados:

- Percepciones relacionadas con las oportunidades que pueda brindar la práctica profesional.
- Percepciones sobre las influencias que se pueden ejercer sobre los sujetos en la elección de la disciplina.
- Percepciones sobre los aspectos negativos relacionados con la disciplina enfermera.
- Percepciones en su interacción con otros profesionales durante su entrenamiento.
- Percepciones en relación con estereotipos de género.

3.4. Consideraciones éticas

Las cuestiones éticas son fundamentales para cualquier investigación (Gastaldo y Mckeever, 2000).

Este trabajo de investigación está orientado por los tres principios fundamentales de la ética (Laporte y Vallvé, C.2001):

1.- Respeto: Siempre se tendrá en cuenta la dignidad humana, sin discriminación alguna. Se garantiza a todos los participantes en el estudio que la información recogida se mantendrá bajo absoluta reserva y que en ningún caso serán divulgadas sus identidades.

También se conservará el buen nombre de las instituciones que participen en el estudio. La divulgación y publicación de resultados serán realizadas con la única intención académica de lograr el propósito planteado.

2.- Beneficencia, no-maleficencia: el estudio será realizado por una investigadora (profesora de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia) que ha adquirido el compromiso de realizarlo de manera responsable. El riesgo calculado para los participantes es mínimo, ya que no se realiza ningún procedimiento o intervención diferente a la recogida de información, además el manejo de la información se hace con suma reserva.

3.- Justicia: Se informa a los participantes que en ningún momento les serán asignados, ni solicitados aportes en dinero o en especie por concepto de participación

en el estudio. Todos los hallazgos del estudio serán puestos al servicio de la Universidad, para proponer desde allí, alternativas que favorezcan un mejor conocimiento de la enfermería.

González Ávila (2003) nos habla de las incidencias o requisitos éticos que en su opinión son:

3.4.1. Valor social o científico.

Para que una investigación sea ética debe tener valor, lo que representa un juicio sobre su importancia social, científica o clínica; debe evaluar una intervención que conduzca a mejoras en la salud o al bienestar de la población, o que pueda generar conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o de solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata.

El presente estudio intenta contribuir a proporcionar información sobre la modificación o no de los factores que influyen en la elección de la enfermería como profesión.

El valor social o científico es un requisito ético. Entre otras razones, el uso responsable de recursos limitados (esfuerzo, dinero, espacio, tiempo) y el evitar la explotación asegura que las personas no sean expuestas a riesgos sin la posibilidad de algún beneficio personal o social (Arribas, et al., 2012). En el caso de la enfermería el beneficio es personal y social como respuesta al paradigma que la sustenta.

3.4.2. Validez científica.

Una investigación valiosa puede ser mal diseñada o realizada, por lo cual los resultados son poco fiables o carecen de eficacia. La mala ciencia no es ética. En esencia, la validez científica (Astete, 2002) de un estudio en seres humanos es en sí misma un principio ético. La investigación que usa muestras injustificadas, métodos de bajo poder, que descuida los extremos y la información crítica, no es ética porque no puede generar conocimiento válido. La búsqueda de la validez científica establece el deber de plantear un propósito claro de generar conocimiento con credibilidad; un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas; un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información; un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el

informe, que debe ser capaz de reflejar el proceso de la investigación y que debe cultivar los valores científicos en su estilo y estructura; un alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y a sus resultados.

En este estudio se ha respetado esta indicación en todo el desarrollo de la investigación (Emanuel, 1999), (Barrio-Cantalejo y Simón-Lorda, 2006).

3.4.1. Selección equitativa de los sujetos

La selección de los sujetos del estudio debe asegurar que estos son escogidos por razones relacionadas con las interrogantes científicas. Una selección equitativa de sujetos requiere que sea la ciencia y no la vulnerabilidad, o sea el estigma social, la impotencia o factores no relacionados con la finalidad de la investigación, la que dicte a quien incluir como probable sujeto (Gaudlitz, 2008). La selección de sujetos debe considerar la inclusión de aquellos que pueden beneficiarse de un resultado positivo. Este estudio también cumple con este requisito, ya que el beneficio es para los estudiantes, porque intenta clarificar los motivos de su elección.

3.4.1. Proporción favorable de riesgo-beneficio

La investigación con personas puede implicar considerables riesgos y beneficios, cuya proporción, por lo menos en las primeras etapas, puede ser incierta. Puede justificarse la investigación sólo cuando los riesgos potenciales para los sujetos individuales se minimizan; los beneficios potenciales para los sujetos individuales y para la sociedad se maximizan; los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos. El concepto de “proporcionalidad” es metafórico. Las personas por lo general comparan los riesgos y los beneficios por sí mismas para decidir si unos exceden a los otros. (Botto, 2011).

3.4.1. Consentimiento informado

La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta solo cuando ésta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos (Simón Lorda, y Júdez Gutiérrez, 2001). Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los

beneficios y las alternativas a la investigación –y en la investigación-, la comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si es conveniente participar o no. El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas.

3.4.1. *Respeto a los sujetos participantes*

Los requisitos éticos para cualquier investigación tanto cuantitativa como cualitativa no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. (Leonello y Oliveira, 2008). El respeto a los sujetos implica varias cosas: permitir que cambien de opinión, decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias y que puede retirarse sin sanción de ningún tipo; la reserva en el manejo de la información, que debe ser considerada con reglas explícitas de confidencialidad; la información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos inscritos; como reconocimiento a la contribución de los sujetos, debe haber un mecanismo para informarlos sobre los resultados y sobre lo que se aprendió de la investigación y el bienestar del sujeto debe vigilarse a lo largo de su participación y si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación

En este estudio se han intentado controlar estos posibles efectos con diferentes estrategias durante la intervención, que aseguraran al máximo los principios éticos. Todos los sujetos encuestados participaron de forma voluntaria y dieron su consentimiento después de ser informados oralmente en el caso del cuestionario de la naturaleza del estudio. El primer contacto (con los estudiantes) se estableció a través de las secretarías de estudios de las diferentes universidades y escuelas adscritas, explicándoles el propósito del mismo y pidiéndoles su colaboración; para la recolección de datos, se insistió en que los sujetos deberían ser escogidos al azar y de manera proporcional en los diferentes cursos y la necesidad de explicar los derechos de los participantes y la posibilidad de negarse a participar si así lo deseaban; este contacto fue hecho por teléfono y los cuestionarios remitidos posteriormente al domicilio del investigador.

5. RESULTADOS

4. RESULTADOS:

Una vez pasada la encuesta a la muestra seleccionada de la población, en la descripción de los resultados muestrales, se producen como es natural valores perdidos en algunas respuestas, pero como se podrá comprobar a lo largo de todo el trabajo la pérdida de datos es pequeña. Para evitar sesgos por datos erróneos, se repasó la base de datos, comprobando cada una de las variables.

4.1.1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada

4.1.2. Sexo

El número de mujeres y de hombres en la muestra, es respectivamente de 288 y 107 que se corresponden con porcentajes de 73.8% y 26.2%. Se cruzaron las variables edad y sexo para recabar información sobre en qué universidades /escuelas los alumnos/as tenían mayor edad; Se establecieron tres tramos con el fin de agrupar por intervalos un mayor número de casos

4.1.3. Edad actual

La media de edad de los sujetos es de 22.32, años, con una desviación estándar de +/- 5 con un rango entre 18 y 50. Se establecieron tres tramos con el fin de agrupar por intervalos un mayor número de casos.

4.1.4. Edad a la que comenzó a pensar en estudiar enfermería.

La media de edad es de 18.62, con una desviación típica de +/-4.73. Evidentemente el rango inferior 2 parece a priori un tanto exagerado, el rango superior es 42. Se establecieron tres tramos con el fin de agrupar por intervalos un mayor número de casos y la mayoría de los casos, un 68% de la muestra, se agrupó en el primer tramo

4.1.5. Estratificación por cursos:

El porcentaje de respuestas en cada uno de los cuatro cursos es similar un 28% en primer curso; un 19% en segundo, un 25% en tercer curso y en un 27% en cuarto

4.1.6. Estudios anteriores

Del total de la muestra, un 73% tenían entrada a la Universidad a través de la prueba de acceso; un 14.9 % manifestaron tener una Formación profesional sanitaria;

un 2.8% que poseían un título de Formación Profesional no sanitaria; un 2.6 % poseían una diplomatura o licenciatura en otra disciplina y por ultimo aquellos que manifestaban tener más de dos títulos alcanzaron un 6.4%. (Tabla 8 y grafico 7)

Se cruzaron las variables edad y sexo para recabar información sobre en qué universidades /escuelas los alumnos/as tenían mayor edad. Se establecieron tres tramos con el fin de agrupar por intervalos un mayor número de casos

4.1.7. Familiar enfermero/a

Esta variable describe aquellos sujetos de la encuesta que tenían en la familia un profesional de la enfermería. Un 30% afirmaban que lo poseían y un 67% que no.

4.1.8. Pertenencia a Facultad/ Escuela adscrita

Del total de la muestra un 28.7% pertenecían a la Universidad 1; un 24.6% a la Universidad 2. Un 17.2% a la 3 y un 18.5% a la 6 y 6.2% a la Escuela adscrita 4 y 4.9% a la Escuela 5. Se cruzó la variable universidad con la edad para conocer si los sujetos de mayor edad acudían a la universidad pública o privada, la combinación de edad y universidad pública/privada mostró que los sujetos de mayor edad acudían a la universidad privada. (**Tabla 4 resumen datos demográficos**)

Tabla 4 Resumen de los datos demográficos

Características Sociodemográficas Total Muestra (n=387)

Edad	Sexo	Universidad / Escuela	Estudios Anteriores	Edad a la que empezó a considerar estudiar Enfermería	Curso que estudia	Familiar Enfermero
18-25	Varones	Universidad 1	FP Sanitaria	≤15	1º	Si
317		Universidad 2	FP no Sanitaria	16-20	2º	117
26-36	Mujeres	Universidad 3	Licenciatura / Diplomatura	21-30	3º	No
58		Escuela 4	Más de una Opción	≥31	4º	265
37+		Escuela 5	Ninguno	(en blanco)		(en blanco)
12	286	Universidad 6				5

4.2. Percepciones de los estudiantes de enfermería de la Comunidad Valenciana en relación a la profesión

4.2.1. Percepciones relacionadas con las oportunidades que pueda brindar la práctica profesional (ítems 1 y 2)

Ítem 1. La enfermería es una carrera estable y con muchas salidas (Tabla 7a).

El 53% de la muestra está de acuerdo

Tabla 5a. Ítem 1. La enfermería es una carrera estable y con muchas salidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	7,00	1,80	1,80	1,80
En desacuerdo	41,00	10,50	10,60	12,40
Indiferente	86,00	22,10	22,20	34,50
De acuerdo	206,00	52,80	53,10	87,60
Muy de acuerdo	48,00	12,30	12,40	100,00
Total	388,00	99,50	100,00	
Perdidos sistema	2,00	0,50		
Total	390,00	100,00		

Ítem 2. Escogí estudiar enfermería por ayudar a la gente (Tabla 7b): El 50% está muy de acuerdo.

Tabla 5b. Escogí estudiar enfermería por ayudar a la gente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	3,00	0,80	0,80	0,80
En desacuerdo	13,00	3,30	3,40	4,10
Indiferente	33,00	8,50	8,50	12,60
De acuerdo	144,00	36,90	37,10	49,70
Muy de acuerdo	195,00	50,00	50,30	100,00
Total	388,00	99,50	100,00	
Perdidos sistema	2,00	0,50		
Total	390,00	100,00		

4.2.2. Percepciones sobre las influencias que se pueden ejercer sobre los sujetos en la elección de la disciplina (ítems 3, 4 y 7)

Ítem 3. Animaría a mis amigas a que fueran enfermeras (**Tabla 8a**): el 36% y el 31% se encuentran entre el *de acuerdo* y la *indiferencia*

Tabla 6a. Ítem 3. Animaría a mis amigas a que fueran enfermeras

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	11,00	2,80	2,80	2,80
En desacuerdo	20,00	5,10	5,20	8,00
Indiferente	121,00	31,00	31,30	39,40
De acuerdo	144,00	36,90	37,30	76,70
Muy de acuerdo	90,00	23,10	23,30	100,00
Total	386,00	99,00	100,00	
Perdidos sistema	4,00	1,00		
Total	390,00	100,00		

Ítem 4: Animaría a mis amigos a que fueran enfermeros (**Tabla 8b**). El 36% y el 32% se encuentran entre el *de acuerdo* y la *indiferencia*

Tabla 6b. Ítem 4: Animaría a mis amigos a que fueran enfermeros

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	10,00	2,60	2,60	2,60
En desacuerdo	27,00	6,90	6,90	9,50
Indiferente	125,00	32,10	32,10	41,50
De acuerdo	141,00	36,20	36,20	77,70
Muy de acuerdo	87,00	22,30	22,30	100,00
Total			100,00	
Perdidos sistema				
Total	390,00	100,00		

Ítem 7: Elegí estudiar Enfermería por influencias familiares (**Tabla 6c**). El 55% y el 23 % están entre el *muy en desacuerdo* y el *desacuerdo* respectivamente.

Tabla 6c. Ítem 7: Elegí estudiar Enfermería por influencias familiares

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	215,00	55,10	56,00	56,00
En desacuerdo	90,00	23,10	23,40	79,40
Indiferente	42,00	10,80	10,90	90,40
De acuerdo	24,00	6,20	6,30	96,60
Muy de acuerdo	13,00	3,30	3,40	100,00
Total	384,00	98,50	100,00	
Perdidos sistema	6,00	1,00		
Total	390,00	100,00		

4.2.3. Percepciones sobre los aspectos negativos relacionados con la disciplina enfermera (ítems 5 y 6)

Ítem 5. La enfermería no es un desafío intelectual (**Tabla 7a**): El 31% y el 29% están entre el *muy en desacuerdo* y *en desacuerdo* respectivamente

Tabla 7a. Ítem 5. La enfermería no es un desafío intelectual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	123,00	31,50	33,00	32,00
En desacuerdo	115,00	29,50	29,90	62,00
Indiferente	86,00	22,10	22,40	84,40
De acuerdo	41,00	10,50	10,70	95,10
Muy de acuerdo	19,00	4,90	4,90	100,00
Total	384,00	98,50	100,00	
Perdidos sistema	6,00	1,50		
Total	390,00	100,00		

Ítem 6. La enfermería no es una profesión autónoma en la toma de decisiones profesionales (**Tabla 7b**): El 30% y el 26% están entre el muy en desacuerdo y el *desacuerdo respectivamente*.

Tabla 7b Ítem 6. La enfermería no es una profesión autónoma en la toma de decisiones profesionales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	104,00	26,70	26,90	26,90
En desacuerdo	118,00	30,30	30,60	57,50
Indiferente	83,00	21,30	21,50	79,00
De acuerdo	63,00	16,20	16,30	95,30
Muy de acuerdo	18,00	4,60	4,70	100,00
Total	386,00	99,00	100,00	
Perdidos sistema	4,00	1,00		
Total	390,00	100,00		

Ítem 14 En ocasiones me pongo a la defensiva cuando digo que estudio enfermería (**Tabla 7c**): El 51% muy en desacuerdo, el resto se reparte entre las opciones de en desacuerdo, indiferentes y de acuerdo

Tabla 7c. Ítem 14 En ocasiones me pongo a la defensiva cuando digo que estudio enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	201,00	51,50	51,70	51,70
En desacuerdo	72,00	18,50	18,50	70,20
Indiferente	58,00	14,90	14,90	85,10
De acuerdo	47,00	21,10	12,10	97,20
Muy de acuerdo	11,00	2,80	2,80	100,00
Total	389,00	99,70	100,00	
Perdidos sistema	1,00	0,30		
Total	390,00	100,00		

4.2.4. Percepciones en su interacción con otros profesionales durante su entrenamiento (ítem 11 y 12)

Ítem 11. He tenido dificultades de comunicación con los/as compañeros/as de diferente sexo (**Tabla 8a**) El 67% en desacuerdo.

Tabla 8a. Ítem 11. He tenido dificultades de comunicación con los/as compañeros/as de diferente sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	262,00	67,20	67,50	67,50
En desacuerdo	103,00	26,40	26,50	94,10
Indiferente	16,00	4,10	4,10	98,20
De acuerdo	4,00	1,00	1,00	99,20
Muy de acuerdo	3,00	0,80	0,80	100,00
Total	388,00	99,50	100,00	
Perdidos sistema	2,00	0,50		
Total	390,00	100,00		

Ítem 12. He tenido dificultades en las relaciones con mis superiores (**Tabla 8b.**) El 41% y el 33% *muy en desacuerdo* y *el desacuerdo* respectivamente.

Tabla 8b. Ítem 12. He tenido dificultades en las relaciones con mis superiores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	162,00	41,50	41,80	41,80
En desacuerdo	130,00	33,30	33,50	75,30
Indiferente	75,00	19,20	19,30	94,60
De acuerdo	20,00	5,10	5,20	95,10
Muy de acuerdo	1,00	0,30	0,30	100,00
Total	388,00	99,50	100,00	
Perdidos sistema	2,00	0,50		
Total	390,00	100,00		

4.2.5. Percepciones en relación con estereotipos de género (ítems 8, 9, 10, 13 y 14)

Ítem 8 Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo (**Tabla 9a**): El 81% muy en desacuerdo

Tabla 9a. Ítem 8 Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	317,00	81,30	81,50	81,50
En desacuerdo	46,00	11,80	11,80	93,30
Indiferente	17,00	4,40	4,40	97,70
De acuerdo	8,00	2,10	2,10	99,70
Muy de acuerdo	1,00	0,30	0,30	100,00
Total	389,00	99,70	100,00	
Perdidos sistema	1,00	0,30		
Total	390,00	100,00		

Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas (**Tabla 11b**). El 45% muy en desacuerdo.

Tabla 9b. Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	177,00	45,40	45,60	45,60
En desacuerdo	105,00	26,90	27,10	72,70
Indiferente	73,00	18,70	18,80	91,50
De acuerdo	29,00	7,40	7,50	99,00
Muy de acuerdo	4,00	1,00	1,00	100,00
Total	388,00	99,50	100,00	
Perdidos sistema	2,00	0,50		
Total	390,00	100,00		

Ítem 10 Los hombres no se identifican con los cuidados (**Tabla 9c**): El 43% y 32% *muy en desacuerdo* y *el desacuerdo* respectivamente.

Tabla 9c. Ítem 10 Los hombres no se identifican con los cuidados.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	168,00	43,10	43,40	43,40
En desacuerdo	126,00	32,30	32,60	76,00
Indiferente	65,00	16,70	16,80	92,80
De acuerdo	23,00	5,90	5,90	98,70
Muy de acuerdo	5,00	1,30	1,30	100,00
Total	387,00	99,20	100,00	
Perdidos sistema	3,00	0,80		
Total	390,00	100,00		

Ítem 13 Los hombres no se sienten atraídos por la Enfermería por ser una profesión tradicionalmente femenina (**Tabla 11d**). El 31% y el 27% se encuentran entre *Indiferentes* o *en desacuerdo*.

Tabla 9d. Ítem 13 Los hombres no se sienten atraídos por la Enfermería por ser una profesión tradicionalmente femenina.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Muy en desacuerdo	85,00	21,80	21,90	21,90
En desacuerdo	106,00	27,20	27,30	46,20
Indiferente	122,00	31,30	31,40	80,70
De acuerdo	64,00	16,40	16,50	97,20
Muy de acuerdo	11,00	2,80	2,80	100,00
Total	388,00	99,50	100,00	
Perdidos sistema	2,00	0,50		
Total	390,00	100,00		

Se observan desviaciones típicas muy semejantes en todos los casos, lo que indica homogeneidad en las respuestas.

4.3. Análisis de independencia de las respuestas de los ítems 1-14 frente a la variable sexo

El test de independencia basado en la prueba ji-cuadrado nos permite decidir si existen diferencias significativas entre mujeres y varones, en las respuestas a cada uno de los ítems: asumir la hipótesis de independencia significa que unos y otros responden de manera semejante. Asumir lo contrario significa que mujeres y varones responden de manera diferente. La significación o p –valor de cada contraste nos da una medida de la credibilidad que se le puede dar a la asunción o rechazo de la hipótesis nula. Es decir: asumimos la hipótesis de independencia siempre que el p –valor sea mayor que el nivel de significación elegido ($\alpha = 0.05$), y además cuanto mayor sea, con más credibilidad podemos asumir dicha hipótesis.

Los ítem 8 y 9, varones y mujeres responden de forma diferente. En ambos11casos la prueba t da diferencias significativas. **(Tablas 10a, 10b, 10c y 11a, 11b, 11c.)**

Tabla 10a. Ítem 8 Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo. Porcentajes respuesta.

Validos		Perdidos		Total	
N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
390	99,7%	1	0,3%	391	100,0%

Tabla 10b. Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo. Frecuencias en relación al sexo.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Sexo	Hombres	Frecuencia	70	17	9	6	102
		% Sexo	68,6%	16,7%	8,8%	5,9%	100,0%
	Mujeres	Frecuencia	248	29	8	2	288
		% Sexo	86,1%	10,1%	2,8%	0,7%	100,0%
Total		Frecuencia	318	46	17	8	390
		% Sexo	81,5%	11,8%	4,4%	2,1%	100,0%

	Valor	df	Sig. asintótica bilateral
Chi-Cuadrado de Pearson	22,156 ^a	4	,000*
Razón de verosimilitud	19,912	4	,001*
Asociación lineal por lineal	18,388	1	,000*
N de casos válidos	390		

* $p < 0,05$ * Se puede asumir que las mujeres puntúan más bajo que los varones

Tabla 10 c. Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo.

Chi cuadrado en relación al sexo

Tabla 11a. Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas.

Porcentajes.

Validos		Perdidos		Total	
N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
389	99,5%	2	0,5%	391	100,0%

Tabla 11b. Ítem 9 Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas. Frecuencias.

		Muy en						
		desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo		
Sexo	Hombres	Frecuencia	32	28	28	13	1	102
		% Sexo	31,4%	27,5%	27,5%	12,7%	1,0%	100,0%
	Mujeres	Frecuencia	145	78	45	16	3	287
		% Sexo	50,5%	27,2%	15,7%	5,6%	1,0%	100,0%
Total		Frecuencia	177	106	73	29	4	389
		% Sexo	45,5%	27,2%	18,8%	7,5%	1,0%	100,0%

	Valor	df	Sig. asintótica bilateral
Chi-Cuadrado de Pearson	16,817 ^a	4	,002*
Razón de verosimilitud	16,337	4	,003*
Asociación lineal por lineal	14,862	1	,000*
N de casos válidos	389		

* $p < 0,05$

*Se puede asumir que las mujeres puntúan más bajo que los varones

Tabla 11c. Ítem 9. Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en las tareas pesadas. Chi cuadrado en relación al sexo.

El resultado del total de la escala se ha analizado respecto a las variables sexo, edad y universidad/escuela: hay que constatar que los grupos no son tan diferentes.

(Tabla 12)

Por sexo respecto a la escala no hay diferencias.

Por edad no hay diferencias.

Respecto a la Universidad /Escuela son las Escuelas 4 y 5 las que ofrecen unos resultados diferentes siendo la 4 la que tiene una visión más positiva y la 5 la más negativa. Desconocemos las razones para ello; el acceso es el mismo y tienen diferencias organizativas claras del resto de las Facultades; los datos obtenidos en este estudio no permiten identificar los motivos de estas diferencias. Esto sería motivo de otro estudio diferente.

4.3.1. Tabla 12. Análisis multivariante. Resultado total de la escala.

HSD de Turkey	Subconjunto para alfa= ,05		
Universidad	N		
E 4	24	32,6667	
U6	65	32,8000	
U1	98	35,0510	35,0510
U2	61	35,4590	35,4590
U3	88	35,4773	35,4773
E5	18		36,2222
Sig.		,161	,918

Para presentar ordenadamente los resultados de la investigación, que argumenten las cuestiones planteadas, se ha considerado oportuno distribuir las siguiendo la formulación del orden de los objetivos:

Las estudiantes se consideran menos discriminadas que los varones por estudiar enfermería.

Los estudiantes varones se sienten utilizados cuando se le requiere para ejercer fuerza física.

La razón fundamental de su elección fue ayudar a la gente.

Consideran la enfermería como una profesión que ofrece muchas oportunidades.

Se sitúan entre el acuerdo y la indiferencia a la hora de animar a sus amigos y amigas a estudiar enfermería.

No han tenido influencias familiares a la hora de elegir sus estudios enfermeros.

Afirman mayoritariamente que la enfermería tiene autonomía para tomar decisiones profesionales.

Se sienten orgullosos de estudiar enfermería.

No han tenido dificultades de comunicación, ni de relación con sus compañeros, ni con el resto de los profesionales con los que han interactuado.

SEGUNDA PARTE

5. Metodología

5.1. *Diseño del estudio*

Cinco entrevistas en profundidad, realizadas a profesionales de la enfermería de distinto sexo, con una larga vida laboral, con el fin de comparar sus vivencias con lo expresado por los estudiantes.

5.2. *Elección de la entrevista como intercomunicación de impresiones.*

Mientras que en el estudio cuantitativo, se pretende identificar los valores y/o preferencias de las variables identificadas, lo que aporta validez externa al estudio, en esta segunda parte, desde la perspectiva cualitativa se pretende compensar esta validez externa con la fortaleza de la validez interna propia de la metodología cualitativa, ya que las respuestas de los entrevistados se pueden analizar y comprender desde su naturaleza personal y creativa.

La entrevista es el método de investigación más usado en Antropología (Russell, 1994). En este tipo de método, el narrador tiene que abrirse al entrevistador, lo que implica el establecimiento paulatino de una cierta relación de confianza entre ambos. En este clima de confianza, el informante dará su visión de los hechos y como entiende el entorno. El entrevistador debe tener una idea previa de lo que quiere conocer, idea que ha transmitido al informante, pero al tener muy poco control sobre las respuestas del mismo tiene un resultado imprevisible, porque el objetivo puede estar claro, pero la cantidad de respuestas y la calidad de las mismas son en ocasiones difíciles de acotar ya que varían de unas entrevistas a otras (Taylor y Bogdan, 2008). Se ha utilizado por ser un método flexible y asegurar un resultado cualitativo, con muchos matices, muy alejado de respuestas fácilmente catalogables (Sánchez Padilla, 2013)

La entrevista en profundidad es el método elegido en el presente trabajo, ya que en ella, el investigador entabla una conversación con el informante acerca del tema en el que ambos están implicados, e intenta descubrir, del entrevistado su cosmovisión, sus experiencias y sus expectativas (Gaínza, 2006).

5.3. Población y diseño muestral

La elección de las personas entrevistadas depende de diversos factores, aunque en principio deberían ser escogidas en función de su representatividad, pero desde la perspectiva antropológica se puede prescindir de este requerimiento, pues cualquier relato que esté relacionado de una u otra manera con el tema objeto de estudio, puede ser tenido en cuenta, ya que posee rasgos particulares significativos (Olaz, 2008). Cuando se escogen los relatos de vida como técnica de observación de la realidad social y/o cultural, se tiene que ser consciente que cada una de las historias aporta un relato único, irrepetible e irremplazable.

5.4. Razones de su elección:

Los criterios de selección en el presente estudio responden a la siguiente combinación de fundamentos muestrales o, en palabras de Valles (2007; 66) "*criterios maestros del muestreo cualitativo*":

Criterio 1: Acotar el universo de entrevistados a partir de profesionales enfermeros.

Criterio 2: La muestra tendrá un diseño flexible, ya que se podrá modificar, ampliar o reducir en función del contenido de las entrevistas.

Criterio 3: El número de entrevistados responderá a un proceso de saturación de conocimientos.

Criterio 4: Se aplicará la estrategia de bola de nieve partiendo de un conocimiento previo de la autora de la profesión.

Criterio 5: Heterogeneidad en el muestreo. Contacto con perfiles distintos: hospitalización, atención primaria, docencia y gestión.

Criterio 6: Predisposición y accesibilidad.

Teniendo en cuenta los seis criterios anteriores, se realizó la selección de los narradores y estos aceptaron ser nuestros interlocutores, accediendo a compartir su tiempo, sus recuerdos y sus experiencias.

5.5. Numero de entrevistados

La cuestión del número de entrevistados forma parte de las decisiones muestrales. La posibilidad de acceder a la reconstrucción de las experiencias de vida

de personas concretas y no siempre el número de entrevistas, es lo más importante (Taylor y Bogdan, 2008). Lo importante son tanto los rasgos que se repiten como los elementos decisivos en la vida del entrevistado; lo que marcó el curso de su acontecimientos.

Todas las personas entrevistadas poseen una larga trayectoria profesional, están finalizando su vida laboral o la han terminado no hace mucho, además de desarrollarla mayoritariamente en la asistencia. Han vivido todo el proceso de transformación de la disciplina enfermera y su adaptación al ámbito profesional.

5.6. Técnica de recogida de información

La realización de las entrevistas sucedió a lo largo de seis meses; en un espacio concreto, siempre en el entorno que decidió el informante y necesitaron una sola sesión en tres casos y dos en los otros dos. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de dos horas en total. Dada la duración de proceso, se recurrió al registro sonoro de las entrevistas, lo que permitió posteriormente su repaso y análisis, tomando nota de los giros, expresiones, silencios, gestos, entonación de voz, expresiones faciales, etc.

Como el objetivo principal en este caso era construir un relato sobre su experiencia como enfermera/o, la principal decisión respecto al diseño de la entrevista para comparar su relato con lo obtenido en el análisis de las respuestas de los estudiantes, fue construir un guion sobre cómo había sido su trayectoria laboral, que en un primer momento presentaba los siguientes contenidos:

5.7. Borradores

CONTENIDOS DEL GUION BORRADOR 1º

Contenido nº 1 Relato de su experiencia personal como enfermera/o

Contenido nº 2 Las dificultades del trabajo

Contenido nº 3 Planes que tenía para el futuro

Contenido nº 4 Las convivencias con otros profesionales del equipo de salud

Contenido nº 5 Mitos sobre la enfermería

El guion anterior pecaba a nuestro juicio de esquemático y existía el peligro que el relato, ejerciera una acotación de ideas que impidieran la riqueza del discurso, por lo que se elaboró un segundo guión que ayudó a controlar el discurso, impidiendo el olvido de alguna parte de los temas a tratar.

CONTENIDOS DEL GUIÓN BORRADOR 2º

Contenido nº 1 debe reflejar la voluntad de partir de la construcción de un relato de vida como marco que sostenga todo el proceso de obtención de datos sobre el profesional enfermero, el desarrollo de su trabajo y los efectos del mismo sobre su vida profesional.

Contenido nº2 Pretende abarcar todos los aspectos que puedan ser eludidos u obviados por el relator como fruto de perjuicio, miedos, corporativismo, etc. No se debe perder la oportunidad de rescatar esos aspectos del relato de vida, para aportar validez en lo que a representatividad se refiere.

Contenido nº 3 Somos conscientes que no siempre es tarea fácil recordar que planes se tuvieron para el futuro y en qué medida se han cumplido o no. ¿Dónde se ubican los profesionales que cruzan el grupo de edad a partir de los 50 y 65 años? ¿Pueden seguir trabajando en las mismas aéreas?, ¿hay posibilidades de hacerlo?

Contenido nº 4 La razón del contenido cuatro es evidente en una tesis de antropología como esta. El interés por conocer si ha habido muchos desencuentros o encuentros con otros profesionales y si aparecen narraciones dispares en los relatos en lo tocante a este tema

Contenido nº 5 En este apartado queremos proponer un espacio de reflexión acerca de la visión que se tiene en la sociedad de la enfermera, qué se piensa sobre la imagen que proyectamos, en qué consideración cree que tenemos en nuestro país, si esa imagen ha cambiado desde que empezó a trabajar o ha permanecido inmutable o sin apenas cambios en nuestra sociedad.

Contenido nº 6 Intentar rescatar de la memoria todo lo relacionado con estereotipos de género respecto a la profesión, situaciones conflictivas respecto a las interacciones con los demás en relación a este punto. ¿Cómo han sido las

interacciones con los individuos del sexo contrario en el quehacer diario a lo largo de los años?

Como seguía sin satisfacer del todo el segundo guion, quizás por falta de conocimiento de la entrevistadora acerca del método se efectuó un tercer guion que se construyó después de una reflexión personal sobre la propia historia profesional del investigador, ya que no hay que olvidar, que la investigadora ha sido enfermera durante cuarenta años y tiene un conocimiento del medio elevado.

CONTENIDOS DEL GUIÓN BORRADOR 3º (Definitivo)

Contenidos de la entrevista definitiva (Guión)

- 1. Reconstrucción de la trayectoria laboral**
 - 1.1. Pasado:**
 - 1.1.1. Formación necesaria**
 - 1.1.2. Experiencia**
 - 1.2. Presente:**
 - 1.2.1. ¿Se puede seguir siendo enfermera/o a lo largo de toda la vida laboral?**
- 2. Reconstrucción de la trayectoria vital**
 - 2.1. Pasado**
 - 2.1.1. ¿Qué tipo de vida lleva el que decide ser enfermera/o?**
- 3. Formación recibida**
 - 3.1. Formación recibida de post grado**
- 4. Valores recibidos/ valores actuales**
- 5. Presente**
 - 5.1. Repercusiones de su profesión en su vida**
 - 5.1.1. Relaciones familiares**
 - 5.1.2. Ha habido dificultades para conjugar la vida familiar con los turnos de trabajo**
- 6. Amistades**
- 7. Estabilidad económica**
 - 7.1. ¿Existe alguna situación o experiencia particular que favorezca elegir esta profesión?**

8. **¿ Qué motivo/s le impulsaron a ser enfermera/o**
9. **Feminización de la profesión/estereotipos de genero**
10. **¿Es una profesión?**
11. **¿Es una vocación?**
12. **Dificultades con el resto del equipo**
13. **El mito de la enfermera**
14. **Código ético**
15. **Reflexiones sobre los nuevos campos de actuación**
16. **Reflexiones sobre trabajar en nuevos entornos**
17. **La experiencia con los otros**
 - 17.1. **Derechos sociales de los pacientes**
 - 17.2. **Cambios en la actitud de los pacientes a lo largo del tiempo**
 - 17.3. **La violencia en las relaciones con los usuarios/pacientes**
 - 17.4. **La violencia en las relaciones con los médicos/superiores jerárquicos**
 - 17.5. **El liderazgo en enfermería**
18. **Frustración**
 - 18.1. **Sensación de no haber hecho suficiente**
 - 18.2. **Sensación de no haber alcanzado las metas personales**
 - 18.3. **El lado oscuro de la enfermería**
 - 18.4. **¿Debería cambiar la enfermería?**

Hay que insistir en el hecho que los enunciados expuestos anteriormente, responden a cuestiones de investigación y no a preguntas dinámicas a usar durante la entrevista.

5.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Dada la gran cantidad de datos obtenidos en torno las entrevistas, se precisa de la posterior codificación para descomponer y segmentar los datos hasta obtener categorías más generales y simples y, además, para entresacar los datos a fin de formular nuevas preguntas y niveles de interpretación (Fernández, 2006).

Para la codificación se organizan, manipulan y recuperan los segmentos más significativos de los datos, condensando el grueso de los mismos en unidades analizables, asignándoles etiquetas basadas en nuestros conceptos y creando

categorías que nos permitan revisar rigurosamente lo que los datos dicen. De esta manera vinculamos todos los fragmentos de los datos a una idea o concepto particular y relacionamos posteriormente dichos conceptos unos con otros, lo que permite crear correspondencia entre códigos, categorías y conceptos con el fin de establecer dichos vínculos y analizarlos manualmente. De esta manera logramos recuperar trozos o fragmentos de datos textuales que comparten un código común (Martínez Riera, 2009). Pero no se trata de una simple reducción de los datos a denominadores comunes más generales sino de expandir, transformar y reconceptualizar los datos abriendo más posibilidades analíticas que permitan pensar de manera creativa con ellos, formulándoles preguntas y generando marcos conceptuales.

Posteriormente los segmentos de datos relacionados con un código o categoría en particular se presentan juntos para poder explorar la composición de cada conjunto codificado y así transformar los datos codificados en datos significativos

En el análisis que hacemos no se trata solamente de clasificar, categorizar, codificar o confrontar los datos obtenidos de los diferentes profesionales. En este sentido, no nos limitamos solo a informar lo que hallamos sino que creamos un relato, y al hacerlo construimos versiones de las situaciones de cuidados y de los actores que intervienen. Por tanto, el análisis, inexorablemente, implica representación.

Para la codificación y análisis de los datos, estos se han clasificado en función de qué o de quienes se han obtenido:

5.9. Recopilación de datos de las entrevistas a los profesionales.

Finalmente se hizo un análisis integrado de los datos de los profesionales con el fin de agrupar los aspectos coincidentes en las diferentes etiquetas identificadas.

Con dichos datos tratamos de enfocar nuestro trabajo como una tarea analítica, en la cual la forma de nuestro informe y de las identificaciones sobre enfermería es tan importante y poderosa como su contenido.

A pesar de lo vivido con la realización de las entrevistas, el hecho de escribir y representar es una manera vital de pensar sobre los propios datos obtenidos sobre ellas. El hecho de escribirlos nos hace pensar sobre la enfermería de maneras nuevas y diferentes. Pensar en cómo representar nuestros datos también nos obliga a

reflexionar sobre los significados y concepciones, voces y experiencias presentes en ellos.

Código	Etiquetas
Profesión enfermera	<p>Influencias en la elección de la profesión</p> <p>Motivos para ser enfermera/o</p> <p>Trayectoria laboral y vital</p> <p>Estabilidad económica</p> <p>Reflexiones sobre nuevos campos actuación/nuevos entornos</p> <p>¿Se puede seguir siendo enfermera asistencial a lo largo de toda la vida laboral</p> <p>¿Es una profesión?</p> <p>Orgullo de pertenecer</p> <p>Código ético</p>
Formación	<p>Básica</p> <p>Continuada</p> <p>Valores recibidos</p> <p>Valores actuales</p>
Experiencias con los otros	Feminización de la profesión/Estereotipos
Repercusiones de la profesión en la vida.	<p>Liderazgo</p> <p>Violencia en las relaciones laborales</p> <p>Violencia en las relaciones con los pacientes</p> <p>Cambios en la actitud de los pacientes a lo largo del tiempo</p> <p>Relaciones familiares</p>

Frustración	Aspectos negativos de la profesión Sensación de no haber hecho suficiente Sensación de no haber alcanzado metas profesionales y personales
Mito de la enfermera	¿Debería cambiar enfermería?

5.10. Consideraciones éticas.

Todos los argumentos desarrollados en la parte cuantitativa del presente trabajo, son válidos para esta parte cualitativa, en su relación con la ética, por lo que solo añadiremos dos puntos específicos en la parte cuantitativa.

5.10.1. Consentimiento informado

Todos los sujetos entrevistados participaron de forma voluntaria y dieron su consentimiento después de ser informados por escrito en las entrevistas de la naturaleza del estudio. En primer lugar contactamos con la primera participante, que a su vez, nos proporcionó la posibilidad de contactar con otros ya que nos facilitó en dos casos el teléfono y en otros dos la mediación para que aceptaran participar en el estudio; aunque la técnica de bola de nieve posee el riesgo de homogeneizar la muestra, el conocimiento de la entrevistadora del medio, evitó que las personas seleccionadas tuvieran un perfil similar. Antes de comenzar la entrevista se aseguraba la confidencialidad de la información. Los participantes recibieron información oral sobre el estudio, una copia del consentimiento informado y firmaron la copia asegurando estar informados y dando su consentimiento (Anexo IV). El consentimiento informado fue elaborado de forma que la información que contiene no influenciará las opiniones de los participantes y evitando mostrar conceptos, valores y preocupaciones del investigador en su contenido. (Ramazanoglu y Holland 2002).

5.10.1. Respeto a los sujetos participantes.

A todos los informantes se les aseguro en el primer contacto telefónico y al inicio de la entrevista de la posibilidad de revocar su consentimiento a continuar con su participación en la investigación, si por cualquier causa

consideraban que no estaba de acuerdo con sus intereses y podían retirarse de la misma si lo consideraban conveniente, sin naturalmente ninguna sanción por su retiro de la investigación.

5.11. Resultados.

A continuación describimos la información extraída de las entrevistas en profundidad efectuadas a los profesionales. (Resumen de los resultados de la metodología cualitativa, **Tablas 13a, 13b y 13c**).

5.12. Profesión enfermera.

5.12.1. Influencias en la elección de la profesión:

Las personas entrevistadas, no parece que hayan tenido apoyo familiar alguno en la elección de la profesión. Los consejos de la familia y amigos, no son lo que más les ha determinado. La firme oposición, junto con los intentos de disuadir de una u otra manera ha sido una constante en las mujeres, mientras que en los hombres se reconoce la influencia, pero no como imposición ni sugerencia, sino más bien como fascinación por el trabajo:

“mi padre me metió una bronca alucinante; él era médico y me dijo: Pero tú estás loca, porque te has matriculado en enfermería si eso es lo peor, si eso es para limpiar mierda y recoger vómitos”. (Mujer 1ª)

“Tuve que lucharlo bastante, porque mis padres no querían que fuera enfermera porque decían que no servía, porque era muy aprensiva y luego muy sensible, todo me daba lastima y me decían “como vas a ser enfermera...” (Mujer 2ª)

“He tenido influencias familiares, tíos abuelos por los dos lados eran practicantes. Me gustaba mucho eso de hervir la jeringa y esas cosas, cuando era pequeño vamos. Es una cosa que siempre me ha gustado” (Varón 1º)

“A mí siempre me gustaba el ambiente sanitario, las películas que tenían un poco un enfoque sanitario; no sé, tenía una tendencia natural; familiarmente no tenía ninguna relación, ninguna, en mi familia nadie era sanitario (Varón 2º)

5.12.2. Influencia hacia los otros

A través de expectativas y deseos de los padres o familiares se quiere ejercer influencia en la elección profesional de los hijos, porque se considera que les es más

fácil ayudarlos en la profesión, pero por supuesto sin imponer nada, solo por el hecho de facilitarles la empleabilidad.

“Yo, con los hijos que he tenido, siempre he intentado que alguno de ellos estudiara enfermería, pero cada vez que les hablaba o les decía se les plantaban los pelos y si hubiesen querido estudiar esta profesión yo les podría haber enseñado y ayudado, pero bueno ellos verán (Varón 1º)”

“Mis hijos han sido libres de decidir. Si hubiesen querido ser enfermeros, les hubiese apoyado y les hubiese transmitido toda mi experiencia como enfermero que he podido adquirir (Varón 2º)”

En cuanto a las amistades, una vez dentro de la profesión se les anima a que perseveren mostrándoles las bondades de la disciplina, pero advirtiéndoles de las dificultades de la misma

“Recomendaría a alguien que fuera enfermera, pero tendría que quererlo. A cualquiera no, que se lo pensara realmente porque para ser enfermera tienes que querer ser, no sé cómo explicarlo. Yo no sé porque quise ser enfermera, no me puedo acordar, pero que luché para serlo sí. (Mujer 2ª)”

“Respecto si yo aconsejaría a alguien ser enfermero pues sí, lo que pasa es que es una profesión muy dura y creo que hemos perdido el tren de lo que creo que yo entendía lo que podía llegar a ser nuestra profesión entonces; actualmente el que sea enfermero pues tiene que ser consciente a lo que va, se va a enfrentar con un trabajo que para mí no es ser enfermero. (Mujer 1ª)”

5.12.3. Motivos para ser enfermera/o

La importancia que damos a los valores en muchos casos determina la decisión sobre una opción educativa. Los valores ayudan a tomar decisiones congruentes con lo que se cree es correcto o incorrecto. Al evaluar las carreras les atribuimos valores que por una parte pueden ser de tipo práctico, por ejemplo, elegir en función del reconocimiento social, prestigio dinero o por otra elegimos en función de aquellos que tienen valor de una manera íntima o particular. De esta forma la elección de carrera está sujeta a sus valores personales. Aunque nuestros informantes no refieren unos hechos concretos, sí que definen que su elección correspondió a valores personales.

“En un principio esta carrera la elegí porque siempre me gustó, me gustó ser lo de practicante y me gustó ser practicante de pueblo, eso es lo que más me llamaba la atención (Varón 1º)”

“y yo me puse en la cabeza enfermera que no se ni porque y lo luche mucho (Mujer 2ª)”

“Esto me llevo a conocer lo que era el trato directo con una persona porque permanecía 12 horas con ella y el trato humano con esa persona y con la familia, ella se sentía cómoda, yo me sentía cómodo, a pesar de que ella era una mujer y yo un hombre en este caso, un ATS masculino; y la verdad es que me gustó (Varón 2º)”

5.13. Trayectoria laboral y vital

5.13.1. Estabilidad económica

No parece que nuestros informantes masculinos hayan tenido grandes dificultades en el terreno económico, aunque el empleo les ha proporcionado una estabilidad económica significativa, en ocasiones se han visto mal remunerados por la dureza de las condiciones laborales y la necesidad de acceder a un doble empleo. Las mujeres no se pronunciaron sobre ello, quizás por considerarlo justo o porque no tenían problemas en ese sentido

“Me ha dado estabilidad económica. Evidentemente ha habido momentos que he pensado que estaba mal remunerado por el esfuerzo que suponía el desarrollar la actividad de cuidados, tanto temporal como de equilibrio de la familia, ajustes de horarios, ajuste de familiares. (Varón 2ª)”

“La enfermería me ha dado estabilidad económica de manera muy justa por eso en estos momentos estoy haciendo pluriempleo porque tengo hijos estudiando y me viene muy justo; pero bueno en un principio sí que fue... Me dio futuro para poder embarcarme en alguna empresa como poderte comprar una casa o casarte quizás, pero ha sido muy justa.(Varón 1º)”

“Me da la posibilidad de trabajar más, de poder trabajar más y de poder ganar más dinero (Varón 3º)”

5.13.2. Reflexiones sobre nuevos campos de actuación/nuevos entornos

Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace treinta o cuarenta años. Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Asimismo, en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros. Pero por el contrario las estrecheces y burocratización por las que actualmente pasa la sanidad repercuten en los profesionales ya que opinan que los nuevos métodos de trabajo impiden su dedicación total a los pacientes por una parte y por otra no se sienten vinculados en ocasiones a su trabajo como consecuencia de la precariedad de su empleo y la falta de progresión laboral

“Nos estamos convirtiendo en administradoras de medicamentos. Eso me parece gravísimo, en un Hospital que tienes tanto tiempo de relación con el enfermo, ¡que les puedes ayudar tanto! Que puedes enriquecerte tanto, porque no solamente tú les enseñas, te enseñan una barbaridad: la forma que tienen de afrontar la enfermedad, como lo viven”. (Mujer 1ª)

“Nosotras cuando empezamos a trabajar nos daban una plaza de trabajo y eso lo considerábamos como nuestro, yo por lo menos lo he considerado como mío. Mi puesto de trabajo era mío y yo luchaba con uñas y dientes para defenderlo; si funcionaba bien contenta, y si estaba mal luchaba para que funcionara bien pero claro las chiquitas de ahora vienen tres meses, se van a otro sitio tres meses más y yo eso creo que es un problema ¡ que no acaban siendo de ningún lado! O sea no se acaban implicando como una cosa suya.” (Mujer 2ª)

“Ha habido variaciones importantes desde el punto de vista curricular, desde el punto de vista académico, hasta el extremo de que se nos permite alcanzar el doctorado, pero en el ámbito laboral no se observa ese cambio (Varón 2º)”

5.13.3. ¿Se puede seguir siendo enfermera asistencial a lo largo de toda la vida laboral

En algunas instituciones la sobrecarga laboral está dada por la asignación de diversas tareas que responden en su mayoría a políticas económicas del sistema o de la institución y no a las necesidades de cuidado de los pacientes que demandan los servicios; el ejercicio de cuidar implica una sobrecarga laboral y emocional, debido a los múltiples problemas que derivan de la atención y de los sistemas de salud, así como a las propias exigencias personales, profesionales y familiares. La actitud frente al trabajo y el grado de implicación personal determinan su capacidad de tener una vida laboral hasta la jubilación en la asistencia a pie de cama.

“A los 50, si hasta los 55 años estas en plena productividad de madurez, de experiencia. Yo tuve mi crack personal a los 53 años creo que coincidió con una menopausia mala y con mucha sobrecarga, pero a los 60 para determinados puestos ya no estás para desarrollar esa actividad tan comprometida. Es una vida muy dura y muy comprometida, si te la tomas en serio” (Mujer 1ª)

“Ahora que compagino el trabajo de un Centro de Salud con la enfermería pura y dura en la calle y la verdad es que me gusta y como me gusta, pues ahí estoy, hasta que el cuerpo aguante (Varón 1º)”

“Creo que en la medida en que te guste lo que haces, que busques la mejor manera de ofrecer a los pacientes tus conocimientos, tu experiencia y tu capacidad de trabajo se puede mantener uno en la asistencia; en la medida que entres en una dinámica de reutilización, de cansancio físico y de distanciamiento con los pacientes, en la especialidad que tú has desarrollado en la asistencia, necesitas irte (Varón 2º)”

“Ser enfermero asistencial hasta el final, porque entiende que es algo más, que está dentro de la persona por lo cual no lo pierde nunca (Varón 3º)”

5.13.4. ¿Es una profesión?

La enfermería es una profesión encaminada a incrementar el bienestar humano y social. Posee un cuerpo de conocimientos propios y desarrollados científicamente. No se trata de actividades aisladas sino que se desarrolla en condiciones de igualdad con otras disciplinas sanitarias prestando sus servicios de manera conjunta. Las

entrevistadas lo afirman sin ninguna duda, pero no existe unanimidad en las respuestas, ya que uno de los informantes afirma que la falta de valor añadido, reconocido por la sociedad, nos limita como profesionales

“¡Hasta ese punto llegaban los cuidados! Es decir que allí aprendí técnicas y aprendí también a preocuparme por las personas, aunque eso yo ya lo llevaba incorporado, creo, pero allí lo vi materializado. Me pareció magnífico” (Mujer 1ª)

“Ha sido una época que la he vivido muy bien, muy rica, riquísima a todos los nivel, profesional, personal, de relación. Me he sentido querida, me he sentido valorada de verdad y acabo mi época profesional contenta además pasando la hoja. (Mujer 2ª)”

“Somos considerados como meros trabajadores, pero no profesionales; el profesional entiendo yo que da un valor añadido a su producto y en este momento como está gestionado el sistema público, sobre todo en Atención Especializada, el valor añadido no está reconocido ni socialmente, ni laboralmente ni económicamente y te diría que ni por los propios enfermeros (Varón 2º)”

5.13.5. ¿Es una vocación?

Según la RAE se refiere de una manera coloquial a la **“Inclinación a cualquier estado, profesión o carrera”**, lejos de ser la Inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión, primera acepción de la palabra. El termino vocación está más relacionado con lo que gusta, lo que da sentido a la vida, que tiene que ver con los valores personales y muestran una dirección a seguir

“El caso se complicó mucho y la paciente falleció, es decir en mi primer estreno, por la noche, que ya sabes que el hospital está más desasistido, el comienzo fue muy duro, pero te digo que mi vocación estaba cada vez más afirmada. (Mujer 1ª)”

“Yo he estado pensando y yo la considero un profesión. Por supuesto eso lo tengo claro pero yo creo que para la enfermería sí que hace falta, no solamente para la enfermería para ciertas profesiones un grado importante de vocación para mí porque yo creo que se ve desde, la enfermería, la profesión desde otra perspectiva, como si fuera más de entrega. (Mujer 2ª)”

“Independientemente de lo que te vas a encontrar, en tu camino, en el devenir como sujeto o como persona que ha elegido un determinado camino que

es la atención al prójimo, tiene que haber un nivel de vocación porque si no la frustración, el desencanto, las tensiones afloran mucho más que sí que si realmente tú tienes en tu concepción interna una necesidad en un momento determinado de ayudar, estar con alguien que está sufriendo y que lo está pasando mal en su vida.(Varón 2º)”

“Fui ATS, porque es vocacional, de pequeñito iba pinchando a los muñecos (Varón 3º)”

5.13.6. Código ético

El cuidador profesional debe cultivar el valor de la responsabilidad. Responsabilidad que desde la ética, significa el ejercicio de un deber humano para con los seres en situación de vulnerabilidad, asumiendo el cuidado como un deber moral y no solo como un sentimiento de proximidad con el otro, o solamente como una manera de ganarse la vida. Responsabilidad de ciudadanía al comprometerse en la defensa del derecho que tienen las personas, las familias y los colectivos a ser cuidados. Nuestros entrevistados manifiestan este compromiso aun a costa de su dolor personal.

“Yo tengo una huella de sufrimiento que todavía la tengo, me cuesta mucho entrar en el hospital porque tengo un sufrimiento interno grandísimo que creo que me ha dejado el compromiso que he establecido con los pacientes y no sé si eso es evitable. Porque si te comprometes te estas dejando mucha parte de sufrimiento emocional” (Mujer 1ª).

“Para mi ser enfermera asistencial es lo que más me ha gustado, pero en una sala ser una enfermera asistencial es duro, porque estas en la evolución de la enfermedad y de la persona”. (Mujer 2ª)

“Pero una cosa en la que estoy totalmente en desacuerdo, pero no de ahora sino desde que finalice mis en el año 78 es que yo nunca he puesto por delante mi vida personal, ante mi vida laboral, ¡nunca! Siempre he adaptado mi vida familiar y mi vida personal a las necesidades, en este caso el hospital me ha ofrecido o me ha necesitado. (Varón 2º)”

5.13.1. Orgullo de pertenecer a esa profesión

El sentimiento de orgullo profesional conlleva además de una actitud positiva hacia uno mismo y hacia quienes le rodean, un sentido de pertenencia al colectivo y a

su identificación con los valores del mismo, pero ese compromiso puede desencadenar un coste personal muy alto que no ha sido superado en todas las circunstancias ya que se desea que hubiera en la profesión cambios que no se han realizado

“No me siento fracasada ni me siento arrepentida de haber sido enfermera, volvería a hacer lo mismo quizás ahora no tan intensamente pero me ha gustado mucho mi profesión. (Mujer 1ª)”

“Volvería a estudiar enfermería sin duda ninguna. Sin dudarlo. Siempre digo que soy enfermera. (Mujer 2ª)”

“Sí que volvería a estudiar Enfermería y vamos si un hijo mío me dijera “papa, quiero estudiar enfermería” sería la mayor alegría que podría tener. (Varón 1º)”

“Yo volvería a ser enfermero, quizá me gustaría volver a ser enfermero pero con cambios desde el punto de vista laboral (Varón 2º)”

5.13.2. Formación

5.13.2.1. Formación básica:

Las mujeres en general consideran que su formación básica fue deficitaria, sin embargo los varones recuerdan que lo que aprendieron en su etapa de formación ha sido determinante para su vida profesional, pero la visión de unas y otros difieren en cuanto a lo que es enfermería, ellas centradas en los cuidados y ellos en las técnicas.

“Los instrumentos que nos dieron para contextualizarnos para lo que era la profesión enfermera, fueron poquísimos, poquísimos” (Mujer 1ª)

“Recién terminada la carrera que no sabes nada” (Mujer 2ª)

“Me enseñaron todas las técnicas que había. Todas las que aprendí como estudiante, las emplee siendo profesional. (Varón 1º)”

Describen que se ponía énfasis en la conducta de las enfermeras en detrimento del conocimiento. La realidad es que en la formación de aquella época se reproducían las relaciones de poder dominantes en ese momento histórico. En el tardofranquismo, la formación de las enfermeras estuvo dominada por discursos fundamentalmente biológicos y biomédicos y en los hombres la técnica.

“Todo lo que aquella gente te decía adolecía mucho de contenidos científicos y había mucho de espíritu religioso, digamos así, claro esto hay que contextualizarlo en

el tiempo, serían los años 69, no quizás después..., no yo acabé el en 72, serían los años 69 y en aquel contexto no llamaba tanto la atención. (Mujer 1)”.

“La formación que recibí me gustó mucho porque dábamos las materias que íbamos a tocar, dábamos Medicina Interna, Anatomía, biología” (Varón 1º)

Sin embargo están de acuerdo en que las nuevas generaciones se enfrentan a un verdadero desafío en cuanto a los conocimientos que se imparten en la actualidad, que forman a un profesional autónomo en la toma de decisiones en relación a los cuidados. En estos nuevos planes de estudios los estudiantes de enfermería podrán adquirir más competencias relativas a la gestión y liderazgo de los recursos para promover cambios sociales, la adquisición de conocimientos científicos y tecnológicos para abordar las nuevas exigencias sociales en materia de salud y la capacitación para desarrollar y adquirir los conocimientos necesarios sobre metodología de la investigación para el desarrollo de nuevos conocimientos. Destacan la variedad de posibilidades que da la enfermería en relación a nuevos campos de trabajo donde desarrollar e implementar sus conocimientos.

“Volvería a estudiar enfermería aunque yo creo que no se si podía, con el NIC y el NOC ¡hasta que lo pude entender! y el NANDA ¡caray que complicado! ¡Y las asignaturas que hay! ¡Madre mía! Las asignaturas que hay me parecen un mundo, yo no sé si todas esas asignaturas... desde luego son formación pero... Las conoces y dices, yo no sé si hubiera podido acabar (Varón 1º)”

“Yo creo que ser enfermera no es un desafío intelectual, si hay una buena preparación creo que intelectualmente no es un desafío, para mí me resulta más desafío a nivel personal, depende de cómo te plantees lo que es la enfermería , yo pienso que con una buena preparación, la enfermería, como es un campo tan abierto y tiene tantísimas posibilidades; a mí me parece una profesión riquísima de posibilidades que hay, pero yo por ejemplo tuve mala base de preparación y siempre he ido con una preparación mala desde el principio, sería la época, que tocaba.(Mujer 2ª)”

5.13.3. Visión técnica de la profesión

A estas generaciones se les formó aparte de en conocimientos de moral profesional, en un adiestramiento técnico y en conocimientos básicos y superficiales de medicina. Este tipo de formación contribuyó a formar hábiles y diestros/as

profesionales en la ejecución de técnicas realizadas sin mucha fundamentación y siempre bajo dependencia médica. Es decir, se volvía a enfatizar el “estar” y el “hacer”, en detrimento del “pensar”

“Por supuesto todo el proceso dado era médico y si repasara un poco los apuntes es que nos explicaban como se hacía una cirugía de digestivo, dejando al margen los que eran los cuidados, creo que de los cuidados no nos habló nadie (Mujer 1ª)”

“A lo largo de la vida he aprendido otras técnicas, pero las básicas son las que aprendí siendo estudiante de enfermería. (Varón 1º)”

“En aquella época lo que más prevalecía era la técnica (Varón 2º)”

5.13.4. Docencia alejada de la práctica

Formar un nuevo profesional de enfermería es una tarea compleja que requiere del docente competencias relacionadas no solamente con sus saberes, sino también con las habilidades adquiridas de su propia vivencia personal. No será fácil para el docente si nunca ha conocido la práctica en un tiempo real y por otra parte existen caminos paralelos entre los docentes y los asistenciales que no se encuentran muy a menudo.

“Compañeros de mi misma promoción que son profesores de distintas Escuelas y yo me asombro a mí mismo porque como son compañeros de carrera y yo sé que no han trabajado en su vida en un hospital y me sorprende a mí mismo preguntándome ¿cómo podéis enseñar? Algo que no habéis mamao, pero bueno... A lo mejor enseñan... no sé lo que enseñaran la verdad, porque si eso es lo que muchas veces me ha extrañado de distintos compañeros que nunca han pasado por un hospital y dan clase. (Varón 1º)”

“¿Laboralmente me va a servir para algo? No, porque desafortunadamente no hay correspondencia entre el ámbito académico y el ámbito profesional (Varón 2º)”

“Existe una gran laguna y lo diré hasta la saciedad entre lo académico y el clínico porque en lo académico estamos dando la enfermería que nos gustaría... pero en un hospital lo que más utilizan son las técnicas (Varón 3ª)”

5.13.5. Formación continuada

Según el Código Deontológico de la Enfermería Española en su artículo 60, será responsabilidad de la enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende. Todos los profesionales entrevistados manifiestan la necesidad de incrementar sus conocimientos para poder seguir desarrollándose profesionalmente, ya que de otra manera, es imposible mantener una praxis adecuada a las necesidades de los pacientes.

“Yo lo pase mal porque en esos 17 años me di cuenta de mis deficiencias de formación. Tuve que espabilarme y aprender y prepararme; cuando empecé a estudiar cosas y a prepararme me di cuenta de que si yo lo hubiera aprendido antes yo no hubiera sufrido tanto; sobre todo la enfermedad, la muerte; todo eso a mí me impactaba muchísimo, el dolor, las despedidas, eso era para mí terrible siempre.”
(Mujer 2ª)

“Eso luego fue cambiando, poco a poco, pero pasaron unos cuantos años, hasta que yo tome conciencia de que debía focalizar más la búsqueda de información y mi propia formación continuada la debía focalizar más en alguna parte (Mujer 1ª)”

“A lo largo de mi vida profesional no he tenido que formarme de una manera teórica. Como ya comente al empezar en una especialidad tan nueva como era esa empecé un poco a formarme un poco de oídas, (Varón 1º)”

“Creo que es fundamental, continuar leyendo. No os paréis, no entréis en la dinámica del conformismo que es lo que no me gusta que en ocasiones actualmente suceda. (Varón 2º)”

5.13.6. Trabajo en equipo

Las enfermeras/os no trabajan aislados, como también sucede en casi todas las profesiones hoy en día; la satisfacción de las personas que trabajan juntas formando un equipo, no un grupo de trabajo, tiene mucho que ver con compartir metas, además de poder contar con los otros para la consecución de objetivos que les son comunes. Nuestros informantes muestran su satisfacción por haber conseguido, gracias a los compañeros, aumentar sus conocimientos y capacidades.

“Entonces a nivel de realmente trabajar en equipo con los médicos allí me resultó muy interesante porque nosotras íbamos solas a las casas y cuando llegábamos a hacer la sesión lo que la enfermera había visto y había detectado, el médico lo escribía en la historia (Mujer 2ª)

“Yo aprendí método de trabajo de los médicos. Empecé a aprender mucha patología y empecé a estudiar, porque empecé a pedir información. Me daban libros, sobre cosas que me interesaban; allí empecé a ver lo que era la clínica de verdad. Cuando hacían una exploración, me dejaban tocar un bazo, un hígado, veía como los signos y los síntomas como se correspondían, las petequias. Como veían que yo tenía interés si veían algo extraño me decían, “pasa mira esto” (Mujer 1ª)”

“Afortunadamente me pusieron de pareja con J. que tengo una buena relación, aprendo mucho, me apoya mucho y bueno pues, empieza a funcionar y la verdad es que poco a poco me fui integrando. (Varón 2º)”

5.13.7. Valores recibidos/valores actuales

La realidad social del colectivo enfermero, no es única, aunque existen rasgos generales que ayudan a identificar el proceso de profesionalización. Al tratarse de un colectivo mayoritariamente femenino ha experimentado un proceso paralelo a la evolución social de las mujeres en España. En los primeros años del siglo XXI, la enfermería aparenta tener unos rasgos identitativos débiles, que se manifiestan por la falta de corporativismo, aunque se registran avances importantes en el proceso de profesionalización

“Y luego allí sí que vi diferencia entre los enfermeros hombres y la enfermería mujer: las mujeres allí me di cuenta que no reivindicaban a nivel laboral como su profesión si no porque como era un apoyo de casa no le daban valor. Entonces no luchaban de la misma manera que luchaban otras mujeres; allí sí que me di cuenta de la diferencia que había a nivel de sentir la profesión. (Mujer 2ª)”

“A mí me pasó, que no encontraba satisfacción en mi realidad y empecé a buscarla fuera para así poder progresar. Fuimos a un congreso en el año 85 a Holanda. En ingles llevamos un poster. El primer poster, sobre los catéteres de larga duración. Era un poster absolutamente médico, pero me daba igual. ¡Tú no sabes para mí aquello que fue!. Mira si fue interesante y chulo, llegar allí encontrarme con 800

enfermeras europeas, darme cuenta que todas iban en la misma dirección que yo intentaba buscar y me dije: Esto es lo que yo quiero; aunque en mi hospital no lo quieran el mundo va por ahí. Y yo quiero ir por ahí. (Mujer 1ª)

“Creo que desgraciadamente no somos corporativistas, es envidiable el corporativismo entre otras profesiones que aunque a lo mejor se pegan entre ellos a la hora de...Un grupo pega a otro grupo, pero a la hora de la verdad siempre hay piña, nosotros la verdad es que no hay (Varón 1º)”

5.14. Experiencias con los otros

5.14.1. Feminización: Identificación de los varones con el cuidado

La profesión enfermera es considerada una profesión de mujeres; El cuidado de la salud es culturalmente asumido por mujeres. El estereotipo femenino ha sido reforzado por la ideología que lo ha rodeado. Los símbolos que ha creado la sociedad para construir los distintos roles sociales han atribuido a un determinado sexo unas cualidades, que en ocasiones no son tales. La alta feminización del colectivo profesional ha hecho un flaco favor a los varones del colectivo, ya que el género influye de manera muy directa al asociar los cuidados enfermeros a acciones que se consideran intrínsecamente femeninas, negándoles en ocasiones a los varones la capacidad de proporcionar cuidados, por lo que muchos de ellos pueden decantarse por la técnica, aunque naturalmente hay muchos otros, que en ella establecen su rol profesional fundamental.

“Cuando te encuentras un buen enfermero que ha adquirido el rol profesional completo son magníficos, me refiero a la parte del apoyo humano y emocional y cuando no cuando es gente que no quiere profundizar sobre ello lo que le gusta es la técnica (Mujer 1ª)”

“Es cierto que había una manera de realizar los cuidados que a mí no me gustaba, que era esa dependencia excesiva al ámbito médico. Esa dependencia impedía hacer algo más que la técnica. Yo oía de cuidados, oía que parecían novedades en el ámbito enfermero, pero no lo veía allí. (Varón 2º)”

5.14.2. Ausencia de discriminación

El acceso a los estudios de Enfermería sigue las directrices de cualquier otra titulación y no se ha detectado la posibilidad de desigualdades de género, salvo la propia elección, de forma minoritaria, por parte de los varones, que se relaciona con los estereotipos de género. En el desarrollo profesional, el acceso a puestos de trabajo asistenciales de la Sanidad Pública se realiza mediante concurso-oposición. La movilidad interna se rige por baremo de méritos. No se observa desigualdad de género a la hora de acceder a estos puestos, si bien es cierto, que los enfermeros varones eligen servicios donde la enfermería es más técnica, como ya se ha dicho anteriormente. Nuestros informantes no refieren ninguna discriminación en su larga vida profesional. Ni manifiestan haber sido utilizados.

“Te digo que eso es bueno a la hora de poder gestionar, los hombres son bastante menos complicados por no decir que se mueven más con dos ideas, ellos no se complican tanto y a la hora de gestionar para mí desde el punto de vista de la supervisión era mejor porque no veían segundas intenciones en las cosas, los mensajes eran más directos; cuando uno te decía una cosa te la decía más de frente; veías por dónde venían, en ese aspecto no tienen tantas estrategias de comportamiento; desde ese punto de vista para mí fue interesante (Mujer 1ª)”

“No creo que exista discriminación por género entre los enfermeros Yo he sufrido discriminación; he sufrido mucha discriminación pero ha sido discriminación política, por sexo no. (Varón 1º)”

“No me he sentido discriminado (Varón 2º)”.

“No me he sentido discriminada, como he estado con muchísimas mujeres y he tenido al lado mujeres que les daban 50 vueltas a los hombres. Discriminada por ser mujer dentro de la enfermería no me he sentido, (Mujer 2ª)

“He trabajado con chicas y nadie me ha llamado diciéndome: oye ven que fulano esta agresivo, no nunca, nunca. (Varón 3º)”

5.14.3. Liderazgo

La percepción que las enfermeras manifiestan tener de los líderes formales tanto en relación al reconocimiento de su trabajo, como de la capacidad de motivación y de vehiculizar su participación en la toma de decisiones, es valorada muy

negativamente por las enfermeras; lo cierto es que no se reconoce a los líderes, ya que el acceso por parte de las enfermeras a cargos de dirección dependen de factores que en ocasiones no son profesionales, sino políticos y sociales. Aunque cada vez hay más casos elegidos por su trayectoria profesional, continúan siendo escasos, en relación a los otros profesionales y a las personas que desean escalar jerárquicamente en ocasiones les resulta difícil, ya que no hay un camino claro a recorrer, aparte del político, en demasiadas ocasiones.

“Porque no se han buscado los líderes con respecto a lo valiosos que eran como personas sino a la política. Hemos tenido gente en la gestión que eran un petardo. Yo necesito reconocer a la autoridad y creo que no he reconocido más que a una o dos personas. Al resto tendrán la autoridad formal pero no la moral y eso nos ha hundido y como profesionales no hemos sabido dar ese salto (Mujer 1ª)”

“No los suficientes para haber liderado el cambio que yo entiendo que se debía haber producido al mismo tiempo que el cambio académico (Varón 2º)”

La ausencia de líderes, ha sido una constante en esos años; líderes formales que correspondían más a un puesto político que a un líder real, en poquísimas ocasiones, se han unido en una persona, el formal y el informal.

“A lo largo de mi trayectoria de 40 años yo solo he encontrado una gestora que daba la talla, que era.... el resto no ha sabido y se toman las decisiones. Hay que tener voz y voto para dar esa talla y luego trasladarlo a la gran masa profesional (Mujer 1ª)”

“Los líderes que han surgido o que han querido surgir algunos no hemos sabido liderar ese cambio (Varón 2º)”

“Nosotros tampoco recogemos nuestra fuerza como entidad para crecer (Varón 3º)”

Los líderes naturales potencian el trabajo colectivo. El respeto por las ideas del otro, el diálogo, la discusión, la cooperación, el compartir ideas, la argumentación, son valores fundamentales en el liderazgo y solo de esta manera se reconoce al líder

“Yo allí me di cuenta que tenía posibilidades de hacer cosas, que la gente en algún momento me seguía, pero cuando me di cuenta de eso me asuste, porque pensaba que era una responsabilidad muy grande; porque yo soy una persona que si lucho por una cosa y tropiezo yo me levanto y sigo, pero yo veía que mis compañeras

venían porque yo lo decía, pero no porque estuvieran convencidas y me daba miedo que se hicieran daño (Mujer 2ª)”

Sin embargo cuando el líder formal carece de las habilidades necesarias para ejercer su liderazgo se presenta una relación conflictiva que acaba desencadenado dificultades que no siempre se pueden superar y los líderes naturales ocupan el lugar de los formales

“Mi última etapa mía profesional ha sido fuerte porque llegó una persona, la nueva supervisora que estaba a cargo de todo, vino con otra idea, pero pasando por encima de todo, entonces ahí realmente nos hizo sentir a las antiguas, las viejas que llamaba. Yo no me sentía vieja, si acaso antigua, en el sentido que tenía más años dentro, pero no me sentía vieja (Mujer 2ª)”

5.14.4. Violencia en las relaciones laborales

5.14.4.1. Violencia en las relaciones con los otros miembros del equipo

El lugar de trabajo puede estar contaminado por múltiples factores que desencadenan acciones violentas de mayor o menor grado. Estas acciones no se dan solo entre los usuarios y los profesionales, sino en ocasiones y en mayor medida entre los colegas o el grupo de trabajo. Factores como las actitudes y expectativas, las habilidades, la personalidad, la responsabilidad, la experiencia y/o los patrones organizativos en una organización deficiente que hace una distribución poco equitativa del trabajo, sobrecargando a algunos de sus empleados mientras que otros permanecen relativamente inactivos pueden desencadenarla y de hecho la desencadenan en el grupo de trabajo, dando lugar a múltiples conflictos, que nuestros informantes describen como situaciones de alto riesgo

“Yo era tan emprendedora, quería participar tanto de todo que no entendía a las personas que solamente iban a pasar las siete horas y probablemente les “pinchaba” de manera excesiva: Ves y haces esto que yo voy hacer lo otro. No es que yo mandara, porque yo iba siempre por delante, pero “mandaba” (Mujer 1ª)”

“Con los otros profesionales que he tenido una relación escabrosa, de hacernos partes mutuamente y sorprenderse la otra parte cuando tú podías hacer un parte porque ellos se consideraban más que tú, no ha sido con los médicos, con ellos la

relación ha sido buena; ellos tienen su trabajo y yo tenía el mío y cada uno sabía dónde estaba. (Varón 1º)

“Yo los he tenido también con médicos. Enfrentamientos fuertes, eso en los otros puestos de trabajo no, pero en Puertas era duro, tenías que enfrentarte porque se creaban situaciones difíciles; se eludía el trabajo y luego las normas; las normas a veces no tienen que ser tan estrictas en un sitio donde hay tanta gente, (Mujer 2ª)”

“Una persona que totalmente denostaba la enfermería. Nos consideraba como mano de obra, lo que yo denomino como meros jornaleros y esto no me parece bien nunca. (Varón 2º)”

5.14.4.2. Violencia en las relaciones con los pacientes

Ejercer la enfermería es en ocasiones, una labor heroica; el hospital principalmente y en menor medida los centros de salud o los servicios de urgencia son lugares donde se genera un alto nivel de estrés, tanto por parte del usuario/paciente como por parte de los profesionales que desarrollan allí su labor. Esto puede instar a comportamientos violentos por una u otra parte, ya que por una parte han aumentado las expectativas de las personas en cuanto a los servicios de salud y por lo tanto demandan un trato más adecuado de los profesionales, para que no exista una relación asimétrica, y por otra no hay que olvidar que la influencia del alcohol y la drogas tienen mucho que ver con las agresiones

“He sufrido violencia con los usuarios, la he sufrido, pero era gente que no entendía las normas o... sobre todo que no entendía las normas y entonces querían un poco ser ellos...” Como yo te pago la Seguridad Social tú haces lo que yo diga” Si que he sufrido en alguna ocasión por parte de los usuarios agresiones de ese tipo. (Varón 1º)”

“En Puertas venía gente que había bebido mucho, “colocada” y te decía cosas, yo he oído insultos en urgencias que jamás en la vida ni los había oído, esas palabrotas, jamás, pero tenemos que estar lo suficientemente formadas para saber estar que no me puedo enfrentar, primero porque lo primero que hace es darme un trompazo, que jamás sería capaz de darlo, tú tienes que ser más lista que ellos y saber tratar a ese tipo de enfermo. (Mujer 2ª)”

5.14.4.3. Cambios en la actitud de los pacientes a lo largo del tiempo

La práctica de la enfermería ha cambiado mucho en las últimas décadas, como lo ha hecho la relación con los pacientes, en algunos casos a mejor en otros claramente a peor según manifiestan los informantes. Los pacientes tienen más información y aunque esta puede ser superficial, en ocasiones, les hace que se sientan más seguros. Por la pérdida de respeto y la deferencia nuestros interlocutores manifiestan una sensación de nostalgia por la falta de reconocimiento por la sociedad y los pacientes en general.

“Yo creo que sí que hemos perdido prestigio social, antes éramos don y doña y ahora somos uno moreno que tiene el pelo rizado. Hemos perdido prestigio quizás, hemos perdido un poco de prestigio social. (Varón 1º)”

“En este momento el usuario es mucho más exigente sobre todo al reclamar sus derechos, quizás de manera discriminada con respecto a sus deberes como usuario, pero si tiene más información, necesita que le trasmitas más información; quiere ser o formar parte de ese triángulo de decisión ante su proceso, tanto el cómo su familia, creo que eso sí que ha cambiado, no se siente, no acepta el paternalismo existente hasta hace poco tiempo en el sistema sanitario. (Varón 2º)”

5.14.4.4. Relaciones familiares

La turnicidad laboral es una realidad presente en enfermería, bien sea en turno nocturno fijo o rotativo mañana, tarde y noche y últimamente los turnos de 12 y 24 horas han pasado a ser frecuentes, ya que permiten un número mayor de días libres consecutivos; pero no podemos separar las características laborales de las familiares, ya que las demandas de las primeras repercutirán en mayor o menor medida, dependiendo de diferencias individuales y la situación socio familiar. Los informantes han resuelto este problema desde diferentes estrategias, bien acomodándose, bien buscando alternativas para el tiempo de no trabajo.

“No he tenido dificultades de conjugar mi vida laboral con mi profesión, sí que tienen dificultades la gente que tiene turno rodado, yo no tuve dificultad porque lo resolví, sí que tenía dificultades porque el día que yo tenía libre, siempre estaba sola porque todos trabajaban (Mujer 2ª)”

“La relación con la familia, pues sí, desde mi punto de vista el enfermero lo tiene crudo porque los turnos son de 24 horas si caes en una sala o servicio de turnos de 24 horas son difíciles de compaginar pero bueno al final se compagina como se puede, pero es difícil. (Varón 1º)”

“Ninguna dificultad al contrario, he llevado todos los márgenes equilibrados, de buen gado cuando se me ha solicitado: haz esta jornada, o necesitamos que me apoyes aquí. (Varón 2ª)”

5.14.5. Frustración

5.14.5.1. Aspectos negativos de la profesión

La existencia de desencanto y/o cansancio entre las enfermeras/os originan sentimientos de abandono y desesperanza por la ausencia de expectativas o fracaso de las ilusiones puestas en el futuro sobre la mejora de las condiciones laborales. Las enfermeras son particularmente vulnerables al síndrome de Burn out, ya que el ambiente estresante de las unidades de hospitalización hace que el personal se enfrente a menudo a demandas físicas y emocionales de los pacientes, así como a una falta de reconocimiento de su trabajo que desencadena un fracaso personal no siempre superado.

“El holismo en la filosofía enfermera ha servido para todos los pacientes que han podido aprovecharse de ella, pero a nivel social creo que en este momento es una debacle pero porque el sistema está en una debacle y la gente está hundida. Yo con todas las que hablo, están hartas, quemadas, se quieren ir. (Mujer 1ª)”

“Yo en realidad no conocía la vida y eso para mí fue muy fuerte ya que el hospital era la vida: la realidad, dolor, tristeza; aquello me impactó muchísimo. (Mujer 2ª)”

“Yo estaba en un periodo de adaptación, muy duro, tengo que reconocer muy duro y yo no estaba contento, me iba a casa estresado psicológicamente, más que físicamente; pero no por los compañeros, sino por la propia patología, por el propio funcionamiento de la unidad. Yo quería irme, no sé si lo hacía bien o no, pero quería irme. (Varón 2º)”

5.14.5.2. Sensación de no haber alcanzado metas profesionales y personales

La sensación de fracaso, por una sobrecarga de exigencias del trabajo; el no haber alcanzado metas profesionales, quizás por demandas personales no congruentes con la realidad del contexto, junto con un entorno poco favorecedor de cambios, ha llevado a alguno de los sujetos entrevistados a un agotamiento emocional o a una percepción de fracaso personal

“Yo me vacié emocionalmente. Mi experiencia de la docencia, cuando las oía quejarse me preguntaba. ¿Tú qué opinas? Y yo les decía: es que yo vengo de la mina que voy a opinar, si no sabéis lo que es trabajar; bueno eso no se lo decía. (Mujer 1ª)”

“Da pena ¿no? todo el proyecto de la enfermería y que no haya llegado, que sin llegar ya estemos o parados o para atrás. Creo que estamos hacia atrás, porque vienen muy preparadas las enfermeras pero no se valora también esa parte importante humana de equipo, de relación, si todo eso no enriquece la profesión creo que estamos perdiendo una parte de la profesión muy importante. (Mujer 2ª)”

“Me hubiera gustado estudiar más dentro de mi profesión. Por ejemplo me hubiera gustado hacer el doctorado o haber llegado a más dentro de mi profesión. A lo largo de la vida echo de menos el no haber tenido un poco más de tiempo o más de esfuerzo quizás (Varón 1º)”

“Hay facetas que no comparto porque considero que no tenemos la suficiente autoridad, autonomía y capacidad para tomar decisiones relevantes desde la perspectiva de la visión enfermera, (Varón 2º)”

5.14.6. Mito de la enfermera

5.14.6.1. ¿Debería cambiar enfermería? Visión de la enfermería en la sociedad.

En principio, toda persona tiene una idea de lo que es la enfermería y cuál es su papel en la sociedad. Sin embargo, de las interpretaciones que habitualmente hace la población puede deducirse que es una profesión profundamente desconocida, de la que aún persisten ciertos estereotipos que nada tienen que ver con lo que hoy es, y con la proyección que tiene para el futuro. Los profesionales aquí nos hablan de la dificultad para hacerse visibles y solamente lo son cuando se haya requerido de sus

servicios en situaciones comprometidas, de otra manera la población no siempre percibe los cambios que se están sucediendo.

“¿Cómo nos reconoce la sociedad? Me preguntas Yo creo que solo te reconoce cuando tú le presentas el tipo de servicio que puedes dar. Si tú no se lo presentas, ellos no lo identifican como que se los puedes dar. (Mujer 1ª)”

“No hemos sido capaces de explicitarlo como profesionales y entonces los pacientes no lo reclaman. (Mujer 2ª)”

La cercanía hace que se valore su presencia como profesionales, de otra manera se pasa como una prolongación de otros profesionales.

“Con eso vuelvo a insistir que la enfermería en la ciudad no está tan valorada como en los pueblos. En los pueblos cuando vas, muchas veces más se dirigen a ti porque los has curado, les has puesto un vendaje, les has cosido o les has hecho un taponamiento o lo que sea que se dirigen a ti más que al médico porque lo ven un poco más distante o para otras cosas (Varón 1º)”

“Yo creo que la sociedad tiene una visión buena de la enfermería, yo lo creo realmente. Claro la visión que tengo es del hospital allí te valoran, pero compañeras que trabajan en CS que no lo ven como yo. La sociedad está como más exigente respecto a las profesiones de la salud. Pero en realidad no sé exactamente que exigen, pero creo que a la hora de valorar la enfermería yo creo que la valoran, pero lo que he oído de los CS creo que menos. (Mujer 2ª)”

“No tenemos el reconocimiento social que a mí como enfermero me gustaría. Porque todavía tenemos y yo he percibido en algunas ocasiones que somos colaboradores del médico: Vds. dependen del médico (Varón 2º)”

Resumen de los resultados de la metodología cualitativa, Tabla 13a

■ Profesión enfermera

- Influencias en la elección de la profesión
 - Motivos para ser enfermera/o
 - Estabilidad económica
 - Reflexiones sobre nuevos campos de actuación/nuevos entornos
 - ¿Se puede seguir siendo enfermera asistencial a lo largo de toda la vida laboral
 - ¿Es una profesión?
 - Orgullo de pertenecer a la profesión
 - Código ético
 - Sin influencias.
 - Valores personales
 - Estabilidad económica, en ocasiones se han visto mal remunerados por la dureza de las condiciones laborales
 - Se ha profesionalizado en el cuidado.
 - La actitud frente al trabajo y el grado de implicación personal determinan la capacidad de tener una vida laboral hasta la jubilación en la asistencia a pie de cama.
 - La falta de valor añadido, reconocido por la sociedad, nos limita como profesionales
 - Existe un sentido de pertenencia al colectivo, pero se desea que hubiera en la profesión cambios que no se han realizado
 - Existe compromiso aun a costa de dolor personal.
-

Resumen de los resultados de la metodología cualitativa, Tablas 13c.

- ✓ **Repercusiones de la profesión en la vida**
 - **Frustración**
 - **Mito de la enfermera**
 - ✓ Relaciones familiares
 - Aspectos negativos de la profesión
 - Sensación de no haber hecho suficiente
 - Visión de la enfermería en la sociedad
 - ✓ Acomodar la vida familiar al trabajo.
 - Falta de reconocimiento de su trabajo.
 - Percepción de fracaso personal por un entorno poco favorecedor de cambios.
 - Dificultad para hacerse visibles y solamente lo son cuando se haya requerido de sus servicios en situaciones comprometidas.
-

5.14.7. Limitaciones del estudio

La primera y a mi parecer quizás la más importante ha sido las faltas en lo relacionado con las habilidades y destrezas de la investigadora (Mercado, Gastaldo y Calderón, 2002), junto con las limitaciones personales en la comprensión de la realidad, la interpretación y exposición de los datos. Este trabajo es un proceso de aprendizaje que forma parte de un proceso, en el que intentado acercarme a la investigación de la mano de los directores del trabajo, para intentar alcanzar unas conclusiones que se acerquen a la comprensibilidad de la elección de la enfermería como profesión.

Tanto los estudiantes encuestados como las personas entrevistadas, también han podido interpretar la historia más que reflejarla, es decir es una memoria subjetiva por lo que su realidad actual les habrá podido influir en su recuerdo, en sus opiniones y en sus experiencias pasadas. Los datos obtenidos, no se pueden desligar de su dimensión, política, histórica y cultural y la forma de agrupar los datos y su interpretación han estado condicionados por la subjetividad de la investigadora.

7. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN:

6.1. *Interpretación de los resultados*

En este capítulo se ponen en relación los datos obtenidos en la encuesta dirigida a los estudiantes con las entrevistas a los profesionales. Con la finalidad de exponer los resultados de la forma más clara posible, se han dividido en apartados que permiten analizar en conjunto los resultados desde un punto de vista interpretativo, comparándolos con lo hallado en la literatura consultada, para poder establecer similitudes y diferencias entre los hallazgos de una u otra parte en todo aquello que coincidan o discrepen

6.2. *Profesión enfermera*

Edad, influencias en la elección de la profesión, motivos para ser enfermera: ayudar a la gente, vocación, código ético, estabilidad económica, nuevos campos de actuación

En relación a la mayor presencia de mujeres en el estudio, en la actualidad, en Enfermería, las mujeres tienen una presencia mayoritaria, al igual que dentro de otras profesiones sanitarias. En el año 2012, había más hombres que mujeres en los colegios de médicos, veterinarios y odontólogos, aunque, esa diferencia entre ambos sexos poco a poco va siendo más pequeña. Los colegios con mayor porcentaje de sexo femenino fueron los de Enfermería (INE 2013) (con un 84,25%) y los de Farmacia (con un 71,04%). Al respecto de lo anterior los datos de una investigación promovida por la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Sídney Occidental (Australia), resaltan que series de televisión como por ejemplo “Anatomía de Grey”, “Hawthorne”, “Mercy”, “Nurse Jackie”, “Private Practice”, etc., podrían estar reforzando los estereotipos existentes debido a las imágenes negativas con respecto a las enfermeras que ofrecen dichos espacios televisivos, por lo que podría darse un freno a la incorporación en esta disciplina de la población masculina cuando ésta debe decidir el acceso Universitario; son series que se emiten y llegan a un gran número de espectadores y en multitud de países (Weaver, Ferguson, Wilbourn y Salamonson, 2013). Estos datos evidencian el desinterés que siguen mostrando los varones por la enfermería, a pesar de los cambios sociales que, en materia de igualdad, han acontecido durante los últimos veinte años (Gallego García, 2009). El porcentaje de hombres ha permanecido constante dentro de la profesión (Bernabé Martí, 2015); los

estereotipos sobre roles de género dentro de la profesión de enfermería, y en cualquier otra profesión tienen el potencial de limitar el desarrollo de los profesionales (Gerencher, 2004) y la presencia tan baja y prácticamente constante en nuestro país en la profesión es el resultado de que los mismos hombres la ven como muy dirigida a las mujeres (GE, El Hawashy y Taha, 2011), ya que “culturalmente”, el cuidar, históricamente, ha sido una “tarea femenina”, dentro de los valores de nuestra sociedad. La sociedad en general acepta mejor o por lo menos, ha aceptado hasta la fecha, que es una tarea de mujeres y estas han asimilado, que les gusta más cuidar y que lo hacen mucho mejor que los varones y a estos, no les ha importado estar en un plano posterior en este asunto. Por otra parte la confusión entre el rol familiar de la mujer cuidadora se ha confundido con el rol profesional, lo que ha contribuido a construir una profesión como un espacio para el trabajo femenino. Quizás los varones accederán mayoritariamente cuando la imagen profesional y social se promueva (Osses-Paredes, Valenzuela Suazo y Sanhueza Alvarado, 2010).

En cuanto a la edad, de los estudiantes, el grupo más numeroso fue el de 18-25 años (81.3%), que es el coincidente con el final de la educación secundaria y el acceso a la universidad en nuestro país; las/os participantes en el estudio con edades superiores corresponden a sujetos que tienen una titulación anterior y reflejan en afán de progresar o encontrar un trabajo con un titulación superior; que un 2.6% proceda de una diplomatura/licenciatura, no indica nada más que la precariedad con la que se encuentra actualmente el mercado del trabajo. Enfermería tradicionalmente ha gozado de altas tasas de empleo, pero en la actualidad esto se ha invertido. Los estudiosos han apuntado diversas razones, número mayor de profesionales que se incorporan al mercado del trabajo, crisis mundial que ha obligado a no reponer las bajas que se produzcan bien por jubilación o por enfermedad. La precariedad laboral se ha convertido en un rasgo que define el modelo de empleo español y así lo hacen constar diversos estudios publicados en los últimos años (Santamaría López, 2009), por lo que los sujetos del estudio que proceden de otras disciplinas o pertenecen a la rama sanitaria pero de una titulación no universitaria intentan con su incorporación a la profesión enfermera paliar creemos esta falta de oportunidades laborales actuales. Los profesionales en su discurso inciden también en este punto. El enfoque economicista ha sido (Riveros, 2010) una constante en los últimos años, ya que muchos de los objetivos asistenciales tienen como filosofía dominante el economicismo que lo

impregna todo, “el logro económico” (Cachón Rodríguez, 2007), por encima de cualquier otro. Esto condiciona el trabajo de las enfermeras, ya que tienen necesariamente que centrarse en las tareas, obviando en lo que deberían centrarse el cuidado. No hay que olvidar que estudios recientes llevados a cabo en Europa por .Aiken et al., (2014) utilizando una muestra de 422.730 pacientes de nueve países entre los cuales se encuentra España (con 16 hospitales) dice que “*España es el país que más ratio de pacientes por enfermero tiene (12,7) en comparación con los otros ocho países europeos*”, la media europea está en 8,3 y en el extremo opuesto esta Noruega, donde, de media, cada enfermero atiende a 5,2 personas. Es decir, por cada profesional de enfermería en España, en Noruega (Health at a glance, 2014) hay 2,5. El escaso número de enfermeras se asocia al burnout, al aumento de los días de estancia y a la mortalidad intrahospitalaria (Fuentelsaz-Gallego et al., 2012). Según el ranking de Euro Health Consumer de 2014, la mitad de los países europeos adelantan a España en cuanto a la calidad sanitaria. Los expertos achacan la posición de España, no solo a las medidas de austeridad implantadas en el país desde el inicio de la crisis, sino también a las disfunciones en la asistencia que existe entre las diferentes comunidades autónomas, pero es obvio que el personal de enfermería se ha visto reducido y ha hecho recaer sobre un número menor unas mayores exigencias y eso los profesionales lo acusan y denuncian.

En cuanto a la edad a la que empezó a pensar en la Enfermería como se apuntó en párrafos anteriores, la edad de 2 años se nos antoja exagerada, aunque según (Jeda et al., (2009) en la sociedad contemporánea el ensayo para la elección profesional se inicia muy temprano pero nunca a esa edad. En cambio la de 42 años puede corresponder a la necesidad de aumentar sus oportunidades en el mercado del trabajo. La elección de una profesión es un proceso complejo para el cual no siempre se está preparado (González Maura, 2009), la posición que se asume en la elección de la profesión puede constituir un factor determinante en la calidad de la misma. La elección profesional consciente y comprometida es fruto de su determinación personal como resultado de su valoración de la profesión en el contexto social en el que se vive (González Maura, 2007). La elección de nuestro alumnado corresponde mayoritariamente como ya apuntáramos en párrafos anteriores en la incorporación de los jóvenes en nuestro país a la enseñanza universitaria que es el momento de decantarse por seguir unos estudios u otros y la nota de acceso permite en todos los

casos decantarse por una u otra disciplina. En cuanto a los informantes, la edad parece ser la misma, la del acceso a los estudios; no han manifestado en ningún caso variaciones con respecto a la opinión de los estudiantes, lo cual tiene sentido ya que era el momento en que era posible la incorporación a las Escuelas, cuando se había terminado el bachillerato.

Tener o no un familiar enfermero no parece que influya sobre la elección de la disciplina ya que la mayoría un 68% no tenían ningún familiar enfermero; el estudio de Franco Coffre (2014) y Rafael (2010) corroboran esta afirmación; la tradición familiar no parece una motivación para una parte importante de la muestra encuestada. Otros estudios sugieren que son las mujeres las que más se dejan influir (Compeán Dardón et al., 2005).

Los profesionales por su parte son de la misma opinión. En el caso de las mujeres la elección de la profesión desencadena en la familia una fuerte oposición, fruto o bien de la falta de reconocimiento social o prejuicios sobre la disciplina; no hay que olvidar que antes del ingreso de la Enfermería en la Universidad (año 1978) esta era una disciplina paramédica y los prejuicios acerca de ella eran bastante comunes (Ojeda et al., 2009). Curiosamente es uno de los varones el que si se ha visto influido por sus experiencias personales con el ámbito sanitario pero aquí también podríamos hablar del prestigio social que en esa época tenía la figura del practicante, ya apuntada en la introducción a esta tesis.

Los ítems 3 y 4 recogen la idea de transmitir a los amigos y amigas las bondades de la profesión enfermera y el nº 7 en relación a las influencias familiares; los encuestados responden en los tres ítems de una manera similar, no parece que, aunque están entusiasmados por la disciplina que han elegido se mantienen cautos a la hora de animar a otros, a encauzar sus estudios hacia la Enfermería y desde luego no se han visto influenciados por la familia. Esta idea está recogida por Beauvoir (2012), puesto que ella aboga por que los padres eduquen a sus hijos para que éstos asuman su propia existencia. Con esta premisa, nuestros participantes desean que sean sus amigos/as los que descubran y sigan sus preferencias en el mundo laboral, sin influenciarlos; estas afirmaciones se dan en los artículos 35, 36 y 38 de la Constitución Española "...libertad de elección de profesión u oficio...". No obstante en el estudio de Compeán Dardón et al., (2006) aparece la mayor influencia que hay sobre las mujeres en la elección de una profesión, aunque en nuestra muestra los

participantes no manifiestan que hayan tenido ninguna. En cuanto a los profesionales se muestran muy cautos sobre ello, evidentemente la edad juega un papel decisivo, sus amistades tienen su misma edad, pero la posible influencia en los jóvenes de alrededor se ve matizada por la necesidad de dar a conocer la dureza, en ocasiones, de la profesión y las dificultades de la misma.

En lo referente a la estabilidad y salidas de la Enfermería según la mayoría de los encuestados consideran que es una profesión con muchas opciones laborales y con la posibilidad de un desarrollo profesional. Los ítems de la encuesta cumplimentada por los estudiantes de enfermería, donde la pregunta “la enfermería es una carrera estable y con muchas salidas” ha puesto de acuerdo a ambos sexos, ya que la mitad de los encuestados están de acuerdo con esta afirmación como ocurre con el artículo de Copeam Dardon et al., (2006) anteriormente citado y consideran que es una profesión con muchas expectativas en el mercado laboral lo que se consideran factores motivadores de su elección (San Rafael-Gutiérrez et al., 2010). La elección de esta profesión va vinculada a la vocación por el servicio al prójimo a la par que la posibilidad de un salario y una responsabilidad innata del puesto de trabajo. Según Carazo (2014), en su análisis de las carreras profesionales, afirma que un 67% de universitarios volvería a estudiar lo mismo, sobre una muestra de 1.094 personas consultadas por Randstad (2014). Este autor corrobora que las carreras de la Salud cuentan con mejor perspectiva a largo plazo debido al crecimiento de la demanda de profesionales como consecuencia del envejecimiento de la población, y sostiene un aumento en las necesidades sanitarias de la sociedad.

Enfermería es la tercera titulación que más contratos genera en el mercado laboral español (Randstad 2014). Debido al creciente número de personas dependientes y ante la imposibilidad de la mayoría de sus familiares para poder atenderlos, han aumentado las necesidades de los perfiles socio-sanitarios, sobre todo los más polivalentes: Enfermería.

Nuestros informantes han relatado la facilidad con la que han modificado su puesto de trabajo a lo largo de su vida laboral; la inserción laboral ha sido completa en un corto espacio de tiempo (Casanovas et al., 2006), hasta hace cinco años, cuando empezaron los problemas con la empleabilidad.

Es importante destacar la contradicción manifestada únicamente por uno de los informantes varones al analizar su situación económica, que consideraba deficitaria, con la satisfacción que, sin embargo, la misma le aportaba para el logro de sus necesidades. Esto coincide con el trabajo de Torres Pinzón y Fajardo David, (2015).

En cuanto al ítem “Estudie enfermería por ayudar a la gente” donde la mitad de los encuestados está muy de acuerdo, concuerda con la afirmación de que la elección de esta profesión va vinculada a la vocación por el servicio al prójimo, ya que desempeña roles estratégicos en el proceso de crecimiento del individuo y su desarrollo, al ayudar a que éste se enfrente a los problemas que tengan con su salud. Es un elemento esencial en planificación de la comunidad al dar servicios de salud al público. Las enfermeras(os) tienen que manejar la conducta de los individuos y los grupos en situaciones potencialmente de stress, que tienen que ver con su salud, la enfermedad y las crisis, y ayudan a que la gente se enfrente a cambios en sus actividades diarias; los estudios y reflexiones de León Molina (2003), (Guevara, Zambrano de Guerrero y Evies, 2014); Queralta (2013), Rodríguez (2009), Robles (2013) avalan esta afirmación. Esta conclusión es ratificada en el artículo “Why People Choose Nursing As a Career” de Jirwe y Rudman, (2014), donde se recoge el hecho de que la Enfermería atrae a la gente con vocación asistencial, se enardecen los valores de los profesionales sanitarios, puesto que estos no sólo atienden a las necesidades físicas, sino también las necesidades emocionales, sociales y espirituales de sus pacientes. Dicho artículo, resalta el hecho de que los/las enfermeros/as disfrutan a la hora de asesorar a sus pacientes y familiares viéndose a menudo como defensores de los mismos.

Los informante corroboran esta opinión, su práctica profesional ha estado comprometida con el cuidado de las personas, la familia y la comunidad (Zarate Grajales, 2004), más allá del cumplimiento de tareas rutinarias y así lo manifiesta alguna de ellas en su discurso; su identificación con la palabra cuidado ha elevado su compromiso profesional, en ocasiones, aun a costa de sacrificios personales. Ya que el compromiso ético es una declaración de principios, es una exigencia con uno mismo (Navas, 2012). Pensamos que a través de su discurso nos han transmitido en algunos casos la necesidad de ser mejor persona ya que su visión enfermera se ha visto comprometida éticamente con las personas que cuidan. Los valores que guían el comportamiento de un compromiso ético son: equidad, honestidad, dialogo solidaridad,

respeto, pertenencia y responsabilidad (Navas, 2012), no estamos diciendo que todos los enfermeros los posean, pero sí que sin ellos no seremos nunca buenos profesionales. Las informantes nos han transmitido por que están convencidos de la nobleza que existe en ejercer el cuidado enfrentándose a retos, en ocasiones difíciles, como ellos mismas refieren, sin olvidar que el termino vocación cuando se refieren a ello, no están hablando de la primer aceptación del Diccionario de la Real Academia Española (RAE 2012) como decíamos en párrafos anteriores sino a la “llamada”, que da sentido a sus vidas; aunque el varón pone más énfasis en la capacitación para la tarea (Wainerman, y Geldstein, 1991), conocer las técnicas, las informantes se refieren al termino vocación como la orientación que les impulso a elegir la profesión.

6.3. Formación

En relación al ítem 5 tanto las mujeres como los hombres están en desacuerdo con la idea de que no es un desafío intelectual; Antón Nariz (1998), habló del desafío que se plateaba a Enfermería, hace casi 20 años, por los condicionantes sociales, políticos, económicos...etc. Los encuestados aparentemente asumen el desafío que presentan problemas como la drogadicción, los abusos, el desarraigo social, la pobreza, la emigración etc., que hacen que la enfermería, que está en primera línea, en contacto con estos temas que suponen un reto, ya que muchos de los problemas mencionados, no se circunscribirán al ámbito de la Salud Mental, sino que los sufren pacientes a los que se les puede tratar por otros problemas, ya que estarán en la comunidad y por lo tanto hay que asumir y atender. Nos obstante nos queda la duda, si realmente están refiriéndose a lo anterior o simplemente se refieren a la dificultad en el estudio de la disciplina, ya que el acceso sobre todo en las Universidades Públicas y también en las Escuelas adscritas, requiere una nota entre las más altas; pero la nota de corte no está en relación con la dificultad de la disciplina, sino con el número él personas que la solicitan y hasta ahora, con la posibilidad de acceder con facilidad al mercado laboral. Lo que sí que es cierto que en ocasiones las prácticas que deben realizar los alumnos durante los cuatro cursos, les ocasionan un verdadero desafío por el estrés que les ocasionan, ya que el trabajo del hospital es muy estresante, en los trabajos de Andrés, Cuesta y Lizarra (2002) y Siston y Vargas (2007) corroboran esta opinión.

Sin embargo los profesionales entrevistados mantienen opiniones diferentes en función de su experiencia. La formación básica las mujeres la juzgan deficitaria. Todos estudiaron ATS, después homologaron mediante el curso de homologación de conocimientos para la convalidación académica del título de ATS (Ayudante Técnico Sanitario) por el de diplomados en enfermería presentándose al examen que se efectuó a nivel nacional a partir del año 1980. Estos profesionales pasaron de una visión técnica de la profesión a adquirir una visión integral de la persona (Martínez Cadaya y Fernández Fernández, 2012), en este último caso se pretendía enfatizar el rol independiente, cosa no asumida por todo el colectivo ya que el trabajo durante muchos años, se ha seguido organizando por tareas y por supuesto sin trabajar a base de planes de cuidados como manifiestan en su discurso; que esto último fuera la consecuencia de la falta de asunción de esta metodología, por parte del colectivo enfermero, pero no podemos olvidar que las condiciones laborales, como por ejemplo la presión asistencial, en muchos casos han contribuido a ello; pero la falta de conocimiento de la metodología junto con hábitos de trabajo muy arraigados, consecuencia de su formación claramente biologicista, junto con unidades hospitalarias orientadas a la patología o a la realización de procedimientos diagnósticos han contribuido a ello. Pero sí que han manifestado a lo largo de todos sus discursos la necesidad de mantener actualizados sus conocimientos; unos de una manera más empírica y otros mediante una búsqueda de conocimientos, primero con la práctica y después de una forma más reglada. En cuanto al desafío intelectual que supone para ellos estudiar actualmente enfermería las opiniones son divergentes. Por una parte opinan sobre la dificultad de la disciplina en el momento actual, por la inclusión de un nuevo lenguaje enfermero para unificar criterios y por otra manifiestan que la dificultad no está tanto en el conocimiento teórico sino en la problemática en el mundo laboral actual. Cuando las mujeres se quejan de su deficiente formación, la ausencia de contenidos científicos y la no mención del cuidado en su etapa de formación básica y el detrimento del desarrollo de actitudes de reflexión crítica o científica, no se puede olvidar que los estudios de Ayudante Técnico Sanitario se encontraban dentro de unos parámetros exclusivamente técnicos y dependientes del modelo médico; hasta el año 1977 no se incluyeron asignaturas con nombre enfermero: Enfermería fundamental y Enfermería Médico-Quirúrgica (Hernández Conesa et al., 2012) , uno de los varones sin embargo se ha encontrado más

identificado con esta formación por dar énfasis a la técnica ya que como manifiesta en su discurso y ya dijimos anteriormente su imagen del practicante era un referente para él, con su prestigio social y profesional como gozaba en esa época.

Sin embargo los cinco son muy conscientes de la necesidad de la formación continuada y hablan de su formación como un proceso continuo y permanente, que han recibido, no solamente de una manera reglada, sino también y fundamentalmente, de compañeros en el trabajo diario, ya que la experiencia les ha demostrado como nos refiere Salum y do Prado (2007), que independientemente de que su formación básica la consideren correcta o deficitaria , sus contenidos son rápidamente superados u obsoletos en la medida del progreso de las Ciencias de la Salud y en Enfermería.

Las condiciones laborales son diferentes de trabajar en la asistencia o en la docencia. Los asistenciales piensan que los docentes o no preparan a los estudiantes para enfrentarse a la realidad o dicho de otra manera la teoría está alejada de la práctica, como nos dice uno de los informantes. La integración de la practica a la teoría o viceversa es una preocupación importante en las instituciones docentes (Pérez Andrés et al., 2002). Cómo se enseña que deberían ser las cosas y como son en realidad es un punto de fricción entre los docentes asistenciales y los docentes teóricos. El conflicto entre unos y otros desencadena, en ocasiones, confusión entre el alumnado. Los asistenciales piensan que no preparan a los alumnos, desde una perspectiva actual, como refiere nuestro informante, y los docentes piensan que los asistenciales son reacios a abrirse a los nuevos campos de actuación de la enfermería (Brevis-Urrutial y Sanhueza-Alvarado, 2008). La falta de coordinación, los errores de conceptos por parte de algunos asistenciales, como usar a los alumnos como recurso humano para el servicio, cosa bastante frecuente, junto con la falta de comunicación de los docentes con los asistenciales, hace que en ocasiones el alumno se distancie y no vea la enseñanza como un todo (de Pedro,2014). La integración docente / asistencial, es un elemento constructivo y facilitador del proceso enseñanza / aprendizaje, que debe buscar la formación de profesionales de enfermería que incorporen en su formación las bases del cuidado autentico,(Bettancourt, Muñoz, Merighi y Santos, 2011).

Respecto a la autonomía profesional (ítem 6) los encuestados se muestran muy en desacuerdo o en desacuerdo en un 50%. Muller en un estudio realizado en 2013

llega a la conclusión de que las enfermeras se evalúan como más independientes de lo que son evaluadas por los residentes de medicina. Esta misma autora, un año después (Muller, 2014) encuentra con otra muestra a estudio, que las enfermeras rara vez adoptaban actitudes de liderazgo en las situaciones clínicas. Sin embargo, no especifica de qué tipo de situaciones se trata, si de corte médico o propiamente enfermero, es por lo que los datos obtenidos en este estudio concuerdan con las afirmaciones anteriores. La población encuestada considera que la enfermería es una profesión autónoma en las decisiones que le competen. La autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina (Ceballos Vásquez, 2010). Ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería (Tapp, Stansfield y Stewart, 2005) Pero no debemos olvidar el resto de los encuestados que no lo afirman de manera tan rotunda. También es cierto que existe un contraste entre lo que se enseña en las aulas a nivel teórico y la realidad de los centros asistenciales, en los que realizan prácticas, donde en demasiados casos es totalmente diferente, quizás esto justifique que muchos de los encuestados no lo manifiesten tan contundentemente.

Los informantes no tienen tan claro la autonomía profesional, pero si la hay, debe ser siempre dentro de un equipo multidisciplinar; el pasar de acometer tareas subordinadas a trabajar en equipos multidisciplinarios es muy gratificante, como ellos mismos manifiestan, pero lamentablemente, hay autores (Martínez Cadaya y Fernández Fernández, 2012) que apuntan que no todos los/las enfermeros/enfermeras están dispuestos a ello, ya que asumir esa competencia implica también responsabilidad. Afortunadamente la formación en Enfermería, como en muchas otras disciplinas, se ha ido adaptando a todos los cambios, la etapa técnica quedo atrás cuando se incorporó a la universidad, por lo que esperemos que sirva para que las enfermeras sean competentes en el manejo de información compleja, asimismo sean capaces de evaluar intervenciones relacionadas con el cuidado y servir a los pacientes, usuarios y familia en las diferentes situaciones de salud y solo de esta manera se puede conseguir una verdadera autonomía (De Lima et al., 2011). (Maestre, y Simón, 2000).

6.4. Conflictos, discriminación, identificación con el cuidado, no alcanzar metas profesionales y personales

Con respecto al Ítem 8 “*Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo:*” si el 81% afirma estar en desacuerdo, sin embargo nos encontramos en este ítem que las mujeres y los hombres responden de forma diferente y la prueba *t* da diferencias significativas. Autores como Harding (2007), Chamizo (2004), German Bes (2004) y Fajardo Trasobares y Germán Bes (2004), han reflexionado sobre la dificultad de los hombres para el ejercicio de una profesión feminizada: desempeño laboral de los enfermeros en un ambiente tradicionalmente femenino y cómo esto puede afectar a su identidad de género. La valoración de la profesión si atendemos a la forma en que sus rasgos son reproducidos en los diferentes medios de comunicación (tv, prensa, publicidad, cine u otras) es una profesión poco valorada socialmente (Seoane, Barral y Pazos, 2004). En la mayoría de las sociedades industriales la enfermería es una profesión predominantemente de mujeres, nada más hay que repasar el número de varones que estudian enfermería en el mundo, España es uno de los países donde la estudian más personas, pero en países como EE.UU no llega al 2% (Vicente y Delgado, 2009). Las razón de la ausencia de varones no puede ser la baja cualificación, pues ambos sexos están cualificados para desempeñar este rol (Alcon, 1979). (O’Bryan, Fishbein, y Ritchey, 2004), sino la creencia popular de que las “*virtudes*” que se espera que tenga la enfermera, es decir, los estereotipos de la imagen social de la enfermera es el de madre/monja/servidora dispuesta a prestar los cuidados que sean precisos. La Enfermería, ha estado influida por las consideraciones de género al ser una actividad eminentemente femenina. Esto ha condicionado su evolución y desarrollo, dando lugar a una profesión a la que le está costando mucho alcanzar las metas previstas. En la actualidad, en que teóricamente deberíamos haber superado los roles sexistas, vemos que de diversas formas se sigue marginando la profesión y dando una imagen devaluada de las actividades que realizan las enfermeras, a pesar de la importancia social con que se le reconoce su labor (García Bañón, Sainz Otero y Botella Rodríguez, 2004).

En este caso, discrepan de esta opinión, nuestros informantes, ninguno ha manifestado haber sufrido discriminación por su sexo y en eso han sido rotundos. Sin embargo disienten con la bibliografía consultada (Mosqueda-Díaz, Paravic-Klijin y

Valenzuela-Suazo, 2013); cuando hablamos de discriminación, nos estamos refiriendo a describir formas de desigualdad y existe el sentimiento masculino, cada vez más generalizado, que hace pensar a los varones enfermeros, que el estereotipo femenino les ha perjudicado a todo el colectivo, por haberse aceptado una relación de subordinación-sumisión, como algo natural que no se habría dado si mayoritariamente no fueran mujeres las enfermeras y una de nuestras informantes en este caso mujer también lo manifiesta.

El ítem 9 también da diferencias significativas. El 45% de los encuestados están en desacuerdo, pero no hay que olvidar que aunque en algunos casos, evidentemente no en todos, los hombres pueden ayudar a mover un paciente con exceso de peso o sujetar a un agitado, las enfermeras o enfermeros deben de estar capacitados para utilizar la mecánica corporal y las técnicas en las que se sustituye la fuerza, sin olvidar las ayudas mecánicas que existen para paliar las posibles lesiones producidas por posturas o traumatismos, que no solo utilizan las mujeres sino también los hombres. A pesar del evidente avance en la profesionalización y desarrollo disciplinar enfermero, se sigue manteniendo la evidencia de lo innato de los comportamientos asociados al género. Persistiendo las imágenes más reaccionarias comunes a los estereotipos asociados a las mujeres/hombres y por extensión a los enfermeros (Burguete Ramos, Ávila Olivares y Velasco Laiseca, 2005). (Martínez Riera y Cibanal Juan, 2006). La cuestión es, si ese estereotipo se ha formado en exclusiva, por la transferencia de ideas culturales entre generaciones, o bien si existe cierta predisposición "natural" en el género femenino. Se recalca este aspecto debido a la contraposición que existe entre los que piensan de este modo y la filosofía de los sectores feministas críticos (Braidotti, Ventureira, Femenias, 2004), que afirman con argumentos, que la construcción de estos estereotipos es puramente cultural y se ha establecido siguiendo el modelo de sociedad patriarcal, que ha persistido a lo largo de muchos siglos de historia (Fernández, 1998). Sin olvidar que en este ítem los valores más bajos, es decir el desacuerdo, se da en las mujeres y no en los hombres.

En este tema nuestros informantes siguen manifestando como en el punto anterior que no se les ha utilizado, quizás en otros puestos de trabajo como apuntábamos al principio del párrafo, como pueden ser las unidades de psiquiatría sí que hemos encontrado referencias al tema (Pardilla Laparra y García Pozo, 2015), ya que las mujeres consultadas en el estudio, arrojaron diferencias estadísticamente

significativas en un ítem relacionado con la falta de recursos adecuados para la contención de los pacientes, que podría estar en relación con este ítem, pero no se ha producido entre los profesionales entrevistados

En cuanto al ítem 10, los estudiantes encuestados están en desacuerdo con la afirmación de que *“Los hombres no se identifican con los cuidados”*. Según el Manual de Cuidados de Enfermería del Hospital de León (2004), la pretensión legítima de cuidar de manera correcta es una de las directrices más importantes que definen a un buen enfermero/a. Luévano (2008) aboga por el principio de que un buen profesional de Enfermería sabe identificar “el buen cuidado” y esto es factible de acuerdo a las siguientes características: participación activa de la Enfermería con el paciente o enfermo; el contacto físico; la escucha activa; Compartir vivencias; acompañamiento; promoción del auto-cuidado; fomentar el crecimiento como ser humano; y procurar el bienestar del paciente. Extrapolando el respeto por el ser humano. Contrariamente al pensamiento popular, la Enfermería como ya apuntábamos en la introducción, ha sido un campo desarrollado y dominado en sus principios por hombres, esto es así porque se asociaba la labor del cuidado del enfermo con un plano esotérico, religioso, de pureza... y tan sólo el hombre era digno de llevar a cabo dicha función. Osses, Valenzuela y Sanhueza (2010) ponen de manifiesto la necesidad de reunir las virtudes femeninas y masculinas para lograr un desarrollo pleno de la profesión de Enfermería: *“ya que la enfermería más que ser desempeñada por hombres o mujeres, debe ser desempeñada por profesionales de enfermería, es decir enfermeros y enfermeras en su conjunto”*

Que los varones tengan la tendencia de ocupar puestos donde prevalece la pericia técnica, uno de nuestros informantes varón, así lo refiere, es cierto, pero no existe ningún impedimento para que no puedan desempeñar su trabajo. Los medios de comunicación, se han centrado cuando hablan de enfermería principalmente en las mujeres (Bernalte Martí, 2015), mientras la imagen del enfermero varón es a menudo ignorada; aunque los hombres han trabajado en roles de cuidado desde los principios de la profesión, como ya se apuntó en la introducción; los enfermeros varones practican y contribuyen en todas las actividades de enfermería, que no son exclusivamente femeninas, por otra parte quizás la indefinición que en muchas ocasiones se presentan las actividades enfermeras, con esa dualidad entre el papel asignado culturalmente a las mujeres y su desempeño como profesionales enfermeras

haga que no se sientan reconocidos en este papel, pero no por incapacidad sino por la indefinición en el papel asignado. El sentimiento de pertenecer a un colectivo, en absoluto corporativista como apunta una de nuestras informantes, con pocos intereses en consolidar el reconocimiento profesional, excepto a nivel económico, como apunta otra, quizás haya contribuido a que los hombres la ven dirigida a las mujeres y les impide acercarse y demostrar su capacidad para el cuidado. Cuidar a una persona es preocuparse de ella y eso tiene que ver con la actitud, el compromiso y la responsabilidad y se hace a través de gestos, palabras y miradas que acompañan a estos cuidados y así es posible preservar la sublime dignidad de la persona (Guerrero, 2014) y esto no tiene nada que ver sobre si son hombres o mujeres los que lo proporcionan.

En los trabajos de Almansa (2004) y Calvo (2011) sobre la influencia del cine y la televisión sobre los estereotipos en el personal de enfermería, observan que el papel masculino en dicha profesión está ridiculizado e ironizado ya que se considera “un trabajo de mujeres”. En nuestro estudio hay que destacar que los participantes no parecen influenciados por dicha tendencia, ya que ante la pregunta “los hombres no se sienten atraídos por la enfermería por ser una profesión tradicionalmente femenina” (ítem 13) contestan que están entre el desacuerdo y la neutralidad ante tal afirmación. La imagen social de una profesión está muy condicionada por la forma en que es reproducida en los diferentes medios de comunicación. Está demostrado el gran poder que tienen los medios de masas para reflejar en la sociedad la "realidad" del momento, dando versiones y visiones de la cultura social dominante. En el estudio de Heierle Valero (2009) las enfermeras no se identifican como individuos, sólo se perciben como grupo dentro del equipo de trabajo. La imagen que a cada enfermera le devuelve la representación del colectivo social en los medios no es una imagen muy deseable, los medios no representan una imagen que ayude a comprender las habilidades que poseen ni el trabajo que realizan las enfermeras; es importante que los estudiantes de la muestra no estén mediatizados por la visión que ciertos medios de comunicación dan sobre la Enfermería y sus profesionales. En cuanto a la opinión de los profesionales, creemos que ya se ha aclarado suficientemente en los párrafos anteriores lo que opinan sobre ello.

No parece que los estudiantes de la muestra hayan tenido problemas con la comunicación entre sus compañeros y compañeras. Y confirman no haber tenido, en

su mayoría, dificultades a la hora de interrelacionarse con los “colegas” de diferente sexo ni tampoco con las relaciones con los superiores (ítems 11 y 12). Las habilidades comunicativas entre los profesionales de enfermería, los pacientes y los familiares son parte importante a desarrollar durante el estudio de la disciplina. Determinar que habilidades sociales son necesarias para la comunicación en salud y que estrategias verbales y no verbales facilitan la comprensión y la relación con los usuarios forman parte de su formación y constituyen un papel fundamental y estrechamente relacionado con las comunicaciones interpersonales en el ámbito profesional de la enfermería; la enfermería ha de estar formada académicamente para enfrentarse a todo tipo de relaciones interpersonales y entre sus herramientas básicas de trabajo ha de existir la facilidad del uso de técnicas de comunicación y habilidades sociales como la empatía. Es por ello que al trabajar los profesionales de enfermería con seres humanos y al ser éstos cambiantes y cada uno de ellos único, se ha de estar preparado y adiestrado para poder así comunicar de forma eficaz lo que queremos transmitir y que los demás lo comprendan tal y como queremos que sean entendidas nuestras palabras (Lucía Martínez, Arranz Monje y Aguado García, 2008).

La violencia es un problema que se presenta en los servicios de salud de manera habitual, siendo el formato verbal, el más común, según la bibliografía (Moreno Jiménez et al., 2005) y así la refieren alguno de nuestros informantes; las cadencias en formación, la falta de trabajo en equipo y la falta de conocimientos del paciente así como la falta de habilidades de comunicación son los principales factores que desencadenan situaciones de violencia; una de nuestras informantes coincide en sus afirmaciones con los trabajos de Pardilla Laparra y García Pozo (2015) y el de Miret y Martínez Larrea (2010), en que la comunicación con un paciente de adicciones puede resultar más difícil inicialmente si este ingresa en condiciones de intoxicación y solamente es posible manejarla cuando, como ella misma manifiesta, poniendo una distancia entre los dos, también están en concordancia sus opiniones con las que sugieren que el personal menos formado tiene mayor riesgo de ser agredido como en el trabajo de López Alabarce et al. (2014).

Nuestros informantes, relatan desencuentros con compañeros, generalmente debidos a problemas en la distribución del trabajo aunque también en versiones distintas sobre el trabajo que deben desarrollar las enfermeras. Los enfrentamientos por la no delimitación clara de las tareas, han dado lugar a situaciones conflictivas;

dificultades con los compañeros, junto con el apoyo o la falta de él en el equipo de trabajo, son unos de los factores asociados al estrés y relacionados con el ambiente laboral (Alberola, Monte, Jueas, y Ferraz (2009), lo que lleva , como han manifestados nuestros informantes a un aumento de interacciones hostiles que han marcado muchos episodios de su vida laboral; ya que cuando la relaciones laborales se caracterizan por una falta de confianza, hay hostilidad y resulta difícil resolver conflictos ya que el ambiente de trabajo se deteriora (Maslach, 2009).

En cuanto a los problemas con los superiores un 74% de los estudiantes afirman estar en desacuerdo o muy en desacuerdo, no parece que la muestra sea especialmente conflictiva. Los valores e ideas sobre enfermería que los estudiantes traen consigo (que son resultado de la socialización por anticipación) pueden entrar en conflicto con los objetivos de la organización que va a entrenarlos. La socialización profesional trata de cambiar actitudes, valores, creencias y auto imágenes de las personas, así como proporcionar habilidades y conocimientos. Toda profesión tiene una idea clara de las actitudes y valores que sus futuros miembros deben desenvolver y cuál es el producto final esperado. Por otro lado los estudiantes pueden traer concepciones variadas sobre las exigencias del trabajo, intereses y objetivos que pueden o no ser compatible con los objetivos del programa, aparentemente, no se han dado mayoritariamente conflictos en las relaciones con los profesionales que están en contacto con ellos (Shinyashiki, Mendes, Trevizan y Day, 2006). Nos queda la duda si las respuestas vienen determinadas por asegurarse la corrección o nos encontramos con un grupo de estudiantes sin apenas problemas de conflictividad.

Los informantes han relatado graves problemas de comunicación, no solamente con los médicos, sino también, con el resto del equipo multidisciplinar. Las tradicionales relaciones de poder dentro del ámbito hospitalario, dificultan el trabajo de las enfermeras, según manifiestan todos, aunque ellos no se refieren exclusivamente con el personal facultativo; surgen conflictos por querer que prime una relación de subordinación con otros profesionales, quizás porque estos desean ocupar su propio espacio anulando el espacio de otros profesionales, en este caso el de enfermería, no parece más que el debate de dos enfoques profesionales que no están dispuestos, unos a ceder un espacio y otros que quieren ocuparlo. Las relaciones sin consideración dentro del equipo de salud, son dificultades a las que se han enfrentado a lo largo de su vida laboral en su quehacer diario; la ausencia de respeto, exacerbado

en situaciones de emergencia, ellos nos han denunciado conflictos, sobre todo cuando han existido diferencias en el modo de percibir una determinada situación, todo lo anterior es coincidente con la Novoa Gómez et al. (2005) y Mesa De La Torre et al., (2005). No hay que olvidar que cuarenta años de profesión dan para muchos conflictos. Sin embargo las relaciones entre médicos y enfermeras es mejor valorado en los centros de atención primaria y en residencias de mayores que en hospitales como indican en el trabajo de Pérez-Campos, Sánchez-García y Pancorbo-Hidalgo. (2013). Quizás porque ejercer la enfermería en el hospital, se convierte en una labor heroica como ha referido alguna de nuestras informantes por el estrés que se origina y es menor en Atención Primaria quizás porque las estructuras organizativas son más flexibles y las situaciones acaso no son tan al límite y el trabajo lo desarrollan de una manera más autónoma y con un sentimiento de equipo junto con los médicos. (Icart Isern, et al., 2003).

Sin embargo refieren que es más grave la falta de sensibilidad de los gestores hacia el personal. La percepción que tienen nuestros informantes sobre los gestores formales, tanto en el reconocimiento del trabajo que realizan como su capacidad de motivación y de vehiculizar su participación en la toma de decisiones (Martínez Riera, 2000) ha sido valorada muy negativamente por ellos. Escasamente han reconocido un líder o dos como ellos mismas confiesan a lo largo de su vida profesional: es cierto que no se eligen por un concurso de méritos, en ocasiones hasta la fecha, por tener una filiación política determinada, pero pensamos que quizás la totalidad no puede ser nefasta.

La gestión de los profesionales ha experimentado frecuentes cambios de modelos. Esto ha sido muy evidente en los grandes centros sanitarios públicos; en los privados, existe una larga tradición de organización del trabajo, con un modelo empresarial, en el que están consolidados muchos principios originados en las leyes del mercado y no se suelen cuestionar a menudo cambios culturales acordes con los tiempos que corren. (Burguete Ramos, Martínez Riera y Martín González, 2009) (Sánchez-Bayle, 2014).

Las divisiones de enfermería de los centros públicos han evolucionado desde una concepción entre paternalista y autoritaria, en líneas generales poco elaborada, que se inspiraba en la línea de las teorías clásicas de la Administración, hasta llegar a

sistemas muy avanzados de gestión y organización empresarial moderna, que en muchos casos, han introducido nuevos sistemas de gestión.

Se ha pasado de las antiguas Jefaturas de enfermería a las Direcciones de Enfermería, lo que ha llevado a dotar a la gestión de personal de nuevas herramientas más desarrolladas, que al mismo tiempo que contemplaban las cargas de trabajo y las cuantificaban, describían los puestos de trabajo y la valoración de los mismo, junto al reconocimiento del mérito y la gestión del conocimiento (Ferrer Arnedo, 2005), sin olvidar la adopción de un modelo de cuidados y la implantación de una metodología enfermera en el ámbito asistencial (López Parra et al., 2006) .

Los servicios enfermeros se ven substancialmente modificados, y esto supone para las enfermeras cambios importantes no sólo en el hacer sino también en su pensamiento, lo que no siempre es ni comprendido ni aceptado (Alberdi Castell y Cuxart Ainaud, 2013)

Todo lo anterior supone un reto difícil y un recorrido lento y complejo a pesar de la voluntad, perseverancia y determinación de muchas enfermeras interesadas, motivadas y capacitadas para llevarlo a cabo, ya que la gestión es compleja; no podemos olvidar que coordinan el grupo más numeroso en el ámbito sanitario y suelen ver limitados sus espacio de poder por otros profesionales (García Pérez y Maya Pombo, 2007).)

Lamentablemente, para acceder a un puesto de gestión, porque sin duda es clave para el avance profesional, como nos refiere una informante, no existe una vía clara para alcanzarlo; en ocasiones el logro académico, la actitud profesional en un sistema tan estructurado, tan tradicional y tan jerarquizado en ocasiones, no sirven de mucho como denuncian nuestros informantes; se tienen dificultades para tener la oportunidad de acceder a un liderazgo formal, donde se priman más la oportunidad, que una carrera profesional planificada con unos parámetros de selección claros y de todos conocidos, ya que en lugar de directivos responsables, se han buscado mandos fieles a la autoridad; el paciente ha dejado de ser el centro del sistema sanitario, para concentrarse en torno al político (Martínez Riera, 2012). Nuestros informantes se quejan de que los gestores ayudan a que en ocasiones ocupen puestos de trabajo personas sin preparación previa, lo que ayuda a desvirtuar su propia responsabilidad con las personas (Macia Soler, 2014). (Sanchez-Bayle, 2012).

En nuestro país a diferencia de otros, existen políticas que legitiman prácticas, como la contratación de la enfermera “corretornos” también llamada de “pool”; estos enfermeros trabajan cada día, con profesionales diferentes, en una unidad diferente y por supuesto con pacientes diferentes; sin olvidar que cuando se aumentan los pacientes asignados a una enfermera o se reparten contratos basura, para responder a cuestiones políticas a muy corto plazo frente al buen hacer para el paciente y han hecho que lo haga una enfermera, flaco favor se le ha hecho al paciente, a las enfermeras y a la profesión en general (Bernal Pérez y González Gimeno, 2015)

. El resultado es una desconfianza de los profesionales hacia los gestores que les lideran. Lamentablemente esto viene sucediendo a lo largo de mucho tiempo; en el estudio de Camaño Puig y Garrido Bartolomé (2014) concuerdan las respuestas de las enfermeras con la opinión anterior y esta es bastante negativa; las enfermeras y enfermeros de los hospitales de la Comunidad, consideraban que las Direcciones de enfermería no estaba al mismo nivel de poder y autoridad que el resto de los directivos del hospital (dirección médica, dirección económica, dirección de personal etc.) lo que puede considerarse como los mismos autores afirman, que aunque se han producido importantes avances y los aspectos de género han mejorado muy sustancialmente no se califican de igual modo; pero las direcciones de enfermería están constituidas por hombres y por mujeres, lo que no puede atribuirse al sexo de la gente que las ocupan, sino más bien a la falta de reconocimiento de su labor.

6.5. Frustración, imagen profesional, orgullo.

En cuanto al hecho de ser enfermero/a y no ponerse a la defensiva cuando tienen que decir a qué se dedican profesionalmente, los datos extraídos del cuestionario resaltan el orgullo que sienten los estudiantes encuestados a la hora de exponer cuál es su profesión. El resultado de las respuestas se ve reforzado por la disertación de Hulloa Reyes (2012) el cual reza de la manera siguiente: *“Las circunstancias son difíciles, pero debe prevalecer el deseo de superar los obstáculos y seguir adelante con el orgullo de ser enfermeros y de ser profesionales”*, otros autores como Miró-Gastaldo, Castrillón y Guidens (2008), refuerzan esta afirmación en sus publicaciones, y en esto están totalmente de acuerdo los profesionales entrevistados, cuando se les pregunto nos dijeron estar orgullosos de pertenecer a ella, la escogieron, les gusto, les permitió más o menos bien vivir de ella y el hecho de ayudar

a los demás les ha hecho que se sientan útiles y les ha generado satisfacción; todo lo anterior concuerda con el estudio de Beltran Noguera (2005) donde sostiene las mismas opiniones. Sin embargo el exceso de trabajo, la responsabilidad junto con el escaso reconocimiento profesional les genera insatisfacción lo que concuerda con otros estudios (Rodríguez Carvajal y Rivas Hermosilla, 2011); (Ortiz y Manrique, 2014). (Marrau, 2009). Alguno de ellos siente que han sufrido una importante pérdida de reconocimiento social, en ciertas áreas, especialmente en el medio urbano; en cualquier caso no se sienten fracasados, aunque si en alguno de los casos desbordados por los acontecimientos; por otra parte la imposibilidad de acceder a puestos clave para intentar modificar las estructuras o ascender en la jerarquía laboral o académica, bien por medio del liderazgo formal o por medio de un plan de estudios, ha hecho que se sientan insatisfechos, pero nunca fracasados, ya que han manifestado lo orgullosos que se sienten de la enfermería y que la volverían a estudiar pese a todos los contratiempos.

Preguntados sobre la imagen que proyecta la enfermería frente a la sociedad manifiestan que cuando se le reconoce su labor, cuando se ha estado en contacto de una manera más cercana a la profesión; en este caso tienen prestigio y valor social; pero si no es así, existe un desconocimiento real de la profesión (Rubio Pilarte, 2006). En los diversos trabajos consultados confirman lo anterior; aparece por una parte la opinión de que la imagen está plagada de estereotipos, que refuerzan los valores existentes entre el hombre y la mujer (Heierle Valero, 2009), ayudante del médico. En otros casos perdura una imagen frívola, con minifalda; es ridiculizada la profesión por su utilización en determinado cine X (Calvo-Calvo, 2014) y en líneas generales aparece como un acompañante secundario, sin impacto social, ni autonomía, siendo la jerarquía, según Prat (2013), el elemento más discriminante a la hora de entender y crear una imagen de la enfermera. Las enfermeras no se identifican más que como grupo dentro de un centro sanitario, fuera la imagen esta difuminada. Una de las consecuencias de todo lo anterior es que la enfermería no es suficiente y bien conocida y reconocida por la sociedad, y no ocupa el espacio social que le debería corresponder en razón a su específica contribución a la salud, a pesar de la importante evolución que ha experimentado en los últimos veinticinco años, por lo que su imagen continúa estando muy alejada de la profesión más autónoma, competente y con mayor

capacidad de decisión en que se ha convertido (Calvo-Calvo, 2014). También tendríamos que reflexionar sobre la manera que los enfermeros hemos comunicado nuestra aportación a la sociedad, cuando aparecemos en los medios, en demasiadas ocasiones ligados a una mejora salarial y/o académica o en la defensa de un determinado profesional. En el futuro, tenemos grandes retos y responsabilidad ante la sociedad. Construir una imagen y un reconocimiento social que empodere nuestra profesión, o lo que es lo mismo una profesión reforzada que proyecte una imagen social definida sin estereotipos y con futuro hacia la legitimación social. Porque aunque se diga que la enfermería es una profesión bien valorada por la sociedad, no es lo mismo tener una buena opinión de los profesionales de Enfermería que una confianza sólida depositada en ellos a todos los efectos. (Gancedo González, 2014).

8. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

En relación al primer objetivo general los resultados nos indican que:

- Los valores de identidad femenina de la profesión actúan como una barrera en la elección de los estudios por parte de los varones.

En relación al segundo objetivo general:

- La mayoría de los estudiantes encuestados consideran que es una profesión con muchas opciones laborales y con la posibilidad de un desarrollo profesional.

En cuanto al tercer objetivo general:

- La motivación para acceder a enfermería tanto de los estudiantes como de los profesionales ha sido mayoritariamente ayudar a los otros.
- En cuanto a los objetivos específicos:
- Pero no existe ningún factor determinante en la elección de los estudios de enfermería en relación a los estudiantes.
- Los estudiantes destacan como motivo de elección de los estudios las posibilidades de futuro que les proporcionan de cara a su incorporación en el mercado de trabajo.
- Los estudiantes no tienen una clara identificación de la capacidad autónoma de la profesión.
- Los estudiantes se manifiestan mayoritariamente identificados con los cuidados con independencia de su sexo.
- No existe diferencia entre sexos en las razones argumentadas para optar por los estudios de enfermería.
- Los estudiantes, con independencia del sexo, discrepan mayoritariamente con la afirmación de que los hombres no se identifican con los cuidados.
- Las estudiantes de enfermería se sienten menos discriminadas que los estudiantes por haber elegido cursar estudios de enfermería.
- Los estudiantes rechazan mayoritariamente la idea de que los varones sean utilizados en actividades o tareas que requieren de mayor fuerza

física. Sin embargo son los estudiantes varones los que manifiestan sentirse utilizados en este sentido.

- Los estudiantes se sienten orgullosos en general de estudiar enfermería y así lo manifiestan.

En cuanto a los profesionales:

En relación a sus expectativas y vida laboral::

- La enfermería genera en los profesionales compromiso y sacrificio que con el tiempo se torna en fracaso personal debido a las condiciones laborales.
- Los profesionales identifican las oportunidades laborales que ofrece la profesión enfermera pero manifiestan incertidumbre ante la situación actual de crisis.
- Los profesionales identifican la capacidad autónoma de la profesión, pero resaltan el indispensable trabajo en equipo para poder trabajar.
- Los profesionales niegan haberse sentido discriminados por razón de su sexo a la hora de desarrollar la profesión enfermera.
- Los profesionales varones niegan rotundamente que hayan sido utilizados por las mujeres enfermeras.
- Los profesionales varones analizan los cuidados como algo consustancial con la profesión pero sin valor, por lo que no se sienten identificados con ellos.
- Los profesionales han tenido múltiples conflictos de relación interprofesional sin que los mismos queden circunscritos tan solo a los médicos. Incorporándose en estos conflictos tanto otras disciplinas como compañeros de profesión.
- Profesionales y estudiantes coinciden mayoritariamente en no recomendar los estudios de enfermería a familiares, amigos o conocidos.
- Tanto estudiantes como profesionales manifiestan sentirse orgullosos de su condición de cursar estudios de enfermería o de ser enfermeros respectivamente. Los profesionales además dicen que volverían a estudiar enfermería a pesar de las dificultades encontradas.

- Los hombres identifican como positivos los comportamientos que muestran cariño y sensibilidad sin complejos.
- Los profesionales identifican una clara ausencia de liderazgo que repercute sensiblemente en el desarrollo profesional y en una falta de reconocimiento social derivada de la invisibilidad de los cuidados a nivel institucional.
- Los cuidados se incorporan en el desarrollo profesional con un claro compromiso ético y con una necesidad de formación continua y continuada a lo largo de toda su vida laboral.

Tal como se planteaba en la hipótesis al inicio del estudio siguen coexistiendo estereotipos de género entre los encuestados.

Propuestas de futuras investigaciones

Los resultados obtenidos generan la necesidad de seguir profundizando en el conocimiento de las razones que condujeron a elegir la profesión enfermera, entre los profesionales actualmente en activo, ampliando la muestra de la que obtuvimos la comprensión del cuestionario, para de esta manera analizar de qué forma se han cumplido o cambiado sus expectativas y poder establecer similitudes y diferencias entre sus opiniones y las de los estudiantes.

9. REFERENCIAS

8. REFERENCIAS

- Acosta, M. D. C. C., Garrido, M. M., y Fernández, J. A. (2005). Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (18), 52-59.
- Aguilar, O., Carrasco, Ml., García, M^a A., Saldivar, A., y Ostiguín, RM^a,. (2007) Madeleine Leiniger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*; 2 (4): 26-30.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., y Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Alberdi Castell, R., y Cuxart Ainaud, N.(2013) Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. *Metas de Enfermería* 16(10): 21-
- Alberdi Castell RM, y Cuxart Ainaud N. (2005) Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. Presencia jul-dic;1(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>> [ISSN:1885-0219] Consultado el 17 julio 2014
- Alberola, E. G., Monte, P. R. G., Juegas, J. A. G., y Ferraz, H. F. (2009). Efectos de los conflictos interpersonales sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y su influencia sobre la salud. Un estudio longitudinal en enfermería. *Riesgos Psicosociales en el Trabajo*, 72.
- Almansa, P. (2004); Enfermería y cine postfranquista: una visión frívola. *Enfermería global* 4: 1-8
- Andrés, C. P., Cuesta, A. A., y Lizarraga, C. A. (2002). La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 517-530.
- Alonso, J. A. G., y Santacruz, M. P. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(2), 62-77.
- Arribas, M., et al (2012). Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en la salud. *Metas de Enfermería*, 15(4), 58-63.
- Astete, M. A. B. (2002). Normas para revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 509-523.
- Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., y Medina-López, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9(2), 127-134.
- Barberá, E., Candela, C., y Ramos, A. (2008). Capítulo 19. Motivaciones en la elección profesional: sistema sexo/género. En *Emoción y motivación: Contribuciones actuales* (pp. 219-230).
- Barnum, B.S. (1998) *Nursing Theory: Analysis, Application. Evaluation*. Philadelphia: Lippincott, ,

- Barrio-Cantalejo, I. M., y Simón-Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina clínica*, 126(11), 418-423.
- Bayle, M. S. (2012). El derecho a la protección de la salud. *Crítica*, 62(981), 82-85.
- Bayle, M. S. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España*. Fundación Alternativas.
- Beauvoir, S.(2012) *El segundo sexo*. Barcelona Ed. Diálogo-Tilde,
- Beltrán Noguera, C. (2005) *La feminización de la enfermería causalidad i estrategias per a la formació de professionals*. (Tesis doctoral). Universidad de Girona
- Benavent Garces, A., Ferrer Ferrandis, E., y Francisco del Rey, C.(2001) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid. DAE 2001
- Bernal Pérez, MF., González Gimeno, M. (2015) Los derechos de los profesionales tras la crisis económica. *Metas de Enfermería*, 18(7): 3
- Bernalte Martí, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería: reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global*, 14(37), 328-334.
- Bernard Hodes Group. *Men in Nursing Study*, 2005.
- Bertram, C.(2005) *La feminización de la Enfermería. Casualidad i estratègies per a la formació de professionals* (tesis doctoral). Girona: Universitat de Girona. Departament de Pedagogia,.
- Bettancourt, L., Muñoz, L. A., Merighi, M. A. B. y Santos, M. F. D. (2011). Nursing teachers in clinical training areas: a phenomenological focus. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(5), 1197-1204.
- Bickel, J. (2001). Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 10(3), 261-270.
- Blanco Blanco, A.B., Urosa Sanz, B.U. y Morales Vallejo, P.M. (2003) *Construcciones de escalas de actitudes tipo Likert*. Madrid La Muralla, S.A.
- Blázquez Omat, I. y Germán Bes, C. (2013) *La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza, *Asclepio*, 66(2), p69.
- Blázquez-Rodríguez, M. (2005). Los componentes de género Y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*, 14(51), 50-54.
- Botto, A. (2011). Dimensión ética de la investigación cualitativa. *Revista GPU*, 7(4), 354-356.
- Braidotti, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona.Gedisa.
- .Brevis-Urrutial, I., y Sanhueza-AlvaradoII, O. (2008). Integración docente asistencial en enfermería: problemas en su construcción? Cuidados de enfermagem integrando ensino: problemas na sua construção? Nursing care integrating teaching: problems in its construction?. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 367-373.
- Burguete Ramos, M.D., Ávila Olivares, J.A., y Velasco Laiseca, J.(2005) La imagen pública de las enfermeras. Cómo ven la profesión los estudiantes de enfermería. *Educare* 21; 17

- Burguete Ramos, Martínez Riera y Martín González (2009) Autovaloración de la práctica profesional de las enfermeras. *Investigación y Cuidados*, 7(14) 21-34
- Cachón Rodríguez, E. (2007). El hospital y el paciente: Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index de Enfermería*, 16(56), 35-39.
- Calderón, C. (2002). De las preguntas a las estrategias. *Mercado FJ, Gastaldo D y Calderón C.(Comps.) Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa de salud. Una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara*, 435-438.
- Calvo Calvo, M. Á. (2011). Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index de Enfermería*, 20(3), 184-188.
- Calvo, J. *Manual para el uso de Practicantes*. Madrid. Imprenta Nacional, 1866.
- Calvo-Calvo, M. Á. (2014). Estereotipos y sesgos sexistas asociados al modelo de mujer enfermera en la comunicación publicitaria. *Texto y Contexto Enfermagem*, 23(3), 530-537.
- Camacho-Bejarano, R., Rodríguez-Gómez, S., Padín-López, S., Lima-Serrano, M., y Gómez-Salgado, J. (2015). Investigación, innovación y originalidad: la contribución enfermera al conocimiento científico. *Enfermería Clínica*, 25(2), 47-48.
- Camaño Puig, R., y Garrido Bartolomé, A. (2014). *Estudio sobre la seguridad del paciente, a través de provisión de cuidados enfermeros y variabilidad de plantillas en hospitales de la Comunidad Valenciana. Alicante .CECOVA*
- Canadian Nurse Association. Disponible en <https://www.cna-aiic.ca/>
- Carrillo E, Arras AM^a y Moriel BL. *Professionalization of nursing: toward a strategy for change*. *Tecnociencia Chihuahua*, 2012; 1(6): 1-7.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., Sanz Rubiales, Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2014 Sep 26] ; 34(1): 63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es
- Casanovas, I., Escuredo, B., Esteve, J., Abades, M., Guillaumet, M., y Mitjans, J. (2006). Trayectoria laboral de las enfermeras de una escuela durante los 4 años siguientes a la graduación: 2000-2004. *Enfermería clínica*, 16(5), 238-243.
- Castrillón, C. (2008) Identidad Profesional en Enfermería: Construyendo las bases para SER cuidador(a) Profesional. *Revista Enfermería Universitaria*, Universidad Autónoma de México,. Disponible en URL:<http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/issue/view/2312>
- Ceballos Vasquez, P. A. (2010). Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 31-35.
- Chamizo, C. (2012) Enfermería: Filosofía, Historia y Gestión, de Cecilio Eserverri Chaverri (comentario de texto). *Temperamentum*, 16. Disponible en: <http://www.index.com/temperamentum/th16/t1601.php>
- Chamizo, C.(2009) *El proceso de profesionalización de la Enfermería en el Principado de Asturias* (Tesis Doctoral). Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería.

- Chamizo Vega, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*, (46), 40-44.
- Collière, MF. (1999) Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*; 22(1):28.
- Colliere, F. (1993). *Promover la vida De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. 1a. ed., España, McGraw-Hill/ Interamericana,
- Compeán Dardón, S., Verde Flota, E., Gallardo Hernández, G., Tamez González, T., Delgado Sánchez, G., y Ortiz Hernández, L.(2006) Diferencias entre hombres y mujeres respecto a la elección de carreras relacionadas con atención a la salud. *Rev de Estudios de Género.*; (24): 204-228.
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M^a del P., Dresch, V.(2011) El inventario de conformidad con las normas de Género Masculinas (CMNI) en la población española. *Anales de psicología*; 27(1): 170-178.
- De Guerrero, A. Z., Guevara, B., Garcia, M. M., Evies, A., España, P. y Salas, B. (2010). Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. *Revista educación en valores*, (13), 68-77. Ramírez, Á. M. (2009).
- De Lima Trindade, L., Coelho Amestoy, S., Adyles Muniz, L., Biolchi, T., Pires de Pires, D. E., y Schubert Backes, V. M. (2011). Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería global*, 10(22), 0-0.
- de Pedro, J. (2014). Competencias profesionales.¿ Vamos por el buen camino? *Metas de Enfermería*, 17(8), 3-3.
- Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 American Nursing Diagnos NANDA. Barcelona Elsevier.
- Domínguez-Alcón, C. (1979). *Para una sociología de la profesión de enfermería en España*. Reis, (8), 103-129.
- Duran, M. (2004) El poder de los valores. Una cuestión de profesionalidad. *Rol de enfermería*; 27(3)191-200.
- Emanuel, E. (1999). ¿ Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Pellegrino Filho A, Macklin R. Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, vol.39.*
- Eseverri Cháverri, C.(1992) *Enfermería Hoy. Filosofía y Antropología de una profesión*. Díaz de Santos. Madrid.
- Evans, J. (2004) Men nurses: a historical and feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 321-328,
- Fajardo Trasobares, M. E., y Germán Bes, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, (46), 9-12.
- Fernández, P, García, P., García, V., y Lara, H. (2004). *Manual de Cuidados de Enfermería*, Junta de Castilla y León.
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos?. *Butlletí La Recerca. Universitat de Barcelona. Institut de ciències de l'Educació.*

- Ferrer Arrendo, C. (2005). Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria: experiencia en aplicación de la gestión del conocimiento. *Rev. Administración Sanitaria*;3: 177-192
- Francisco del Rey, J. C. (2008). De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. *Universidad de Alcalá Departamento de Psicología y Educación Física Alcalá de Henares*.
- Franco Coffre, J. (2009) Factores influyentes en la elección de la profesión de enfermería de los alumnos del primer año de la escuela de enfermería Universidad de Guayaquil. *Coloquio enfermería* (consultado 28/10/2014) <http://www.researchgate.net/publication/277131795>
- Fuentelsaz-Gallego, Carmen, et al. (2012) Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*, vol. 22, no 5, p. 261-268.
- Gallego García, J. (2009) Discriminación de género en la profesión de enfermería. TFM. Universidad de Salamanca.
- Gancedo González, Z. (2014) Hacia una necesaria introspección profesional. *Metas de Enfermería*, 17(5): 3
- García Banon, AM. Sainz Otero, A. y Botella Rodríguez, M. (2004) La enfermería vista desde el género. *Index Enferm.* [online]., vol. 13, no. 46 pp. 45-48.
- García Cabeza, ME., (2014) Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería* 17(1): 70-74.
- García Pérez, M. A. y Maya Pombo, C. (2007). Una sanidad necesitada de liderazgo profesional. *Rev. de Administración Sanitaria*;5(2):275-282
- García, R. R., Sánchez, M. P. S., Cruz, M. M. P., y López, P. R. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(1), 49-61.
- Gastaldo, D. y Mckeever, P. (2000) Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? *Index de Enfermería* 28-29:9-10.
- Gaudlitz, M. (2008). Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 24(2), 138-142.
- GE, A. E. H., El Hawashy, Z. I., y Taha, E. E. (2011). *Undergraduate Male Nursing students' Perception about the Image of the Nursing Profession. J Am Sci*, 7(3), 614-623.
- Gea Sánchez, M. (2010) Conocimiento, actitudes y barreras percibidas por las enfermeras para integrar evidencia científica en la práctica clínica en un hospital universitario. *Enfermería Clínica* . 20,(5) 313-314
- Gerencher, K. (2004). Men in white: Nursing field recruiting males with big opportunities. O'lynn CE. Genderbased barriers for male students in nursing education programs: Prevalence and perceived importance. *J Nurs Educ*, 43(5), 229-35.
- German Bes, C. (2004). Género y enfermería. *Index de Enfermería*, (46), 7-8.
- Germán Bes, C. (2014). *La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978*. Universidad de Zaragoza.

- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península.
- González Ávila, M. (2006) Universidad de Guatemala. Revista Cuadernos de Bioética. Suplemento en Edición electrónica, julio 2003. En Amaro Cano, MC. *¿Qué saben nuestros médicos acerca de la ética de la investigación científica?* Rev Cubana Invest Biomed;25(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol25_3_06/ibi01306.htm [Consultada 26/07/2015].
- Guerrero, M. V. (2014). Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enfermería Clínica*, 24(1), 74-78.
- Harding, T. (2007). The construction of men who are nurses as gay. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 636-644.
- HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2014 © OECD 2014
- Heierle Valero, C. (2009). La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index de Enfermería*, 18(2), 95-98.
- Henderson, V. (1994) *La naturaleza de la enfermería*. McGraw-Hill / Interamericana de España, 1ª. ed.
- Hernández Conesa, J. M., Torralba Madrid, M. J., y Navarro Perán, M. Á. (2012). Correspondencia entre la ideología político-educativa del franquismo y el contenido de las asignaturas obligatorias de moral profesional y religión de los estudios enfermeros. *Revista de Investigación Educativa*, 31(1), 199-221.
- Hernández Conesa, J. (1999) *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid
- Hernández Conesa, J.; Moral De Calatrava, P. y Esteban Albert, M. (2003) *Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
- Hicks, C. (1999). Incompatible skills and ideologies: the impediment of gender attributions on nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 129-139.
- <http://teoriaehistoriaantropologica.blogspot.com.es/2012/04/margaret-mead-roles-sexuales.html>, <http://www.ehu.es/CEIC/pdf/critica6.pdf>
- <http://www.inmujer.gob.es/ellnstituto/conocenos/home.htm> consultado el 26/9/2014
- Icart Isern, M. T., Pulpón Segura, A. M., Pedreny Oriol, R., Úbeda Bonet, I., y Roca, M. (2003). Prácticas de Enfermería Comunitaria: evaluación de una muestra de enfermeras tutoras (curso 2001-02). *Educación Médica*, 6(4), 143-148.
- Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. 2013. *Profesionales sanitarios colegiados durante los años de 2011, 2012 y 2010*. [Acceso el 29 de septiembre de 2014].
- Jirwe, M., y Rudman, A. (2012). Why choose a career in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1615-1623.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. (2005) *Fundamentos de enfermería: concepto, proceso y práctica*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid
- Laporte, J. R., y Vallvé, C. (2001). *Principios básicos de investigación clínica* Barcelona: AstraZeneca.

- Leininger, M. (1978) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York, NY: John Wiley and Sons,.
- Leininger, M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 6(3), 5-12.
- Leon Molina, J. (2003) Enfermería: Profesión, humanismo y ciencia. *Enfermería Global*. 2-2
- Leonello, V. M., y Oliveira, M. A. D. C. (2008). Competencies for educational activities in nursing. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(2), 177-183.
- Lipson, JG (2009). Cultura y Cuidados de Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000; 28-29. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php> Consultado el 10 julio 2014
- Lopez Parra, M. (2006) Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*; 3-16(4);218-221
- López Alabarce, JA., Hernández Sánchez, D., Molina Mula, J., Fernández Medina, JM., Castaño Fernández, AI., Sanz Álvarez, E., et al. (2014) Percepción, conocimientos y actitudes de las enfermeras de urgencias y salud mental frente al alcoholismo y otras drogodependencias. *Metas Enfermería*; 17(2): 22-31.
- Luevano, S. (2008). El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. *Facultad de enfermería y nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua, México*
- Macia Soler, L. (2014). Enfermería. Una etapa más. *Enfermería clínica*, 24(5), 267-268.
- MacKinnon, C. A. (1995). *Hacia una teoría feminista del Estado* (Vol. 27). Universitat de València.
- Maestre, M. V., y Simón, S. C. (2000). Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. *Atención primaria*, 26(5), 309-313.
- Mahalik, James R., Morray, Elisabeth B., Coonerty-Femiano, Aimee, et al.(2005) *Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory*. Article from: Sex Roles: A journal of Research, Disponible en: <http://bussines.higbeam.com/435388/article-1G1-133233737/development-conformity-feminine-norms-inventory>
- Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades*, (19), 167-177.
- Martínez Cadaya, N., y Fernández Fernández, M.L. (2012) El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en Enfermería. *Cultura de los Cuidados*, (33) 22-29
- Martínez. M.L. y Chamorro, E.(2011) 2ª ed. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona: Elsevier.
- Martínez Riera, JR. (2012) Crisis y enfermeras. *Rev ROL Enf*; 35(2):108-119
- Martínez Riera, J.R. (2000). Interrelación profesional y continuidad de los cuidados. Necesidad vs dificultad. *Cultura de los cuidados, Año IV, n. 7-8 (1. y 2. semestre 2000); pp. 166-171.*

- Martínez Riera, J. R. (2009). *Influencia del role-playing en el proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermería*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Martínez Riera, JR. Cibanal Juan, L.(2006) Enfermería: ¿qué imagen tienen de ella los alumnos? *Educare* 21; 26
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maura, V. G. (2009). Autodeterminación y conducta exploratoria. Elementos esenciales en la competencia para la elección profesional responsable. *Revista Iberoamericana de educación*, (51), 201-220.
- Mead, M. 1973 [1935]. *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*, 1973 [1935]. Barcelona. Ed. Laia
- Mesa De La Torre, E., Gálvez Díaz, A., Calvo Calvo, M. Á., Vázquez Franco, M., Castilla Requena, R. y Luque Cid, A. (2005). Valoración del riesgo psicosocial en las enfermeras de nefrología de los hospitales de Sevilla. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8(4), 18-23.
- Parent, M. C., y Moradi, B. (2010). Confirmatory factor analysis of the conformity to feminine norms inventory and development of an abbreviated version: The CFNI-45. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1): 97-109. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6462.2009.01545.x/full>
- Miret, C., y Martínez Larrea, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 193-201). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Miró, M., y Gastaldo, DG. (2008) *¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)*. Fundación Dialnet,
- Miró, M. (2008) *Continuidades y transformaciones de los discursos y relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España, 1956-1976* (Tesis Doctoral). Illes Balears: Universitat de les Illes Balears, departamento de Enfermería y Fisioterapia.
- Morales Vallejo, P., Urosa Saez, V., y Blanco Blanco, A.(2003) *Construcción de escalas y actitudes tipo Likert*. Barcelona. Ed. La Muralla.
- Moreno Jiménez, MA., Vico Ramírez, F., Zerolo Andrey, FJ., López Rodríguez, A., Herrera Serenab, P., y Mateios Salidoc, MJ. (2005), Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Aten Primaria*, 36(3):152-158.
- Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T. y Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 70-74.
- Muldoon, O. T., y Reilly, J. (2003). Career choice in nursing students: gendered constructs as psychological barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 93-100.
- Muller- Juge, V.; Cullati, S.; Blondon Ks. (2013); *Interprofessional collaboration on an internal medicine ward: role perceptions and expectations among nurses and residents*. PLoS One 8 (2), e57570
- Muller- Juge, V., Cullati, S. y Blondon Ks(2014).; *Interprofessional collaboration between residents and nurses in General Internal Medicine: A qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality*. PLoS One 9(4), e96160

- Nardiz, M. V. A. (1998). *Las Enfermeras, entre el desafío y la rutina: una mirada al siglo XXI*. Barcelona. Díaz de Santos.
- Nava, M. G. (2012). Compromiso ético en enfermería. *Enfermería neurológica*, 11(3), 118-119
- Nava, M. G. (2012). Profesionalización, vocación y ética de enfermería. *Enfermería neurológica*, 11(2), 62.
- Neyla, M.(2010). *Enfermería Avanzada*. Hospital San Vicente de Paul de Palmira. Colombia, [Acceso el 28 de junio de 2015]. <http://enfeps.blogspot.com.es/2010/12/hospital-san-vicente-de-paul-de-palmira.html>
- Nightingale, F.(2000) *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona Masson,..
- Novoa Gómez, M. M., Nieto Dodino, C., Forero Aponte, C., Caycedo, C. E., Palma Riveros, M., Montealegre Martínez, M., y Sánchez Duran, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, 4(1), 63-76.
- O'Bryan, M., Fishbein, H. D., y Ritchey, P. N. (2004). Intergenerational transmission of prejudice, sex role stereotyping, and intolerance. *Adolescence*, 39(155), 407-426.
- O'Lynn, C. E. (2004). Gender-based barriers for male students in nursing education programs: Prevalence and perceived importance. *Journal of Nursing Education*, 43(5), 229-236.
- Ojeda, B. S., Creutzberg, M., Feoli, A. M. P., Melo, D. D. S., y Corbellini, V. L. (2009). Nursing, nutrition and physiotherapy students: career choice. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(3), 396-402.
- Olaz, A. (2008). *La entrevista en profundidad. Justificación metodológica y guía de actuación práctica*. Septem.Fundacion Universidad de Oviedo
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1998). *Gender and health: Technical paper*. Reference WHO/FRH/WHD/98.16. [Acceso el 24 de junio de 2014].Disponible en URL:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/WHD_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHD_98_16_table_of_contents_en.html
- Ortiz, G. C. M., y Manrique, N. A. (2014). El estrés y su relación con las condiciones de trabajo del personal de enfermería. *Investigación y Educación en enfermería*, 9(2).
- Osses, C, Valenzuela, S. y Sanhueza, O. (2010). Men al the Nursing Profession. *Enfermería Global*; 18:1-7.
- Pardilla Laparra, A., y García Pozo, A. (2015) Barreras y dificultades percibidas para el manejo de situaciones violentas: diseño y validación de un cuestionario. *Metas Enfermería*, 18(2): 19-26.
- Pérez Andrés, C., Alameda Cuesta, A. y Albéniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 517-530.
- Pérez-Campos, M. A., Sánchez-García, I. y Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2013). Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de Internet. *Enfermería Clínica*, 23(6), 271-278.

- Poblete, M., y Valenzuela, S. (2007) Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalario. *Acta Paul Enferm*;20(4)499-503
- Prat Canet, C. (2014). Análisis de la imagen social de la Enfermería a través del cine y la televisión. *Universitat Internacional de Catalunya*.
- Rae, R. A. E. (2012). Diccionario de la lengua española. *Vigésima segunda Edición*. Disponible en línea en <http://www.rae.es/rae.html>.
- Rafael, S. S.(2010) Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería Clínica*. Vol20(4)
- Ramazanoglu, C., y Holland, J. (2002). *Feminist methodology: Challenges and choices*. Londres Sage.
- Randstad. Oficina de empleo en España. [Acceso el 15 enero 2015]. Disponible en URL: <http://www.randstad.es/nosotros/oficinas-empleo>
- Rivera, S. y Herrera, L. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2006, vol.15, n.spe, pp. 158-163. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500019>.
- Robles, N. M. H.(2014)El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico. *Revista Enfermería A la Vanguardia*, 2(1), 86
- Rodríguez Carvajal, R. y Rivas Hermosilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 72-88.
- Rodríguez, L. Reflexiones sobre el cuidar en Enfermería. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1857/1/Reflexiones-sobre-el-cuidar-en-Enfermeria.html> Consultado el 14/1/2015
- Rubio Pilarte, J. (2006) ¡Por favor una enfermera!. *Enfermería Clínica*. 16(4):169-71
- Rusell, H. (1994) *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. California: SAGE Publications, Inc.
- Saavedra, Al. (2013) *Relación entre género y salud en los profesionales de Enfermería* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología; 2013.
- Salas Iglesias, M. (2004) Una introducción a la naturaleza del cuidado. *Revista Cultura de los Cuidados* 1º semestre, (15) 43-48
- Salum, N. C., y do Prado, M. L. (2007). Educación continua en el trabajo: Nuevos desafíos para los profesionales de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 100-105.
- San Rafael-Gutiérrez, S., Arceciado-Marañón, A., Bernaus-Poch, E. y Vers-Prat, O. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería clínica*, 20(4), 236-242.
- Sánchez Padilla, R. (2013) *Etnografía de cooperantes. Relatos y experiencias de vida de expatriados*. Tesis doctoral. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.
- Sánchez, R., y Echeverry, J. (2004) *Validación de escalas en medición de salud*. *Rev. Salud pública*. 6 (3): 302-318,
- Santos, Larissa Medeiros Marinho dos. (2005). O papel da família e dos pares na escolha profissional. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 57-66. Consultado June 30.2015 from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000100008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-73722005000100008.

- Seoane, M. P., Barral, M. D. C. P. y Pazos, C. V. (2004). Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. *Enfuro*, (89), 32-33.
- Shinyashiki, G. T., Mendes, I. A. C., Trevizan, M. A. y Day, R. A. (2006). Professional socialization: students becoming nurses. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14(4), 601-607.
- Siles González, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara, 69-232.
- Siles González, J. (2012). Antropología, historia y enfermería. *Cultura de los cuidados*, [S.l.], p. 5-7, jun.. ISSN 16996003. Disponible en: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/80/159>>. Fecha de acceso: 28 jun. 2014
- Siles J, y Solano C. (2007) El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la Historia de la Enfermería. *Revista Cultura de los Cuidados*, 21 (19): 16-29.
- Simón Lorda, P., y Júdez Gutiérrez, J. (2001). Consentimiento informado. *Medicina clínica*, 117(3), 99-106.
- Siston, A. N. y Vargas, L. A. (2007). El enfermero en la escuela: prácticas educativas en la promoción de la salud de los escolares. *Enfermería Global*, 6(2).
- Tapp, D., Stansfield, K. y Stewart, J. (2005). *La autonomía en la práctica de enfermería*. Aquichan, 5(1).
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2008). *La entrevista en profundidad. Métodos cuantitativos aplicados 2*, 194. Barcelona Paidós Básica
- Torres Pinzón, K. V. y Fajardo David, N. (2015). *Factores asociados al trabajo que son generadores de satisfacción laboral en un grupo de trabajadores en condición de multiempleo*. <http://hdl.handle.net/10819/2648>
- Ulloa Reyes, L. (2012.) Proud of being both nurses and professionals. *Revista cubana de Enfermería*. 28(1), 1-1.
- Urra, E., y Jana, A. (2010). El uso de un paradigma emancipador para la teoría feminista posestructuralista en la investigación de enfermería: sus implicancias y desafíos. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 15-25.
- Valles, M.S. (2007) *Entrevistas Cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vicente, M. C. y Delgado, Á. A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de antropología experimental*, (9), 119-136.
- Rodríguez, E. V., Bozal, A. G., y Barrón, A. M. L. (2010, April). Género, poder/saber: una cuestión de fondo en la profesión de enfermería. In *VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Brasil*.
- Wainerman, C. H. y Geldstein, R. N. (1991). Género y vocación entre auxiliares de enfermería. *Medicina y Sociedad*, 14(1), 23-9.
- Weaver, R, Ferguson, C, Wilbourn, M. y Salamonson, Y.(2013). *Men in nursing on television: exposing and reinforcing stereotypes*. *Journal of Advanced Nursing*, [Serial on the

Internet]. [Acceso el 29 de septiembre de 2014]. Disponible en URL:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12244/full>

Zarate Grajales, R. A. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de enfermería*, 13(44-45), 42-46.

ANEXOS

9. ANEXO I

Cuestionario original traducción

Las siguientes preguntas forman parte del cuestionario Men in Nursing Study que Bernard Hodes group dirigió a un grupo de enfermeros/as de EE.UU. en el año 2005, traducido al castellano, mediante un proceso de traducción.

Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de contestar.

No le llevará más de 10 minutos contestar al cuestionario, no omita ningún ítem. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y seleccione una de las 5 respuestas atendiendo a la escala siguiente. Responda a su primera reacción. Trace un círculo en la respuesta elegida, y solo en una.

Percepciones de la Enfermería antes de decidirse por ella

1. Beneficios y puntos atractivos de ser enfermeros

- **Carrera estable con muchas salidas**
 1. Muy en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Neutral - Indiferente
 4. De acuerdo
 5. Muy de acuerdo
- **Porque da la posibilidad de movilidad geográfica**
 1. Muy en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Neutral - Indiferente
 4. De acuerdo
 5. Muy de acuerdo
- **Por el buen sueldo**
 1. Muy en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Neutral - Indiferente
 4. De acuerdo
 5. Muy de acuerdo

2. Razones por la que se escogió estudiar Enfermería:

- **Ayudar a la gente**
 1. Muy en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Neutral - Indiferente
 4. De acuerdo
 5. Muy de acuerdo
- **Porque es una profesión con posibilidades de desarrollo profesional**
 1. Muy en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Neutral - Indiferente
 4. De acuerdo
 5. Muy de acuerdo
- **Porque permite tener una carrera profesional estable**
 1. Muy en desacuerdo

- 2. En desacuerdo
- 3. Neutral - Indiferente
- 4. De acuerdo
- 5. Muy de acuerdo
- **Porque da la posibilidad de movilidad geográfica**
 - 1. Muy en desacuerdo
 - 2. En desacuerdo
 - 3. Neutral - Indiferente
 - 4. De acuerdo
 - 5. Muy de acuerdo
- **Por el buen sueldo**
 - 1. Muy en desacuerdo
 - 2. En desacuerdo
 - 3. Neutral - Indiferente
 - 4. De acuerdo
 - 5. Muy de acuerdo
- **Porque permite tener un horario flexible**
 - 1. Muy en desacuerdo
 - 2. En desacuerdo
 - 3. Neutral - Indiferente
 - 4. De acuerdo
 - 5. Muy de acuerdo

3. Llegó a la enfermería desde (marque con una X)

- Bachillerato
- FP
- Otra diplomatura
- Licenciatura
- Mayores de 25 años

4. Animaría a sus amigos para que sean enfermero/as

- 1 - Muy en desacuerdo
- 2 - En desacuerdo
- 3 - Neutral - Indiferente
- 4 - De acuerdo
- 5 - Muy de acuerdo

5. Ha tenido éxito en convencer a sus amigos/as para que estudiaran enfermería

- 1.- Muy en desacuerdo
- 2 - En desacuerdo
- 3 - Neutral - Indiferente
- 4 - De acuerdo
- 5 - Muy de acuerdo

6. Edad a la que empezó a considerar estudiar enfermería (_____ años)

7. Objetivos profesionales a largo plazo (puede escoger más de una opción)

Volver a la Escuela para continuar los estudios Enfermeros

Hacer cursos de formación

Hacer cursos de gestión

Otra describir

No tengo ningún proyecto profesional

8. Percepciones sociales que existen acerca de la enfermería antes de acceder a ella

- **Estereotipos**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Profesión tradicionalmente femenina**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Otras profesiones se ven más apropiadas para los hombres**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **La enfermería no es un desafío intelectual**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **La enfermería no es un profesión autónoma en la toma de decisiones profesionales**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Influencias culturales**

1. Muy en desacuerdo

2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Percepción de que la enfermería no es una carrera tecnológica**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Influencias familiares**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **El sueldo en enfermería no es tan competitivo como en otras profesiones**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

9. Me he encontrado con dificultades en el ejercicio de esta profesión por razón de mi sexo

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

10. Si encontró dificultades escoja entre estas razones

- **Por ser minoritario en la profesión**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Porque los enfermeros se ven como solo un músculo” para las enfermeras**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo

5. Muy de acuerdo

- **Porque los hombres se perciben como poco cuidadores**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Dificultades de comunicación con los/as colegas femeninas**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Por dificultades en las relaciones con los médicos**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

13. ¿Porqué los hombre no se sienten atraídos por la Enfermería?

- **Por ser una profesión tradicionalmente femenina**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Por la percepción de que los enfermeros son “gays”**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Por los salarios bajos**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Por la falta de modelos masculinos a imitar**

1. Muy en desacuerdo

- 2 - En desacuerdo
- 3 - Neutral - Indiferente
- 4 - De acuerdo
- 5 - Muy de acuerdo

- **Hay percepciones erróneas sobre la enfermería masculina que deben ser superadas**

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 - En desacuerdo
- 3 - Neutral - Indiferente
- 4 - De acuerdo
- 5 - Muy de acuerdo

16. Las mejores herramientas para atraer a los hombres a la Enfermería son (elija tres de ellas, ordenando de más a menos)

- **Más consejeros de carrera bien informados**
- **Informadores sobre la enfermería varones**
- **Anuncios en revistas para hombres**
- **Anuncios adaptados para los hombres**
- **Anuncios en revistas de deportes**
- **Más información sobre la enfermería dirigida a los muchachos**
- **Más información sobre la enfermería en los institutos**
- **Información en los programas de voluntarios**
- **Anuncios en TV**
- **Anuncios en cine**
- **Anuncios en Internet**
- **Anuncios en radio**
- **Anuncios en carteleras**

¿Que le gusta más de su trabajo diario?

- **Ayudar a la gente**
 - 1. Muy en desacuerdo
 - 2. En desacuerdo
 - 3. Neutral - Indiferente
 - 4. De acuerdo
 - 5. Muy de acuerdo

- **Variedad de desafíos**
 - 1. Muy en desacuerdo
 - 2. En desacuerdo
 - 3. Neutral - Indiferente
 - 4. De acuerdo

5. Muy de acuerdo

- **Establecer diferencias**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

¿Que es lo que le gusta menos?

- **Trabajar bajo presión**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Trabajar con personal inadecuado**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **El trabajo administrativo**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **Yo volvería a estudiar enfermería**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

21. Sentimientos que tiene cuando dice que es enfermero/a

- **Se siente orgulloso/a**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

- **En ocasiones se pone a la defensiva cuando dice que es enfermero/a**

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral - Indiferente

4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

Datos demográficos

Edad (en años)

Área de trabajo (refiérase al área en la que trabaja la mayor parte del tiempo)

Docencia

- **Enfermería Atención Especializada**
- **Enfermería Atención Primaria**
- **Investigación**
- **Medicina/cirugía**
- **Oncología**
- **Pediatría**
- **Psiquiatría**
- **Rehabilitación**
- **UVI**
- **Otros especificar:**

Años de ejercicio profesional _____ años

Especialidad en Enfermería

Matrona

Enfermería de Salud Mental

Otra especialidad

Formación no reglada realizada durante los últimos 3 años (es decir la realizada en un centro docente no incluida dentro de una Universidad) _____ horas

Formación reglada:

Otra Diplomatura

Licenciatura

Master oficial

DEA (Diploma de estudios avanzados)

Doctorado

Formación post doctoral

Ha llegado al final del cuestionario.

¡Muchas gracias por su colaboración!

(ESTAS NO HAY QUE RESPONDERLAS,)

Los hombre son disuadidos de ser enfermeros?

¿Actualmente pertenece a alguna asociación específica sobre enfermería masculina?

¿Qué mensaje daría a los estudiantes para representar a los hombres en la enfermería

¿Qué imagen representaría mejor la enfermería masculina?

Imágenes que no le gustaría que representaran a los hombres enfermeros.

10. Anexo II

Cuestionario Razones para ser enfermera/o						
<p>Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de contestar . No le llevará más de 10 minutos contestar al cuestionario, no omita ningún ítem. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y seleccione una de las 5 respuestas atendiendo a la escala siguiente. Responda a su primera reacción. Trace un círculo en la respuesta elegida, y solo en una. 1 - Muy en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Neutral - Indiferente 4 - De acuerdo 5 - Muy de acuerdo</p>						
1	La enfermería es una carrera estable y con muchas salidas	1	2	3	4	5
2	Escogí estudiar enfermería por ayudar a la gente	1	2	3	4	5
3	Animaría a mis hijos (en el caso de tenerlos) a que fueran enfermeros	1	2	3	4	5
4	Animaría a mis hijas (en el caso de tenerlas) a que fueran enfermeras	1	2	3	4	5
5	La enfermería no es un desafío intelectual	1	2	3	4	5
6	La enfermería no es un profesión autónoma en la toma de decisiones profesionales	1	2	3	4	5
7	Elegí estudiar Enfermería por influencias familiares	1	2	3	4	5
8	Me he encontrado con dificultades en el ejercicio de esta profesión por razón de mi sexo	1	2	3	4	5
9	Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas	1	2	3	4	5
10	Los hombres no se identifican con los cuidados	1	2	3	4	5
11	He tenido dificultades de comunicación con los/as colegas de diferente sexo	1	2	3	4	5
12	He tenido dificultades en las relaciones con los médicos	1	2	3	4	5
13	Los hombre no se sienten atraídos por la Enfermería por ser una profesión tradicionalmente femenina	1	2	3	4	5
14	En ocasiones me pongo a la defensiva cuando digo que soy enfermero/a	1	2	3	4	5
DATOS DEMOGRÁFICOS						
Edad actual : <input type="text"/> Edad a la que empezó a considerar estudiar Enferm <input type="text"/> años Años de ejercicio profesiona <input type="text"/>						
Sexo : Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Especialidad en Enfermería: Matr <input type="checkbox"/> Enfermería de Salud M <input type="checkbox"/> al <input type="checkbox"/> a						
Objetivos profesionales a largo plazo : Volver a la Escuela para continuar los estudios Enfermeros <input type="checkbox"/> Hacer cursos de formac <input type="checkbox"/>						
Hacer cursos de gestión <input type="checkbox"/> No tengo ningún proyecto profesional <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>						
Área de trabajo (refiérase al área en la que trabaja la mayor parte del tiempo) Docencia: Univers <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> Enfermería Atención <input type="checkbox"/>						
Especializada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Llego a la Enfermería desde: Bachillerato <input type="checkbox"/> FF <input type="checkbox"/> Otra Diplomatu <input type="checkbox"/> Licenciatur <input type="checkbox"/> Mayores 25 años <input type="checkbox"/>						
Formación realizada durante los últimos 3 años : Otra Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatur <input type="checkbox"/> Master Ofi <input type="checkbox"/> DEA (Diploma de cursos <input type="checkbox"/>						
avanzados) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Ha llegado al final del cuestionario. ¡Gracias por tu colaboración!						

Cuestionario Profesionales

11. Anexo III

Cuestionario alumnos

Cuestionario Razones para ser enfermera/o						
<p>Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de contestar . No le llevará más de 10 minutos contestar al cuestionario, no omita ningún ítem. Lea cuidadosamente cada uno de ellos y seleccione una de las 5 respuestas atendiendo a la escala siguiente. Responda a su primera reacción. Trace un círculo en la respuesta elegida, y solo en una. 1 - Muy en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Neutral - Indiferente 4 - De acuerdo 5 - Muy de acuerdo</p>						
1	La enfermería es una carrera estable y con muchas salidas	1	2	3	4	5
2	Escogí estudiar enfermería por ayudar a la gente	1	2	3	4	5
3	Animaría a mis amigas a que fueran enfermeras	1	2	3	4	5
4	Animaría a mis amigos a que fueran enfermeros	1	2	3	4	5
5	La enfermería no es un desafío intelectual	1	2	3	4	5
6	La enfermería no es un profesión autónoma en la toma de decisiones profesionales	1	2	3	4	5
7	Elegí estudiar Enfermería por influencias familiares	1	2	3	4	5
8	Me he encontrado con dificultades en la elección de esta disciplina por razón de mi sexo	1	2	3	4	5
9	Los enfermeros son vistos por las enfermeras como una ayuda en tareas/actividades pesadas	1	2	3	4	5
10	Los hombres no se identifican con los cuidados	1	2	3	4	5
11	He tenido dificultades de comunicación con los/as compañeros/as de diferente sexo	1	2	3	4	5
12	He tenido dificultades en las relaciones con mis superiores	1	2	3	4	5
13	Los hombres no se sienten atraídos por la Enfermería por ser una profesión tradicionalmente femenina	1	2	3	4	5
14	En ocasiones me pongo a la defensiva cuando digo que estudio enfermería	1	2	3	4	5
DATOS DEMOGRÁFICOS						
Edad actual : <input type="text"/> Edad a la que empezó a considerar estudiar Enfermer <input type="text"/> años Curso que estudi <input type="text"/>						
Sexo : Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hay alguien de su familia que sea enfermera/o <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>						
En caso de tener estudios previos a los de Enfermería indique cuáles son: <input type="text"/>						
<i>Ha llegado al final del cuestionario. ¡Gracias por tu colaboración!</i>						

Anexo IV

11.1. *Consentimiento informado para los profesionales*

Yo Sr/Sra.----- estoy de acuerdo en participar en esta investigación. Entiendo que el propósito de este estudio es obtener información sobre los factores que influyen en ACCESO A LOS ESTUDIOS DE ENFERMERIA EN FUNCION DEL SEXO DE LOS ESTUDIANTES

Sé que mi participación en este estudio es totalmente voluntaria y que si lo deseo puedo abandonarlo en cualquier momento sin dar explicaciones.

Sé que los investigadores garantizan el anonimato y la confidencialidad de los datos y de mi identidad. Toda la información recogida se mantendrá estrictamente confidencial.

Entiendo que no recibiré ningún beneficio directo de la participación de este estudio, pero que mi participación puede ayudar a otros en un futuro.

La investigadora me ha contestado a todas las preguntas que yo he tenido sobre este estudio. He entendido y comprendido esta información y estoy de acuerdo en participar en esta entrevista.

Fecha: -----/-----/-----

Firma: -----

12. Anexo V

12.1. *Trascripción entrevistas*

1º Sujeto

MD. Edad actual 64

Años de profesión 41. Dejo el trabajo hace dos años. Los últimos 6 años en la docencia. El resto en la asistencia

Empezó a trabajar a los 21.

Yo estude en la Escuela de la Diocesanitas y estude allí porque lo tenía cerca de casa me parecía bien, fui allí me cogieron sin más problemas y entre allí en la escuela. Lo primero que hice fue pagar la matrícula y volví a mi casa y conté que me había matriculado para ser enfermera y mi padre me metió una bronca alucinante; él era médico y me dijo: Pero tú estás loca (gritando), porque te has matriculado en enfermería si eso es lo peor, si eso es para limpiar mierda y recoger vómitos. Pero yo tenía claro que aquello me podía gustar y no me apee del burro y empecé allí. El lema de aquella escuela era “Somos ángeles al servicio de los hombres” y claro el entorno, todo lo que aquella gente te decía adolecía mucho de contenidos científicos y había mucho de espíritu religioso, digamos así, claro esto hay que contextualizarlo en el tiempo, serían los años 69, no quizás después..., no yo acabe el en 72, serían los años 69 y en aquel contexto no llamaba tanto la atención. Yo acabé hasta el *pirri* de aquellas personas, porque eran peor que monjas, había estado 8 años en un colegio de monjas y aquello era peor; te hacían ir a misa, si, sí.. No es que fuera obligatorio te decían, pero si no ibas a misa *como que te señalaban*. Es decir que la parte de los contenidos científicos, los instrumentos que nos dieron para contextualizarnos para lo que era la profesión enfermera, fueron poquíssimos, poquíssimos, por supuesto todo el proceso dado era médico y si repasara un poco los apuntes es que nos explicaban como se hacía una cirugía de digestivo, dejando al margen los que eran los cuidados, ¡creo que de los cuidados no nos habló nadie!. La única cosa que de verdad me acercó a la profesión, fue que empezamos a hacer prácticas enseguida, fue en primero, ¡en el primer trimestre!, yo que tenía 17 años, nos llevaron al Hospital Provincial al servicio de Urología, ¡yo no había visto un pito en mi vida! ¡Imagínate!, pero aquello me hizo entrar.. Yo aprendí la profesión a través de la práctica, el

resumen sería ese. Y me gusto, me gusto el contacto con las personas, realmente yo creo que fui una persona vocacional, me planteaba esa profesión, como hacer algo que socialmente tuviera algún efecto que pudiera ayudar a la sociedad a avanzar. Ese era mi punto de partida y claro en el hospital que es donde de verdad es donde aprendí los conocimientos vi que aquello me podía a mi gustar. Eso fue en primero, en 2º llevábamos una sala nosotras solas, no había enfermeras de plantilla que llamaban en aquel entonces, había un libro de tratamientos ¡es que es alucinante! Había un libro de tratamientos donde apuntábamos lo que oralmente te decían los médicos. Las salas las llevaban monjas, sí que recuerdo que todo estaba cerrado bajo llave, Sor María era la de la sala donde estaba yo, estabas una año entero ¡nada de rotaciones! El 2º año fui a Ginecología, todo especialidades quirúrgicas, la Ginecología me gustó mucho eran salas de ocho camas; si he vivido la historia de Enfermería desde muy remoto y recuerdo una vez, la monja estaba hasta una determinada hora, cuando era el Angelus se iba y nosotras estábamos allí hasta las tres y a la una o así una mujer muy obesa tuvo una eventración ¡pero una eventración!, se salieron todos los intestinos yo llame al médico de guardia y me dijo ¡tráigame esparadrapo ancho! Y yo le dije, ¡pero si esta todo cerrado bajo llave! El médico le dio una patada al armario, allí hicimos lo que pudimos, se la bajaron a quirófano, ¡pero la sala la llevaba yo! Luego ya en tercero, y me cambiaron de hospital y me mandaron a lo que ahora es el Dr. Peset, General Sanjurjo, que a mi después del General que era tan grande, tan enorme, me pareció un centro más acogedor y estuve en el laboratorio. En el laboratorio fundamentalmente lo que aprendí fue a pinchar muy bien, las pautas de seguridad para las extracciones de muestras, etc. Mientras tanto lo que era la formación básica en la Escuela seguíamos igual adoleciendo de mucha falta de conocimientos, no manejábamos casi bibliografía, bueno no manejábamos bibliografía, ni casi ni nada. El medico entraba allí hablaba y tu tomabas notas y después te examinabas de aquellas cosas. En resumen acabe la carrera sin saber casi nada. Sí que es cierto que en tercero casi me expulsan de la Escuela, estábamos hasta el *pirri* de las malas condiciones pedagógicas de la Escuela, no había posibilidad allí de trabajar, no habíamos visto una jeringa hasta que llegamos al hospital. Lo que hemos hecho después en la docencia preparando a los alumnos antes de que vayan, no existía. Un grupo de reducido, yo era subdelegada de tercero, nos plantamos y dijimos que aquello no podía ser y estuvieron a punto de expulsarnos de la Escuela, pero

como nos faltaban unos meses para acabar la carrera, a mi padre casi le da un ataque ¡Ahora que estas acabando! En fin terminamos. Cuando terminamos, nos reunimos el grupo de gente que estudiábamos juntas y nos pareció que sería una buena experiencia marcharnos a trabajar al extranjero y además pensamos que antes de trabajar aquí eso debíamos hacerlo, porque luego ya tendríamos plaza, tendríamos ya nuestro trabajo, nos haríamos acomodaticios y sería bueno que nos fuéramos y nada , ni cortas ni perezosas, empezamos a mirar y en Suiza contactamos con un hospital importante, el hospital Cantonal de Ginebra enviamos nuestras solicitudes y nos contrataron a las seis y allá que nos fuimos, ¡a trabajar!. Mi padre nuevamente ¡si te vas a Suiza, no vuelvas! Yo tenía 21 años y como ya tenía 21 años ya podía irme. Le dije ¡encantada de no volver, yo me voy! Allá que nos fuimos, yo sí que dominaba la lengua el resto de compañeras, poquito y fue una experiencia... muy enriquecedora..., pero muy dura, también. El hospital nos contrató, empezamos a trabajar el 1 de julio y nuestra primera sorpresa es que antes de empezar a trabajar, nos tuvieron 15 días con una especie de monitor para hablarnos de los protocolos del hospital. Es la primera vez que oí la palabra protocolo y es la primera vez que fui consciente que existía una metodología para trabajar. Eso en la escuela ni lo había oído, ni lo había visto en el Hospital General. Nos distribuyeron por servicios y a mí me correspondió un servicio de medicina interna, en el que se trataban a lo que yo creo que eran pacientes oncológicos, porque estaban calvos y es la 1º vez que yo vi lo que era la quimioterapia. En aquellos quince días primeros aprendí más que en los tres años de carrera porque realmente nos enseñaron los pasos correctos para los cuidados básicos, una buena higiene de un paciente encamado, como se hacía, como se sondaba, las normas de protección contra la infección es decir, te digo que en 15 días aprendí todo lo que en la Escuela no me habían dado, las bases para sustentar la manera de actuar. Era solamente hacer, hacer, pero sin sustentarlo sobre nada y a posteriori nos lanzaron. Nos enseñaban desde como contestar al teléfono, como llamar al médico de guardia. Hay que tener en cuenta que había gente de muchas nacionalidades y para ellos era muy importante que todo el mundo trabajara con las mismas pautas de actuación. Por supuesto, fuera anillos, eso en la Escuela no nos lo habían dicho, incluso los relojes estaban prohibidos, llevábamos el reloj colgado de la bata, el lavado de manos correcto, todo lo que sigue siendo la base enfermera. Y nada me estrene a trabajar. Vivíamos en el Hospital, en un pabellón adjunto al hospital y nos proporcionaban

vivienda y comida, esto te lo descontaban del sueldo y fue una especie de inmersión en otro mundo para nosotras. Me incorporé a trabajar en el turno de noches, y ¡yo sola! y la primera noche , teníamos una auxiliar, ellos ya hablaban allí de diferentes grados de enfermeras; eran enfermeras pero con un nivel de estudios diferentes que creo que era lo equivalente a la auxiliar aquí y lo primero que me ocurre es que tengo una paciente con una embolia pulmonar , yo no sabía lo que le pasaba, no sabía que se estaba muriendo, ni sabía identificar que le estaba ocurriendo a esta persona; lo que sí que vi que se estaba ahogando y que la disnea era brutal, llame al médico de guardia, el caso se complicó mucho y la paciente falleció, es decir en mi primer estreno, por la noche, que ya sabes que el hospital está más desasistido, el comienzo fue muy duro, pero te digo que mi vocación estaba cada vez más afirmada. Y cuando descubrí como se trabajaba allí en Suiza aun me gustaba más. Yo trabajaba con un instrumento que era el Cardex. Yo me alucine de ver que todo se registraba, yo no había hecho eso en mi vida. Llevábamos un sistema como de pequeñas fichas que tu mirabas y sabias en cada hora lo que tenías que hacer al paciente y no solamente era administrar medicación sino que hasta estaban registrados los cambios posturales, los cuidados básicos de higiene, las recogidas de orina, ¡¡todo estaba registrado en aquel Cardex!!, a mí me pareció magnifico, había detalles en la forma de trabajar que a mí me encantaron, por ejemplo el relevo. El relevo, yo no había visto un relevo, ¡que relevo! no existía en el Hospital General. Llegábamos temprano se empezaba la jornada a las 7 de la mañana se hacía un corte a las 12 para comer y se seguía hasta las 5 de la tarde eran jornadas duras. Es cierto que allí la gente solo vivía para trabajar, no había tiempo de otras cosas y cuando llegabas a las 7 de la mañana había un relevo rigurosísimo de cada paciente el que había estado de noches contaba paciente por paciente como había pasado la noche, que circunstancias habían ocurrido. Eso me pareció magnifico. ¡Empezar ya la mañana, sabiendo que tu paciente había tenido fiebre! , que tal y que tal. ¡Todo eran descubrimientos! El orden del hospital, el orden de la farmacia. ¡Que los tóxicos estaban bajo llave! Yo no había visto eso aquí. Había un libro de registro de tóxicos, ¡te hablo del año 72! Eso tampoco aquí no lo había visto .¡Que tenías que llevar la llave de los tóxicos encima, eso era una norma . Bueno todo, eran cosas que me parecían magnificas. Cuando acababa el turno antes de ir a las 12 a comer, comíamos en el propio hospital, en el comedor de personal, dábamos una última vuelta y a cada paciente le dábamos una vuelta a las

almohadas, las ahuecábamos y a cada paciente lo dejábamos confortable y lo dejábamos que estuviera bien, tranquilo para después de comer pues que descansara. ¡Hasta ese punto llegaban los cuidados! Es decir que allí aprendí técnicas y aprendí también a preocuparme por las personas, aunque eso yo ya lo llevaba incorporado, creo, pero allí lo vi materializado. Me pareció magnífico. La quimioterapia se utilizaba sin ninguna precaución, porque entonces no existían ni siquiera normas de utilización, yo ya recuerdo haber utilizado la Daunoblastina® porque eran líquidos rojos, debía de ser Daunoblastina® o parecido... y trabajé en Suiza cuatro meses, hasta octubre. En octubre ya nos pareció que la experiencia había sido muy interesante pero estábamos cansadas de estar allí y nos queríamos volver a España. Bueno aprovecha además para vivir una época muy bonita porque a los 21 años es la época de hacer eso, teníamos siempre todas las semanas dos días libres que iban corriendo los turnos. Nos hicimos toda Suiza en autostop, recorrimos el norte de Italia, en fin además de todo lo que aprendí de mi profesión. Terminamos aquel contrato, ellos no querían dejarnos volver a España, porque decían que debíamos estar como mínimo un año porque si no el hospital lo que había invertido en nuestra preparación pues que no le iba a sacar provecho. Allí había enfermeras, griegas, portuguesas, francesas, de todas partes del mundo y claro ellos invertían mucho y les pareció mal que a los cuatro meses nosotras quisiéramos marcharnos, además ¡un grupo de seis a la vez! Fue una experiencia vivencial muy bonita vivir en la residencia de enfermeras. Nuestros novios vinieron allí a visitarnos, tenían que venir de manera oculta porque no podían estar allí; aquello era solo para enfermeras. A nivel vivencial fue muy bonito y ¡nos volvimos a España ¡ Nos volvimos a España, buscábamos trabajo y yo recuerdo que le dije a mi madre por la mañana el 10 de octubre del 72 me voy a acercar al hospital ese tan bonito que hay que es la Fe, que a mí me gustaría trabajar allí, ¡aquello debe de ser tan impresionante! Voy a ver si allí me dan trabajo, entonces me fui para allá y no sé cómo fui al pabellón de Maternidad y pregunte por la enfermera Jefe y era Isabel Royo. Me recibió en el hospital y le dije mire yo acabo de venir de Suiza, busco trabajo, quisiera trabajar; esto eran las 11 de la mañana o algo así y me dijo: Pues muy bien chiquita, ¿A dónde quieres trabajar? Yo.. Mira hay Ginecología, Partos, Obstetricia, no sé cuántos tal y el dije A mí me gustaría trabajar con cáncer y me dijo, Pues muy bien la 10ª Pues bien, *vete a casa come y a las tres empiezas a trabajar* y me vine corriendo y le dije a mi madre ¡que como, que me voy! Y empecé a trabajar en la 10ª

de Maternidad en Oncología. Claro yo ya traía el bagaje de Suiza que me vino muy bien. Encontré muchos déficits aquí, no existía la metodología, no se registraba nada; seguía existiendo el libro ese famoso donde se apuntaba los tratamientos de los pacientes y yo, estaba E. de supervisora, le decía y no podríamos apuntar en alguna hoja, que quede algo de lo que nosotras hacemos y entonces, no sé si ya por aquel entonces o a posteriori apareció la hoja amarilla y en aquella hoja amarilla yo empecé a escribir, porque la gente solo ponía igual, igual y un garabato, tarde bien. Y eso duro muchos años de la hoja amarilla, tarde bien y tal. Y además se hacía al final del turno cuando ya estábamos para marcharnos ya rápido, es decir que aquello no servía de nada. Decían pero ¿para qué vamos a registrar si nadie lo lee. Pero ¿Qué iban a leer? si allí solo ponía igual, igual. La sala era de mucha envergadura había vulvectomias, canceres las curas de vulvectomias eran impresionantes. Entrabas a curar a una mujer y podías estar perfectamente cuatro horas curando, porque se les hacía una plastia con injertos y una cura de un sufrimiento para la mujer terrible. La hacías a veces acompañada del médico, el Dr. A. estaba por aquel entonces y otras veces las hacías tu sola A mí todo aquello me gustaba mucho, pero encontraba carencias, no sé si me entiendes bien. La cuestión es que yo seguía viendo que mi conocimiento respecto de la profesión era bastante disperso. Yo miraba había cursos de reciclaje en el hospital y miraba la lista de cursos que me apuntara; porque eso siempre lo he llevado en mi espíritu la necesidad de seguir aprendiendo, eso creo que lo llevaba ya yo misma, en la escuela no me lo enseñaron ese mensaje no me lo dieron, pero yo sí que era consciente de que debía seguir aprendiendo, pues me apuntaba a cosas como un curso de quemados, un curso de cirugía de no sé qué, mi gusto de conocimiento era bastante disperso, pero no me importaba de cada cosa aprendía. Tenía tanta ilusión que no me importaba después del trabajo quedarme a los cursos. Eso luego fue cambiando, poco a poco, pero pasaron unos cuantos años, hasta que yo tome conciencia de que debía focalizar más la búsqueda de información y mi propia formación continuada la debía focalizar más en alguna parte me seguía interesando mucho la Ginecología y pase en aquella sala un año y pico y vi que lo que yo podía alcanzar en aquella unidad había llegado al tope. Me gustaba mucho pasar visita con los médicos porque me daba cuenta que les podía preguntar, cuando salían de la habitación preguntaba: Oiga y a esta Sra. ¿porque le pasa esto?, y así ávidamente te enseñaban a reconocer signos y síntomas, que a mí no me habían hablado signos y

síntomas o por lo menos yo no fui consciente (risas) Los médicos, si tu preguntabas, que yo preguntaba, debía de ser pesadísima, pero yo me pasaba el día preguntando, ¿oiga y eso porque? Y a esta mujer ¿Por qué le pasa esto? Como ellos te veían interés cuando exploraban a una mujer te decían ¿quieres explorar? Y yo Si, Si, Si, yo siempre allí. Y claro eso te hacia aprender. Cuando llevaba año y medio o así, yo pensé, esto de la Ginecología, a mí se me queda corto, mejor al Central que allí debe de estar el mogollón y me quiero cambiar y entonces fui a hablar con M.C. F, me presente y le dije que yo estaba en Ginecología en Maternidad, pero a mí me gustaría más marcha, quisiera cambiarme, y me dijo pues muy bien a Urgencias y me mandaron a urgencias con Mery de supervisora y en Urgencias estuve dos años y Urgencias me ¡encanto! También eso en todas las etapas que fui recorriendo en realidad lo que me aportaron fue formación; aquello era una maravilla, pero Urgencias por la noche una enfermera ¡solo! Para dentro y fuera (grito) yo he llegado a tener dos infartos a la vez y elegir a la persona más joven para trabajar con ella y el otro cuando acabáramos con ese, la cosa era así. En Urgencias ¡Dios mío lo que aprendí! Desde el punto de vista técnico. Era una maravilla porque entraban muchas patologías. Aquello me encanto, porque no era lo mismo, un poli traumatizado, que una persona que le había arrancado un miembro el tren, que un infarto, que una intoxicación; aprendí muchísimo desde el punto de vista técnico, pero ni un registro Nada. Las órdenes eran verbales. Tuve por cierto alguna vez algún problema con algún médico. Recuerdo haber administrado un Nolotil intravenoso a una paciente a una anciana delgadita que estaba ya en las últimas, me mando administrarle un Nolotil intravenoso, yo se lo administre y tuvo una parada cardiorespiratoria y falleció y este Sr me dijo ¡Es que yo no le he dicho a Vd. Que le pusiera..! Gritando. Y nos encontrábamos con esos dilemas al no existir registro. Yo tenía la buena costumbre de guardar todas las ampollas. ¿Vd. que le ha puesto? Pues mire: esto le he puesto porque está aquí la ampolla que acabo de utilizar. Yo ya iba descubriendo que esto de no tener órdenes escritas era un riesgo para el paciente y para ti. Que no estaba nada claro. En Urgencias me pasaba lo mismo, yo era tan emprendedora, quería participar tanto de todo que no entendía a las personas que solamente iban a pasar las siete horas y probablemente les “pinchaba” de manera excesiva: Ves y haces esto que yo voy hacer lo otro. No es que yo mandara, porque yo iba siempre por delante, pero “mandaba” ¿Que paso?, que cuando llevaba allí unos meses, me llamo M, C.F, y subo y me

encuentro que estaba M. y me dicen que están muy descontentas de mí, es decir que el sistema no quería personas que tuvieran ideas, personas que se lanzaran con entusiasmo a trabajar, no querían eso; lo que pasa es que yo no era consciente y me dijo que estaban muy descontentas conmigo y pregunte ¿Qué hecho? Porque tú te pasa el tiempo mandando, hay quejas, tus compañeras se quejan de ti, tú no eres quien. Les dije que no era consciente de que estaba cometiendo este error. “Lo que pasa M. que esto te lo hubiera agradecido que me lo hubieras dicho en privado” “No era necesario que me hubieras traído al despacho de M. C. F.” ¡Recuerda bien lo que aquello significaba! “para que me dijeras esto”. “No te preocupes que yo cambiare de actitud” y M C. me dijo Porque si no, siempre la amenaza, cambias de actitud te cambiaremos de sitio. Entonces yo me dije, aquí hay que cambiar de estrategia, tú trabaja lo que quieras, pero no hagas trabajar a las demás. En el fondo lo que estaba ocurriendo es que parece ser yo hacía trabajar a los demás. Ya subsistía en mí el liderazgo que siempre he tenido y esa necesidad de mejorar que en las demás yo no veía, tome conciencia que siendo únicamente una enfermera asistencial no puedes modificar la realidad, muy poco, tienes que tener un mínimo cargo intermedio para poderla modificar y aquel toque, me ofendió mucho además, porque yo no creía que estuviera haciendo nada mal, pero me lleve una bronca alucinante, me hizo cambiar de actitud, entonces yo dije bueno aquí lo único que debo hacer es preocuparme de atender bien a los pacientes a los que yo atiende y ya está. Me dio mucho conocimiento del hospital estar en urgencias, me sirvió para aprender lo que era aquel medio porque claro todos los equipos pasaban por allí. Me hizo conocer a todos los equipos de cirugía, a los internistas, a los traumatólogos y eso me ha venido luego bien para el resto de mi trayectoria profesional. Un día el Dr. C., el de Alergia, me dijo, porque entonces nos hablaban de Vd. y nosotros a ellos, oiga, yo quiero hablar con Vd. Pues dígame. ¿Vd. Quiere venir a trabajar a Alergia? Porque yo veo cómo trabaja Vd. ¿le gustaría venir a trabajar a Alergia? Y le dije: Pero yo no sé lo que es Alergia. Es una especialidad nueva, muy bonita y Vd. podría venirse a trabajar y no tendría que hacer turnos rodados dije “A mí no me importa hacer turnos rodados” “A mí me gusta” “Pero tendría siempre libres los sábados y los domingos” Bueno eso para mí no era aliciente. Lo que era aliciente, era, que era una especialidad nueva “Y Vd. Podrá intervenir en ella” “Bueno pues bien” “Yo hablare con la dirección y ya le diré algo” Y entonces me llamo otra vez la Directora y me dijo que había una plaza en consultas

externas y creo que estaba C. A. de supervisora me ha dicho el Dr., C. “¿A ti te interesaría?” Pues sí. “Pero no va a ser para Alergia” “Es para montar una unidad nueva, que se va a llamar Hematología” ¿Y eso de que va? “Me gustaría hablar con los médicos que lo van a llevar para ver de qué se trata y para ver si me interesa.” Me dijo que buscara al Dr. C. Me fui, me presente y dije de que se trataba y me dijo que eran las enfermedades de la sangre, cánceres de la sangre, leucemias sobre todo pregunte si podía empezarla desde cero y me dijo que sí. Lo que más me atrajo es que yo podía organizarlo como yo quisiera, yo podía poner las bases organizativas. Dije que sí, claro iba a cobrar un poco menos, no trabajaría los festivos, no tendría turnicidad, pero a mí me daba lo mismo, porque lo que me apetecía era empezar un proyecto nuevo. Y allá que nos vamos. ¡Me dan un cuchitril! Y empieza la Hematología. Y era una consulta. Yo al principio veía a otras compañeras que no hacían nada, pase y salga y anotar en el libro la cita siguiente y yo me quedaba corta como enfermera, yo necesitaba un poco más. El médico me decía “Este paciente que suba a la 5-3ª y que le pongan un miligramo de oralmente también. Me sabia mal que el paciente subiera solo y lo acompañaba. Las enfermeras de allí les venía fatal. ¡Pues que se siente allí! ¡Pues que se espere! Al tercer paciente que subí le dije que si se lo podía poner yo. “Si tú quieres” “Si no te importa” A mí lo que me importaba era subir y que les venía fatal, porque ellas tenían su trabajo. Busque un sillón un poco más cómodo que las sillas y en el mismo lugar donde pasábamos consulta me puse un sillón y subía a la sala y pedía un equipo de gotero, un garrote, etc. Le pinchaba allí la quimioterapia y se la ponía. Eso fue el principio del Hospital de día.

A la pregunta dificultades con el equipo:

He tenido muchas dificultades con el resto del equipo, porque yo destacaba intentando implementar siempre mi trabajo, eso a los demás no les venía bien. A lo largo de los años he llegado a la conclusión de que lo que ocurría era que con mi manera de trabajar ponía de manifiesto que los demás no trabajaban y en un momento dado tuve tantas dificultades que me pregunte a mí misma ¿Qué me pasa a mí? ¿Porque la gente no me acepta? ¿Por qué me está costando a mi tanto? Si yo no creo que sea una mala persona ¿Por qué me miran de esta manera? Notabas que las miradas entre mis propios compañeros ¡Eh! No he tenido nunca tantas dificultades con los otros profesionales pero si entre mis propias compañeras. Las compañeras de C Externas empezaron a llevar mal que yo hiciera técnicas pero seguramente era porque

en comparación a lo que ellas hacían, que no hacían nada. Y me acuerdo que les decía que allí no había contenido de trabajo de enfermería y si no le damos contenido aquí las enfermeras sobraremos. Estoy hablando del año 80 – 81 o así. Esas han sido mis mayores dificultades. Trabajaba con el Dr. C. y con un pequeño equipo que tenía y apareció por allí el Dr. Sanz que se había formado en Francia, había hecho la tesis doctoral allí y traía ideas muy novedosas. Empezó a hablar del trasplante de medula y de otras maneras de trabajar y yo me pegue al Dr. S. me pareció que aquello era muy interesante en mi afán siempre de progresar “el me dio mucha cancha” Yo aprendí método de trabajo de los médicos. Lo primero que planteé es ¿porque no teníamos un registro de los pacientes? Pregunte si no les importaba que yo lo hiciera y me dijeron que para nada. Les dije que me hicieran un listado de todas las patologías y yo intentaría codificar los pacientes con los diagnósticos. Y me hice un pichero chiquitín porque entonces ni existía informática ni ¡Cristo que lo fundo! Y en aquel fichero hacía constar los datos del paciente, el teléfono, el número de historia de seguridad social y el diagnóstico, junto con el código que me había hecho el listado el Dr. S. Y allí empecé a aprender mucha patología y empecé a estudiar, porque empecé a pedir información. Me daban libros, sobre cosas que me interesaban; allí empecé a ver lo que era la clínica de verdad. Cuando hacían una exploración me dejaban tocar un bazo, un hígado, veía como los signos y los síntomas como se correspondían, las petequias. Como veían que yo tenía interés si veían algo extraño me decían, “pasa mira esto” eso junto con la relación personal que yo inicié con los pacientes fue cuando yo de verdad empecé a hacer enfermería. Poco a poco aquello fue creciendo, en vez de un sillón necesitamos dos y dije que era muy poco comfortable para los pacientes deberíamos buscar otro sitio. Entonces la Dra. M. dos camitas en el sótano y yo me iba de la consulta al sótano a poner allí los tratamientos. Sube y baja, baja y sube, la verdad que he trabajado ¡como una burra! Me dejaron hacer pedido de material porque si no tenía que subir cada vez a la planta, tenía que pedir hasta equipos de goteo. Tenía una pequeña vitrina y como cada vez tenía más trabajo le dije al Dr. Sanz que necesitábamos otra enfermera porque habíamos cogido mucho volumen. Y apareció como otra enfermera L.

L estaba a mil años luz de como yo me planteaba el trabajo. Para empezar L. venía todos los días a las 10 de la mañana, pero no uno ni dos “Todos” Cuando ella venía, que pasaba, yo también establecí una toma de muestras, les dije a los médicos

que venían muchos pacientes de los pueblos, que no tenía sentido que el paciente viniera a pincharse un día, otro día a verse y otro a ponerse el tratamiento, porque teniendo un laboratorio propio puerta con puerta ¿no podríamos hacerlo todo en un día? ¡Ay si tú quieres! Entonces a primera hora les pinchaba la analítica a las dos horas ya sabíamos si necesitaba sangre o no, con lo cual los pacientes en un solo viaje aunque estuvieran toda la mañana lo hacían todo pero claro cuando venía L... El volumen de trabajo iba creciendo, creciendo... Nos cambiaron a otro sitio mayor. Cuando venía L. yo ya me había pinchado treinta o cuarenta pacientes yo sola y cuando ella venía yo estaba hasta la pipa. En aquel momento estaba H. de supervisora de Consultas Externas y yo no paraba de decirle que eso no podía ser, que yo me estaba machacando y esa chica era como si no la tuviera y allí empezaron verdaderamente conflictos porque era una persona muy agradable y todo el mundo opinaba que yo era una “madastrona” y ella era encantadora y mis compañeras de alrededor me miraban mal, porque ella se quejaba de lo que yo le hacía sufrir. Fue una época mala para mí, un verdadero conflicto, hasta que hubieron cosas muy gordas; las propuestas de Consultas Externas me las encontré un día debajo del forro de los cajones, analíticas que ella había pinchado estaban mal identificadas o que las había tirado a la papelera sin cursarlas. Yo me debatía entre denunciar eso y el conflicto con los pacientes.

Pregunta ¿era por corporativismo?

Creo que no tenemos corporativismo enfermero. En mi caso no era corporativismo, era porque me sabía mal por ella, como persona. Ella fue degradándose cada vez más, la final contrajo, ya lo sabes, una enfermedad grave. Lo que colmo, es que una mañana baje y ella estaba administrando quimioterapia a dos pacientes jóvenes, teníamos entonces muchos niños que no iban al Infantil, que venían a nosotros y eran un chico joven que era enorme, no cabía en la cama de 1.98 y un niño de 11 años y estaba administrando medicación y cuando yo entre sólo por el volumen de medicación que estaba administrando me di cuenta que se estaba equivocando y le dije: Leonor, para, para, para. Le dije que tenía un aviso importante que decirte, no le dije nada delante del paciente y le hice salir y le dije: ¡Pero, no te das cuenta que le estas administrando lo de este chico al otro y que lo vas a matar! Eso sí que me hizo hablar con el Dr. Sanz y decirle que esa chica era un peligro y que no quería trabajar con ella

He tenido muchos desencuentros de ese tipo sobre todo en una época en Consultas externas. Tuve también con las auxiliares, porque me mandaban gente que no estaba acostumbrada a hacer las cosas bien hechas, *lo que yo decía bien hechas*. Quizás he sido excesivamente perfeccionista y con la edad me he dado cuenta que tenía que ser más moldeable y tenía un nivel de exigencia muy elevado y yo pretendía que los demás tuvieran el mismo nivel de exigencia y eso es imposible.

Respecto de los conocimientos allí yo empecé a focalizar, me di cuenta que los quemados eran muy interesantes pero que yo no iba a tocar quemados; que lo mío era esto y que yo tenía que orientar mi nivel de conocimientos y mi búsqueda mejor. Fue una etapa, lo primero por lo que empiezas a preocuparte es por conocer los diagnósticos y conocer los diagnósticos significa conocer la clínica también; lo segundo los tratamientos porque he sido una persona que nunca he administrado nada sin saber porque lo administraba, eso me ha parecido básico; conocía a muchas enfermeras que lo administraban igual pero eso no lo he hecho; yo quería saber ¡porque yo pongo esto! La segunda etapa sería esto conocer los tratamientos, como actúan y la tercera etapa los efectos secundarios; los efectos secundarios que producen estos tratamientos que son tan devastadores ¿Cómo puedo yo orientar al paciente para que lo controle mejor? Y eso le sirve para disminuir la morbilidad. En ese momento entro paciente y familia. Las etapas han sido así, porque claro cuando yo empecé al paciente a explicarle, mire tendrá diarrea, pero haga esto, beba mucha agua, etc. Introduje también a la familia. Yo siempre he tenido tendencia a contar con la familia como un todo.

Empecé a salir al extranjero. Le pedí al jefe que me mandara a los mejores sitios de Hematología, estuve en Bruselas, estuve en Francia, empecé a ver como trabajaban allí las enfermeras y yo quería transportar eso a nosotros y me di cuenta de la importancia de que la gente y la familia era un todo. A partir de allí focalice mucho mi interés. Recuerdo que empezamos a poner catéteres de larga duración porque los pinchazos a los pacientes eran constantes, constantes. El Dr. C en ese momento de marcho de Hematología; era curioso yo contestaba al teléfono y decía: “soy la enfermera del Dr. C. dígame”. Tenía yo ese sentimiento, después ya me di cuenta, “yo soy la enfermera”. Coincidió en el tiempo que A. B. organizó un congreso sobre el paciente y aquello me pareció magnífico “esto es lo que necesitamos las enfermeras” “Un proceso” “Un método” “Registrarlo Todo”. Vine tan entusiasmada de

aquel congreso, era el año 84, creo. Fui a buscar a R. O., estaban entonces en la segunda plata que era una cirugía. Y le dije “Rosa esto es magnífico, si lo pudieras aplicar”. Porque yo en la Consulta Externa, no veía mucha manera de aplicarlo en la sala sería una revolución. Mi pensamiento ha ido más rápido que lo que la realidad permitía y ella me dijo que si a todo Si, Si Si...pero no cambio absolutamente nada. Yo notaba mucho desnivel entre lo que yo planteaba en la consulta y el tipo de atención que planteaba en la consulta y lo que estaba atendiendo en la sala, eso fue un conflicto. Tuve muchos conflictos porque la gente tendía a pensar que yo me creía que era la mejor de todas. Te juro que no pensaba que era la mejor, pero pensaba que si incluíamos una manera diferente de trabajar sería magnifico, para ellas, pero sobre todo para los pacientes. Se marchó L. y vino A.M. Ella sí que parece que entendió lo que yo le decía y empecé a motivarla para que hiciéramos trabajos y los presentáramos a congresos: “El mundo no se acaba aquí” “Esto es una comunidad internacional” y cuanto más leía más me daba cuenta. A mí me paso, que no encontraba satisfacción en mi realidad y empecé a buscarla fuera para así poder progresar. Fuimos a un congreso en el Año 85 a Holanda en ingles llevamos un poster. El primer poster, sobre los catéteres de larga duración. Era un poster absolutamente médico, pero me daba igual. Tú no sabes para mi aquello que fue. Mira si fue interesante y chulo, llegar allí encontrarme con 800 enfermeras europeas, darme cuenta que todas iban en la misma dirección que yo intentaba buscar y me dije: Esto es lo que yo quiero; aunque en mi hospital no lo quieran el mundo va por ahí. Y yo quiero ir por ahí. Roser Poletti se enteró de que habían unas enfermeras españolas. Me ha ayudado mucho los idiomas, es decir que una enfermera no debe de saber solo sus conocimientos, si no cuanto más cultura personal manejes te va a permitir progresar. Roser Poletti nos dijo si éramos las enfermeras españolas y como yo hablaba francés correctamente y un poco de inglés me pude entender con ella y esta Sra. me dijo que la quería invitar a Inglaterra porque vamos a formar una sociedad de enfermeras europeas: ¿Vd. Estaría interesada? “Yo estaría encantada “Allí ella me invito para que aquello sirviera para poner las bases de crear una sociedad científica de enfermeras españolas que pudiéramos participar con el resto de Europa, inglesas, suizas, etc. Yo por supuesto dije que sí y pregunte cuanto valía eso pero me dijo que no me preocupara que estaba invitada y que los gastos estaban todos cubiertos. ”Yo alucinaba” .Porque para irnos a Holanda, habíamos ido en tren, lo más barato, el hotel

más barato, etc. Y me invitaron a esto ¿Qué paso?, que yo contacte a nivel exterior, fui a esa reunión en el año 85 y de allí surgió la creación de la Sociedad de enfermería oncológica española. Ellos me hicieron contactar con otros hospitales de Madrid, de Barcelona etc. Hicimos una reunión en Granada y se creó esa sociedad. Yo participe muy activamente desde el inicio y esa sociedad me dio la satisfacción profesional que yo no encontraba en mi realidad, en mi hospital. Cambio la dirección vino E., con todas las chicas, E. etc., yo tuve mucha ilusión en aquel momento pensando que podíamos incluir registros, mejorar cosas y me brindé mucho a colaborar pero aquello no cuajo y yo pronto me di cuenta de que no existía un verdadero liderazgo. Después de E., vinieron los chicos, lo de los chicos fue terrible, arrasador. Recuerdo que una vez por un tema de los congresos de los médicos, tuve que cambiar fecha de los enfermos y entonces todos los análisis que ya tenía codificados los tire a la papelera y tuve que hacer nuevos análisis. Alguien llevo esos análisis a la dirección y dijeron que yo trabajaba muy mal y que era capaz de tirar los análisis a la papelera, fíjate, Dices si he tenido conflictos. He tenido muchos. De gente además que no daba la cara, yo no sabía quiénes eran y me llamo uno de los chicos estos y me dijo: Oye tú, no tienes nada que decir, yo no ¿Qué hecho? ¿Qué es esto? Y puso sobre la mesa todos los análisis. Casi me tiro de la silla de risa. ¿Cómo te atreves tú a esta irresponsabilidad? Perdona, que responsabilidad, hemos descitado a los pacientes, lo que he tenido que volver a hacer todas las analíticas y estas analíticas no valen puedes tirarlas. Me iba a empujar por eso. Sobre todo creo que he tenido envidia. No le llamaría a eso corporativismo, vuelvo a insistir que creo que mi manera de ser y de trabajar, el conflicto principal lo ha provocado el que los demás se veían puestos en cuestión por lo que yo pretendía. No creo que las enfermeras seamos corporativistas, no tenemos ni sentido de corporativismo, incluso lo casi peyorativo. El corporativismo no es peyorativo para mí lo que quiero decir es que no teníamos concepto de profesión como un todo Yo y tu somos colegas. Yo a un colega antes de nada voy y le digo “Oye todo esto me lo he encontrado en la papelera. Es un error. Se te ha estropeado” No tengo la mala idea de subir al despacho. Ya he contado cosas que me ocurrieron con L. que no las denuncie hasta que vi que ponía en riesgo la vida de los pacientes. Creo que no llegábamos al corporativismo porque no teníamos ni siquiera sentido de que éramos un grupo de colegas que participábamos de la misma profesión. Hasta que yo he empezado a encontrar colegas ha costado. Los colegas los he encontrado fuera en el

extranjero, en la Sociedad de Enfermería Oncológica. El primer congreso que yo organice en el hospital, sobre fue en el año 86 u 87 y yo estaba emocionada ahí sí que sentía que éramos un grupo de colegas. Emocionada de ver que la sala estaba llena. El salón de actos, habían 300 enfermeras que vinieron de toda España y yo me emocione de pensar que todas luchábamos por lo mismo, por mejorar la atención del paciente con cáncer. Poco a poco conforme iba teniendo conocimientos iba acotándose más que esa era la lucha que había que llevar adelante y mi trayectoria profesional siempre ha sido una búsqueda de la excelencia

Cuando yo llego a ser supervisora es cuando realmente puedo ejecutar cosas. Ese paso lo di porque el Dr. A. me ofreció irme a la Conserjería. Me ofreció montar la unidad de calidad en la Conserjería y yo que estaba desesperada de ser enfermera de base y de no progresar, no progresar profesionalmente, dije que sí que me iba. Eso me llevo a un enfrentamiento durísimo con A. porque ella lo entendió como una traición, yo entendía que tenía que seguir creciendo personal y profesionalmente y me fui a la Conserjería; aguante solo un año allí. Exactamente una año de diciembre a diciembre porque me di cuenta que aquello no tiraba y que a mí lo que me gustaba era la clínica pero me permitió aprender muchísimo del sistema, visite todos los hospitales de la Comunidad Valenciana, todos, hable con enfermeras líderes de cada uno, para intentar implantar el tema de calidad. Aprendí mucho de calidad; claro todo eso me ha servido cuando he sido líder para ponerlo en práctica en las unidades. A la vuelta cuando le dije al Dr. A. que no quería seguir allí, porque aquello era un papel lo llevo a otra mesa y de otra mesa a otra mesa. Me dije ¿Que hago yo aquí? Yo he venido a ejecutar un proyecto, si este proyecto no se va a desarrollar yo me vuelvo. Volví a mi sitio al Hospital de día, pero entonces había cambiado la Dirección, estaba R. R. y cuando tu vienes de la Conserjería vienes con otro...no se ya no eres una enfermera normal. La Dirección de Enfermería me llamo y me dijo que si yo podría desarrollar algún proyecto asistencial y le dije que perfecto me pregunto si podría encargarme de la 5ª 3ª y le dije que encantada. Y me fui de supervisora a la 5ª 3ª. Hubo mucho problema, unos años durísimos, los dos primeros años durísimos. Porque tuve la no aceptación de todo el mundo. La supervisora R. O para siempre mi enemiga absoluta; incluso en ese momento ocurrió algo muy doloroso para mí y es que mi jefe clínico me llamo y me dijo que me iba a pedir como un favor personal que renunciara a ser supervisora y le pregunte porque y me dijo que había venido a verle el marido de la

supervisora, medico también, y ella no quería perder su estatus social y me lo pedía como favor personal. Le dije que se quedara tranquilo porque ya me lo había dicho pero que lo sentía mucho pero que no podía hacerle el favor personal. Pero yo me marche del despacho muy disgustada porque yo creía que un proyecto profesional no lo valoraba, valoraba más el corporativismo. ¿Me explico? La planta fue después algo magnifico, me costó dos años pero estuve allí siete años de supervisora, le di una revolución a todo y creo que entonces empecé a trabajar con colegas aquello sí que eran colegas. Al principio durísimo, me dejaban anónimos, no me hablaban, pero me hice una estrategia, aplique las normas de calidad, hice una estrategia de intervención y creo que me salió muy bien. Y al final conseguí un verdadero equipo. Entre médicos y enfermeras y conseguí que comprendieran que no podemos trabajar sin los médicos. Que no estamos al servicio de los médicos, pero no podemos trabajar sin ellos. Porque para que el paciente de verdad evolucione bien, hemos de trabajar codo con codo. Instituí las sesiones clínicas y además como una obligación; ellas preferían estar curando que estar en la sesión clínica, pero no en la sesión clínica tu comprendes lo que le pasa al paciente. Y estas informada de lo que le pasa, por lo tanto puedes curar a las dos. Pero la sesión clínica no se puede perder. Después vino el Hospital de día, la complejidad fue enorme porque tuve que agrupar a 12 servicios y todos creían que les iba a robar el espacio sobre todo los oncólogos. Yo venía de Hematología y pensaban que iba a robarles su espacio, sus pacientes su todo. Y me costó mucho hacerles entender que no. Hospital de día no tenía jefe de servicio, tenía una enfermera que era yo. Y yo allí instituí los verdaderos cambios, me creí lo que nos decía el gerente que era una oportunidad para el nuevo hospital. Me creí que iban de verdad a cambiar el sistema. Introduje las bases para eso. Se introdujo la informática; se elaboró junto con los informáticos un sistema adecuado al Hospital de día. Fui a la Conserjería y ellos la casuística de actividad la contaban por sillones y solo tenían un indicador número de sillones y número de enfermos, les dije que había enfermos que estaban 12 horas y otros 20 minutos. Y elaboramos 27 indicadores para toda la Conserjería. Formamos un grupo de trabajo, siempre he procurado extender el conocimiento, que la gente que estaba a mi lado creciera profesionalmente, siempre he procurado compartir lo que se con los demás y creo que eso son las características de un buen líder. Reconocer a la gente en lo bueno en público y corregirla en privado en lo malo. Y a mí eso me ha funcionado muy bien. Los dos ejemplos los 6 años en el

H de Día y los 7 en la planta funcionaron de maravilla y dimos muy buen resultado, se redujo gasto, el paciente estaba encantado, nos dejaron elegir hasta el espacio físico, lo diseñamos nosotras con arreglo a nuestras necesidades. La gente entraba allí “es que esto no parece el mismo hospital” porque hasta el mostrador era redondo para que fuera más acogedor. Fue muchísima satisfacción. Tuve muchas dificultades con los farmacéuticos, con el equipo; con los médicos hasta que me los gane, hasta que les hice entender que no iba a administrar nada sin un protocolo porque todo lo decían oralmente. “Vd., dígame el protocolo que yo estoy aquí para darle servicio a lo que necesita”. Pero con metodología. Claro veíamos 3000 pacientes al mes. Dificultad con los farmacéuticos, con los psicólogos porque soy consciente que en los equipos la gente se busca el sitio y quiere ocupar espacios que no son de ellos. Los farmacéuticos pretendían venir al Hospital de día a contarles a los pacientes cuales eran los síntomas de efectos secundarios. “Pero si eso ya lo estamos haciendo las enfermeras”. “Vds. ocúpense de que la quimioterapia me llegue en condiciones y a su hora” Hice la gestión de casos, puse tres enfermeras que dieron un resultado magnifico. Le di al paciente la posibilidad de tener una enfermera de referencia y ella lo único que hacía era coordinar, esa enfermera asistía desde el principio al comité de tumores, para conocer al paciente antes de recibirlo. Iba a la sala se presentaba y cuando el paciente llegaba al Hospital de día ya tenía una referencia. Conseguí que el equipo admitiera que las mas expertas eran las gestoras y nadie les tenia envidia cada una tenía una función. Cuando las enfermeras tenían algún problema yo les decía que se ocuparan del paciente que eso era mi función, yo lo resolveré. Decían que nunca habían visto una supervisora actuar así, pero yo entiendo que ser supervisora es eso y que ellas se han de ocupar del paciente y yo les tengo que poner sus medios. Las mejores bombas, etc. Insistí mucho en la formación. Necesitábamos una psicóloga que nos explicara cómo abordar situaciones de conflicto y contrate una con dinero de los laboratorios, necesitamos una psicóloga que nos dé un taller sobre la muerte, toda la planta sábados y domingos. La formación es fundamental para que la gente avance y sienta que forma parte de una profesión

Pregunta: ¿se puede ser enfermera a los 50 y 60 años en la asistencia?

A los 50 si hasta los 55 años estas en plena productividad de madurez de experiencia; Yo tuve mi crack personal a los 53 años creo que coincidió con una menopausia mala y con mucha sobrecarga. Me he puesto mucha sobrecarga quizás

ahora con lo que se y con las experiencias no haría las cosas que hice de ponerme tanta carga y de intentar alcanzar tanta excelencia a costa de mi vida personal, pero eso te lo da la experiencia y la vida, pero a los 60 para determinados puestos ya no estas para desarrollar esa actividad tan comprometida. Es una vida muy dura y muy comprometida, si te la tomas en serio Hay que tener en cuenta que he trabajado con pacientes con una mortalidad elevadísima, el 50% se mueren. Gente joven y eso es muy desgastante. Yo tengo una huella de sufrimiento que todavía la tengo, me cuesta mucho entrar en el hospital porque tengo un sufrimiento interno grandísimo que creo que me ha dejado el compromiso que he establecido con los pacientes y no sé si eso es evitable. Porque si te comprometes te estas dejando mucha parte de sufrimiento emocional. Yo he sufrido una depresión mayor empecé con ansiedad, pero si la dejas entras en depresión e hice un crack por sobrecarga creo que tuve un burn out clarísimamente. Y que podía haberlo reclamado como una enfermedad profesional. Pero hoy en día todavía no lo vive nadie así.

La sobrecarga de trabajo era debida a que los demás te demandaban mucho y tú intentabas responder a ese nivel y eran muchas las dificultades y muchas presiones, de la Dirección, de la farmacia, ver que no llegabas y al final eres humana y revientas. Si yo he pagado con un burn out .Me presente a la plaza de docencia la saque a la segunda y pude entrar allí en la escuela; eso me salvo porque yo no estaba para atender pacientes. Yo me vacié emocionalmente Mi experiencia de la docencia, cuando las oía quejarse me preguntaba. ¿Tú qué opinas? Y yo les decía: es que yo vengo de la mina que voy a opinar, si no sabéis lo que es trabajar; bueno eso no se lo decía. Yo fui a la escuela con otra actitud, una actitud de cuidarme a mí misma porque si no iba a sobrevivir y en la escuela no me comprometí más que lo justo. También me encontré con que allí no había un liderazgo adecuado. La persona que llevaba aquello no ejercía el liderazgo, nunca reconocía a su personal, era más bien devastadora; una persona con unos altibajos brutales y me dije Yo estoy aquí para sobrevivir. Me centre en las clases, lo hice lo mejor que pude, les trasmití a los alumnos, lo que yo entiendo lo que es ser enfermera, les advertí que se cuidaran mucho a sí mismos. Fueron seis años que me sirvieron de tránsito para abandonar la profesión; porque no fue un corte de: ahora estoy trabajando a lo bestia y mañana paro. Me sirvió como un tránsito y cuando la deje estaba mentalmente preparada para dejar la profesión

En el extranjero a las enfermeras españolas se nos considera muy bien, se considera que tenemos muy buena formación técnica y es cierto y buena formación profesional. Estamos muy bien consideradas. En nuestro país yo creo que sí que ha cambiado, pero hubo un momento que había que dar un paso de cambio que no fuimos capaces de dar. Y en el momento actual creo que no se va a dar, tengo una visión negativa al respecto, Entiendo que las enfermeras se han acomodado a no asumir responsabilidades más allá de lo que les corresponde. Están mal pagadas, mal consideradas, mal identificadas por la sociedad. Habría que analizar las causas y creo que en gran parte es por culpa de los gestores que nos les dan instrumentos y no las reconocen. Son una fuerza de trabajo que sirve para todo y ahí los gestores, sobre todo los que han sido gestores enfermeros han dado poco la talla. A lo largo de mi trayectoria de 40 años yo solo he encontrado una gestora que daba la talla, que era R.F. el resto no han sabido y se toman las decisiones. Hay que tener voz y voto para dar esa talla y luego trasladarlo a la gran masa profesional. Creo que ese momento ha pasado y por lo que me cuentan mis compañeras de cómo se está trabajando, se ha perdido la orientación humanista, no parece que vaya a salir adelante ¿Cómo nos reconoce la sociedad? Me preguntas Yo creo que solo te reconoce cuando tú le presentas el tipo de servicio que puedes dar. Si tú no se lo presentas, ellos no lo identifican como que se los puedes dar. Los pacientes cuando los ingresaban en una planta diferente venían y me decían “ es que allí estamos muy mal” “ es que allí no saben” “es que allí no me explican” “es que allí no me atienden”. Entonces eran capaces de distinguir entre un tipo de servicio y otro pero si no se lo presentas, si solo han estado en una sala convencional, donde la enfermera entra, le pone la medicación y se sale no saben que es lo que les puedes dar. No hemos sido capaces de explicitarlo como profesionales y entonces los pacientes no lo reclaman.

El holismo en la filosofía enfermera ha servido para todos los pacientes que han podido aprovecharse de ella, pero a nivel social creo que en este momento es una debacle pero porque el sistema está en una debacle y la gente está hundida. Yo con todas las que hablo, están hartas, quemadas, se quieren ir. Hace años estuve en un curso que las organizaciones tienen que tener proyectos a largo plazo que si nos los tiene para alimentar la organización se va hundiendo y a nosotros nos ha pasado esto. Creo que nuestras organizaciones, no ha tenido gestores adecuados. Ha tenido gente mediocre que no ha sido capaz de transmitir esos proyectos. El cambio de hospital

debería haberse aprovechado para hacer verdaderos cambios en la sistemática de trabajo y han cometido los mismos errores. Porque no se han buscado los líderes con respecto a lo valiosos que eran como personas si no a la política. Hemos tenido gente en la gestión que eran un petardo. Yo necesito reconocer a la autoridad y creo que no he reconocido más que a una o dos personas al resto tendrán la autoridad formal pero no la moral y eso nos ha hundido y como profesionales no hemos sabido dar ese salto. Hay mitos en la sociedad sobre la enfermera porque no saben bien lo que las enfermeras pueden ofertar y tienen el mito de que están ahí para pincharles, para tomarles la tensión. Otra cosa muy gorda es que la Primaria ha fracasado y la Primaria hubiera servido para cambiar la imagen social. El retraerse en la Consulta lo ha propiciado.

No me siento fracasada ni me siento arrepentida de haber sido enfermera, volvería a hacer lo mismo quizás ahora no tan intensamente pero me ha gustado mucho mi profesión.

2ª entrevista 19/2/15

¿Mi opinión sobre los enfermeros? Curiosamente yo he tenido la oportunidad de trabajar con un grupo importante de hombres, lo que no es habitual, ¡eh! Sobre todo ellos su puestos de trabajo, ellos pueden estar más relacionados, al menos es mi época con la tecnología, estaban más en Rayos, en Laboratorio, cosas así, sin embargo en mi unidad, en la unidades encontrabas pocos hombres, en mi unidad en Hematología había la mitad de la plantilla lo cual es bastante sorprendente, si éramos 16, 8 eran hombres te digo que eso es bueno a la hora de poder gestionar, los hombres son bastante menos complicados por no decir que se mueven más con dos ideas, ellos no se complican tanto y a la hora de gestionar para mí desde el punto de vista de la supervisión era mejor porque no veían segundas intenciones en las cosas, los mensajes eran más directos; cuando uno te decía una cosa te la decía más de frente; veías por dónde venían, en ese aspecto no tienen tantas estrategias de comportamiento; desde ese punto de vista para mí fue interesante; algunos problemas que eso tenía, pues tenía por ejemplo que todos ellos eran padres de familia, es decir la mujer aportaba un segundo sueldo a su casa y ellos en muchas ocasiones solo su sueldo, porque sus mujeres no trabajaban esto hacia que estuvieran pluriempleados, casi todos ellos, diría que todos, menos uno o dos estaba pluriempleados, es decir

trabajaban en una Mutua etc., porque con su sueldo no era suficiente para mantener a su familia si tenían como la mayoría de ellos un par de hijos, entonces eso hacía también que aquello no fuera su interés principal; pero por otro lado cuando te encuentras un buen enfermero que ha adquirido el rol profesional completo son magníficos, me refiero a la parte del apoyo humano y emocional y cuando no cuando es gente que no quiere profundizar sobre ello lo que le gusta es la técnica; entonces son muy expertos en aspectos de catéteres y lo que procuraba hacer era aprovechar en el equipo las cualidades que cada uno tenía; si había uno que sabía muchísimo de catéteres a ese le encargaba los catéteres. Mi relación con los hombres ha sido buena en general y yo no he tenido mayor dificultad.

Respecto si yo aconsejaría a alguien ser enfermero pues sí, lo que pasa es que es una profesión muy dura y creo que hemos perdido el tren de lo que creo que yo entendía lo que podía llegar a ser nuestra profesión entonces; actualmente el que sea enfermero pues tiene que ser consciente a lo que va, se va a enfrentar con un trabajo que para mí no es ser enfermero. El otro día estuve hablando con las compañeras de la 5ª 3ª porque tuve oportunidad de cenar con ellas y me dijeron que ya no pueden hacer enfermería en el sentido completo de atender al ser humano global que se ha burocratizado ¡tanto! Ellas se quejaban de los ordenadores, cuando yo entiendo que la técnica tiene que estar al servicio de que haya más posibilidades de tener espacios para el contacto humano; quizás es porque estoy muy mediatizada con la Hematología, porque no creía que no es posible si no puedes tratar a las personas como un todo. En muchos casos no son procesos cortos, son pacientes con tratamientos para casi toda su vida y más en esa especialidad que era recidiva y recidiva y recidiva. Y eso no requiere intervenciones de dos días, 48 horas de intervención, te vas a tu casa y ese episodio es un paréntesis en tu vida; es un proceso al que te vas a enfrentar a largo plazo y a veces para siempre e incluso a fallecer de él. Eso sí que requiere un perfil de atención mucho más, que va más allá de las partes y eso es muy duro; y da pocas... en este momento la dificultad es muy grande el sistema no está ayudando nada

2ª sujeto

J 58 años. 38 años enfermero. Estudio ATS en la escuela del H Clínico de Valencia donde solo eran hombres. Ha trabajado como enfermero 20 años. Actualmente en Atención Primaria.

Me llamo Juan soy enfermero y mi vida durante los 38 años que soy enfermero. En un principio esta carrera la elegí porque siempre me gusto, me gusto ser lo de practicante y me gusto ser practicante de pueblo, eso es lo que más me llamaba la atención y tuve ocasión me entere que habían acceso para hacer ATS que se llamaba entonces y me presente porque en ese momento yo también estaba trabajando de celador en un Centro de Salud y bueno empecé a estudiar y la verdad la formación que recibí, va a sorprender a mucha gente, pero la formación que recibí me gustó mucho porque dábamos las materias que íbamos a tocar, dábamos Medicina Interna, Anatomía, biología, yo no sé si empezara a estudiar enfermería ahora sería capaz de acabar la carrera, ahora es muy diferente. Desde mi punto de vista es mucho más complicado. Durante los tres años de prácticas, yo tuve tres años de prácticas muy duras, me enseñaron todas las técnicas que había. Todas las que aprendí como estudiante, las emplee siendo profesional. A lo largo de la vida he aprendido otras técnicas, pero las básicas son las que aprendí siendo estudiante de enfermería. Cuando acabe la carrera tuve la ocasión de irme a algunos pueblos, al final conseguí plaza por el centro de España, en una ciudad, fui allí a trabajar en un hospital, me preguntaron donde había trabajado, indique los servicios y me dijeron “Perfecto, a Radiología” que yo no sabía ni que existiera eso. Trabajando en Radiología tuve la ocasión de trabajar de APD en un pueblo y conseguí esa plaza y fue donde más disfrute y donde más me enseñe. Con el tiempo volví Valencia y trabaje en una planta que era cirugía y otra especialidad que era oncología, pero era una oncología un poco rara porque trataba las anemias, las leucemias, bueno viví la época en que surgió la especialidad y en ese momento se dividió la sala y teníamos que elegir entre cirugía y elegí lo que no conocía. Porque la cirugía la conocía ya que aprendí a coser y curar heridas por los pueblos. Al principio empecé a conocer una patología que ni toque cuando era estudiante y así fuimos aprendiendo.

La relación con la familia, pues si, desde mi punto de vista el enfermero lo tiene crudo porque los turnos son de 24 horas si caes en una sala o servicio de turnos de 24

horas son difíciles de compaginar pero bueno al final se compagina como se puede, pero es difícil. Yo con los hijos que he tenido siempre he intentado que alguno de ellos estudiara enfermería, pero cada vez que les hablaba o decía se les plantaban los pelos y si hubiesen querido estudiar esta profesión yo les podría haber enseñado y ayudado, pero bueno ellos verán.

La relación con los otros profesionales o los otros compañeros o los otros estamentos, ha habido de todo. Con los compañeros las formas de repartir los trabajos, las formas de trabajar. Con los médicos pues también ha habido de todo pero yo particularmente he tenido la suerte de caer en un servicio que fue el de Hematología donde la verdad nunca hemos tenido problemas y siempre se ha intentado ayudar, ayudarnos que en definitiva era ayudar al paciente como meta final. Con los otros profesionales que he tenido una relación escabrosa, de hacernos partes mutuamente y sorprenderse la otra parte cuando tú podías hacer un parte porque ellos se consideraban más que tú, no ha sido con los médicos, con ellos la relación ha sido buena; ellos tienen su trabajo y yo tenía el mío y cada uno sabía dónde estaba. Ha habido dos profesionales que siempre han puesto muchos problemas y hay uno de ellos que parece mentira que sea ese profesional que son concretamente los psicólogos. Los psicólogos que hemos tenido para intentar ayudar a los pacientes, no sé porque este estamento en el hospital que se necesitan para tantas cosas, que cuando hemos querido plantear un plan de trabajo, una forma de hacer, teníamos los psicólogos que nos decían la forma en que teníamos que trabajar los enfermeros y yo alucinaba y yo decía ¿pero cómo tú me vas a decir a mí? ¿Yo te digo a ti como tienes que trabajar como psicólogo? ¿Cómo te metes en unas cosas? Si te has puesto aquí porque necesitas ganarte la vida te tienes que dejar guiar por lo que te decimos nosotros. Nosotros las cosas que hacemos o decimos las hacemos porque tienen un sentido no porque tú nos digas como se tiene que decir o hacer que era lo terrible. Ha sido una relación, mala, impuesta y que naturalmente puenteábamos siempre que podíamos. Otra relación con otros profesionales que concretamente yo no he entendido y me he llevado fatal ha sido con los farmacéuticos. Los farmacéuticos en un principio cuando se elaboraban los tratamientos teníamos que decirles a ellos como se hacían y luego eran ellos los que nos decían a nosotros como había que administrarlos cosa que hacíamos en determinadas causas que cuando los productos que llaman ellos a los citostaticos, no les llaman citostaticos, sino que les llaman

productos imponían que se administraran a un ritmo si ellos marcar ese ritmo no hay nada que decir, pero entre producto y producto o bien productos de limpieza que obviamente eran de limpieza y no debían de llevar el mismo ritmo y eso nunca ha habido forma nunca lo han entendido, nunca lo han entendido. También , hace unos cuantos años, cuando teníamos las bombas, que nosotros manejábamos poníamos el ritmo que recomendaba farmacia el producto, pero a veces el paciente no lo toleraba y cuando no lo toleraba teníamos que rebajar el ritmo, porque no ha habido nunca forma que estos profesionales, que se dedican a esta parcela, nunca han entendido que el paciente no puede llevar o no lleva en ocasiones vía central y ese ritmo de una vía no central requiere otro ritmo más lento por supuesto y ha sido una lucha eterna. En estos momentos en los que cada tratamiento tiene un nombre cuando a la maquina le pones el nombre ya te programa todo el tratamiento y las enfermeras han aprendido a que cuando ponen un gotero de limpieza desenchufan de la pared y vuelven a enchufar y no programan y pasan la limpieza y cuando ponen el siguiente producto vuelve a poner el nombre del tratamiento completo, con lo cual se vuelve a poner el ritmo. Eran unos profesionales que siempre nos han ignorado para todo, tu comentabas una cosa, un efecto secundario, que tenías chupao, que te lo sabias de memoria y como si oyeran llover, habían que, tenía que ser el otro profesional, el médico, el que se tenía que poner en contacto con ellos, nosotros no éramos validos ha sido siempre una sensación muy desagradable, la relación siempre ha sido muy mala. Además era una convivencia estrecha porque pues ellos elaboraban los productos y nosotros los administrábamos y cuando nosotros les comentábamos alguna cosa, ellos ni caso, tenía que ser darle la vuelta por el otro profesional, que quizás en ese momento no estaba, atendiendo a otro paciente o lo que fuera, con esas dos personas, con esos dos profesionales, he tenido yo grandes tropiezos. Luego también al trabajar por el centro de España también he tenido algún encontronazo pero gordo, ir a Dirección y partes y todo eso. Había un médico que me dijo que Yo le tenía que hablar de Vd. Y yo digo pues bien, nos hablaremos de Vd. Pero él me dijo, No, No, tu a mi si, le dije de eso nada, ¿Qué tú de dónde eres? ¿Qué vienes de la Alcarria o algo? Y ese comentario le ofendió y el me hizo un parte y yo le hice otro. Y a partir de ese momento ya no nos dirigimos la palabra, porque efectivamente yo me entere que el Director del Hospital le dijo que de donde había salido semejante persona pero fue algo aislado.

La enfermería a través de estos casi cuarenta años que llevo casi de profesión yo sí que he visto que ha evolucionado. En una ciudad el profesional enfermero no esta tan apreciado o valorado como en los pueblos yo por ejemplo en estos momentos he vuelto a las andadas y después de trabajar de enfermero y durante dos años de supervisor y luego volver a enfermero he vuelto un poco al principio ya que me he apuntado a hacer guardias a pesar de la edad. Las guardias las hago por los pueblos, las hago en una ambulancia, que es duro. El primer día que subí en una ambulancia en la primera curva el paciente se me cayó al suelo, ya no ha vuelto a pasar más y he llevado cientos pero he vuelto un poco al principio desde mi punto de vista de la enfermería, que era un profesional en técnicas. Ahora tiene más horizontes, la enfermería, como son los planes de cuidados y las elaboraciones de los planes de cuidados que son muy importantes y que son cosa nuestra. Entonces he vuelto un poco a los orígenes, salvajes de coser aquí y coger una vía allá y ahora que compagino el trabajo de un Centro de Salud con la enfermería pura y dura en la calle y la verdad es que me gusta y como me gusta, pues ahí estoy, hasta que el cuerpo aguante. Con eso vuelvo a insistir que la enfermería en la ciudad no esta tan valorada como en los pueblos. En los pueblos vas muchas veces más se dirigen a ti porque los has curado, les has puesto un vendaje, les has cosido o les has hecho un taponamiento o lo que sea que se dirigen a ti más que al médico porque lo ven un poco más distante o para otras cosas. La enfermería en la ciudad, aunque hay centros de salud que hacen cosas maravillosas como, tenemos aquí uno muy cerca, el antiguo Pintor Storlz, que se llama ahora Nou Moles, que hacen reuniones semanales de diabetes y no es enseñarse a pinchar y una de las cosas que hacen, yo he asistido a algún curso de los que hacen, no es un curso es un mantenimiento durante todo el año o en algunos meses de invierno que es enseñarles un poco a los pacientes o despejarles dudas a los pacientes de como comer; igual que hay enfermeros en otros sitios que hacen determinados planes de cuidados para otras patologías como la hipertensión o la obesidad y hay verdaderos compañeros que hacen verdaderas maravillas con los pacientes que les hacen caso; está un poquito desmitificada en la ciudad pasa un poco más desapercibida a mi parecer en la ciudad que en los pueblos, en los pueblos es otra cosa. Y bueno todavía existe en algunos pueblos que hay APD que eso ya es el no va más. Creo que desgraciadamente no somos corporativistas, es envidiable el corporativismo entre otras profesiones que aunque a lo mejor se pegan

entre ellos a la hora de...Un grupo pega a otro grupo pero a la hora de la verdad siempre hay piña, nosotros la verdad es que no hay, tendría que existir un poco más de corporativismo; el corporativismo también entre nosotros y el estamento con el que más nos relacionamos que son los médicos yo no he tenido nunca sensación de corporativismo, ellos van a lo suyo y nosotros a lo nuestro.

Cuando empecé a trabajar el conseguir trabajo me dio plan y un futuro, pero el único futuro que me parece que esta truncado es que tenía que haber pues... Me hubiera gustado estudiar más dentro de mi profesión. Por ejemplo me hubiera gustado hacer el doctorado o haber llegado a más dentro de mi profesión. A lo largo de la vida echo de menos el no haber tenido un poco más de tiempo o más de esfuerzo quizás para hacer lo que han hecho otros compañeros que han hecho grado y luchan por el doctorado dentro de la profesión

Se puede seguir siendo enfermero a los 60 años. Yo la verdad cuando vienen algunos estudiantes aquí, como también he pasado una fase en la que he sido monitor de estudiantes, bueno me especialice dentro de mis posibilidades en las distintas formas de pinchar. A mi edad sigo enseñando y sigo corrigiendo. Ahora con los alumnos de último curso simplemente una de las cosas que me gusta enseñarles es lo que dicen los libros de texto sobre las extracciones que hay que tener en cuenta lo que es la mano dominante, que si no por ejemplo a la hora de extraer sangre hace las maniobras de palpación , de fijación, de extracción son importantes, la técnica hay que conocerla y si una vez conocida no te gusta puedes desarrollar la tuya propia, como aquí hay muchos compañeros que llevan muchos más años de profesión y sacan sangre de una forma que en los libros de técnicas se llaman juegos malabares, no se puede decir nada , pero yo sigo enseñando técnicas de punción, porque tanto intramuscular, como subcutánea, como reservorio tiene su técnica y yo mientras haya estudiantes no me importa. Y si hay algún compañero que quiere saber cómo se pincha un reservorio no tengo inconveniente. Sí, sí que puede hacerse; Aquellos compañeros que les guste un poco la docencia deberían tenerse en cuenta. Lo que creo es que los profesionales de la asistencia también deberían estar en la enseñanza, tengo compañeros de mi misma promoción que son profesores de distintas Escuelas y yo me asombro a mí mismo porque como son compañeros de carrera y yo sé que no han trabajado en su vida en un hospital y me sorprende a mi mismo preguntándome ¿cómo podéis enseñar? Algo que no habéis *mamao*, pero bueno... A lo mejor

enseñan... no sé lo que enseñaran la verdad, porque si eso es lo que muchas veces me ha extrañado de distintos compañeros que nunca han pasado por un hospital y dan clase. Son profesores de distintas asignaturas

La opinión de la Enfermería de la gente depende de cómo le haya ido. Aquellas personas que acuden a la enfermera porque son derivadas por el médico y tiene problemas de hipertensión o azúcar y tal y tropiezan con un profesional que les enseñan a lo que deben y a lo que no deben de hacer, les enseña a llevar su enfermedad pues entonces tiene un buen concepto pero si no, bueno, la verdad es que pasamos un poquito por lo menos en las capitales pasamos un poco de puntillas

No creo que exista discriminación por género entre los enfermeros Yo he sufrido discriminación; he sufrido mucha discriminación pero ha sido discriminación política, por sexo no. Yo he sufrido mucha discriminación y la verdad es que tengo todavía aun un duelo mal llevado de la última discriminación política. En mi último cargo me dijeron que tenían que poner a una persona de un determinado cargo político y eso no lo he sabido... Es un duelo que tendré que buscar un compañero que me sepa llevar ese duelo mal llevado, ha sido muy duro. No lo he superado claro. He sufrido discriminación durante muchos años de distintas formas, pero en el fondo siempre era el político. Hasta que sufrí el político directamente en mis carnes, pero a nivel de sexo nunca he sufrido discriminación ni por parte de un sexo ni por otro.

Yo creo que las enfermeras mujeres yo creo que no me han utilizado y si me hubieran utilizado creo que me hubieran utilizado lo mismo si fuese hombre como mujer, yo creo que no. Desde mi punto de vista pienso que no he tenido problemas

A lo largo de mi vida profesional no he tenido que formarme de una manera teórica. Como ya comente al empezar en una especialidad tan nueva como era esa empecé un poco a formarme un poco de oídas, pero bueno empecé a formarme buscando material sobre el tema y luego también he hecho cursos siempre dentro de la especialidad en la que yo estaba y luego también cuando estuve unos años de supervisor y llevaba otras especialidades pues tuve que apuntarme a cursillos de esas especialidades por ejemplo de Neurología, no tenía ni idea y tuve que hacer un par de cursillos por lo menos para conocer un poco el tema, por lo menos lo más complicado y las alergias también, pero bueno que no ha sido de forma autónoma, ha tenido que hacer curso porque me han ofrecido cursos.

He sufrido violencia con los usuarios, la he sufrido, pero era gente que no entendía las normas o... sobre todo que no entendía las normas y entonces querían un poco ser ellos..." *Como yo te pago la Seguridad Social tú haces lo que yo diga*" Si que he sufrido en alguna ocasión por parte de los usuarios agresiones de ese tipo claro. Pero bueno ha sido gente... Normalmente ha sido gente sin formación y sin motivos. Ellos tenían sus motivos pero los cauces no eran esos. A mí me da la sensación que la actitud de los pacientes hacia los enfermeros y enfermeras ha cambiado a lo largo del tiempo. El cambio ha sido más... Se ha pedido un poco más digamos el respeto, por lo menos yo lo veo aquí en la ciudad a nivel de exigencia y tal. La última vez me paso con un paciente que tenía, que además era mío y cuando le realice la cura me dijo que en 48 horas vendría a curarse y me dijo "que aquí pone eso porque el medico ha puesto eso" Y yo le dije que el medico lo puso aquí hace 15 días y yo tengo suficiente criterio para saber si la cosa va bien o va mal y como yo lo veo hoy decido esto entonces, aquel no está conforme y llamo al médico y el médico le dijo "Mire hace dos semanas, yo marque unas pautas y si han cambiado lo tiene que decir el ultimo que lo ve. Muchas veces sí que se exigen cosas como acabo de decir sin saber pero luego al final ellos se dan cuenta llegara un momento que la herida se cura.. Y que pasa que habrá que curarla todos los días... Si la gente... Sí que hay personas que salen de tono pero yo creo que como en todo. El autobusero supongo que también, si le preguntas si hace 30 años la gente era igual a lo mejor dirá que eran más respetuosos y ahora (risas)

No te sabría decir si ahora tenemos menos prestigio que hace unos años es que el prestigio social, no te sabría decir... Yo creo que sí que hemos perdido prestigio social, antes éramos don y doña y ahora somos uno moreno que tiene el pelo rizado. Hemos perdido prestigio quizás, hemos perdido un poco de prestigio social. Yo siempre lo he dicho pero es echarnos piedras sobre nuestra profesión pero me parece que hay demasiadas Escuelas dentro de la ciudad de Valencia. Hay demasiadas Escuelas de Enfermería, por eso cuando un producto es tan abundante. Tan abundante y falta de trabajo. Si hemos perdido prestigio social. No creo que hayamos perdido prestigio social por nuestras actuaciones. En los centros de salud como antes he comentado, la gente que tiene problemas y la gente que le interesa y va resulta que el enfermero le sirve de mucha ayuda pero así en plan " a ti que te parecen los enfermeros" depende de la persona que les pregunte si esa persona ha necesitado de

la enfermería te dirá que tienen relevancia. Últimamente hemos visto en la televisiones por diversas enfermedades que salen muchas enfermeras y muchos profesionales de la enfermería en sitios como intensivos, reanimación y todas esas cosas y son importantes claro, pero yo creo que quien tiene más opinión es al que le toca o le ha tocado a alguien que ha sufrido un trasplante, alguien que ha tenido que estar mucho tiempo ingresado, esa persona si le preguntas le da mucha importancia; el enfermero al fin y al cabo es el que ha estado siempre al pie de cama en un trasplante o en una enfermedad larga y alguien que a lo mejor ha tenido la suerte de no pillar, pues a lo mejor dice pues no son tan importantes como pues el mismo prestigio social que el ingeniero de caminos

La enfermería me ha dado estabilidad económica de manera muy justa por eso en estos momentos estoy haciendo pluriempleo porque tengo hijos estudiando y me viene muy justo; pero bueno en un principio sí que fue... Me dio futuro para poder embarcarme en alguna empresa como poderte comprar una casa o casarte quizás, pero ha sido muy justa.

He tenido influencias familiares, tíos abuelos por los dos lados eran practicantes. Me gustaba mucho eso de hervir la jeringa y esas cosas, cuando era pequeño vamos. Es una cosa que siempre me ha gustado

El no alcanzar las metas personales han sido la consecuencia de la perdida de jerarquía y además me hubiera gustado pertenecer hace unos años al cuadro de profesores de una Escuela de Enfermería al que habría de pelear tanto que me eche siempre hacia atrás, porque aparte de ser buen profesional, aparte de tener un currículo había que tener algo más por lo menos esa es la sensación que he tenido. A mí me hubiera gustado ser, me hubiera gustado acabar siendo profesor de la Escuela de Medicina Interna por ejemplo

Volvería a estudiar enfermería aunque yo creo que no se si podía, con el NIC y el NOC ¡hasta que lo pude entender! y el NANDA ¡caray que complicado! ¡Y las asignaturas que hay! ¡Madre mía! Las asignaturas que hay me parecen un mundo, yo no sé si todas esas asignaturas... desde luego son formación pero... Las conoces y dices, yo no sé si hubiera podido acabar, pero si el hecho... Sí que volvería a estudiar Enfermería y vamos si un hijo mío me dijera “papa, quiero estudiar enfermería” sería la mayor alegría que podría tener.

3º sujeto

R 64 años. Estudio enfermería en la Escuela de la Cruz Roja. 40 años de profesión. Finalizo en el año 1963. Hace 10 meses que se jubiló.

En realidad no sé porque estudie enfermería, porque yo el bachiller lo lleva bastante mal los estudios y llego un momento que deje de estudiar. Yo vivía en Gandía; en Gandía durante ese año que no estudie ayude a mi padre y vi que la única posibilidad que tenia de trabajar si me quedaba en Gandía era ser o dependienta o secretaria y no me gustaba; entonces no se ni como se me ocurrió lo de enfermera. Tuve que lucharlo bastante, porque mis padres no querían que fuera enfermera porque decían que no servía, porque era muy aprensiva y luego muy sensible, todo me daba lastima y me decían “como vas a ser enfermera...” Yo creo que también influía el hecho de que tenía que salir de casa y mis padres no les gustaba, pero al mismo momento mi madre me daba la alternativa “porque no eres maestra, o eres farmacéutica” y yo me puse en la cabeza enfermera que no se ni porque y lo luche mucho. De hecho nos escapamos mi hermano mayor y yo a Valencia que fue la primera vez que yo vine a Valencia para ver las matriculas que habían abiertas. La única matricula que en ese momento había abierta era dama auxiliar voluntaria de la Cruz Roja, mis hermanos se pusieron de mi lado, convencieron a mis padres, “*púes que haga eso*”, “*no le va a gustar y en un año la tenemos de vuelta a casa y se acabó*” me vine a Valencia y realmente lo pase fatal, a los tres meses me planteé si seguía estudiando o no, porque me impacto mucho lo de enfermera, más que nada por el hecho de que yo salía de mi casa, era la pequeña, mujer. Yo en realidad no conocía la vida y eso para mí fue muy fuerte ya que el hospital era la vida: la realidad, dolor, tristeza; aquello me impacto muchísimo. Lo somatice y empecé a tener muchísimas diarreas y a los tres meses me planteé: o cambio, o me tomo la vida de otra manera; esto yo lo enfoco de otra manera o me tengo que volver a casa, porque pensaba que no resistiría. Como realmente me gustaba mucho me trabaje y seguí la enfermería. Todas las malas notas que había sacado durante todo el bachiller, fue bien, hice amigos y me integre bien en lo que es la enfermería, las clases, bien. Y empecé, primero cuando estuve rotando en la carrera estuve en diferentes hospitales y una cosa que me resulto curiosa es que para mí cada hospital era diferente, las enfermeras eran diferentes; dependía del hospital, eran, no sé cómo explicarlo: en uno eran como más naturales, en otro eran como más “señoritas” no sé yo notaba la diferencia entre

un hospital y otro. Al final me puse a trabajar en lo que era Sanjurjo, entonces y luego me dieron la plaza a los dos años en la Fe, que yo no quería ir a la Fe. Llegue a la Fe y estuve en una sala que era Medicina Interna, Oncología y Hematología. Muy fuerte; yo tenía compañeras que decían ¿Dónde está Roseta? Y siempre había una que decía, una que era de Albacete, muy valiente ella: Pues donde va estar, llorando en los rincones. Porque me afectaba mucho todo, pero así y todo me gustaba mucho y allí me enseñaron mucho mis compañeros, me enseñaron a superar muchas cosas, a afrontar, a saber estar y a cuidar eso para mí fue importante, estuve 17 años y una cosa que luego fui valorando y que también lo conocí allí, era el equipo de trabajo, importantísimo, para mí muy importante. En ese equipo de trabajo habían también compañeros y yo allí me sentí muy a gusto con ellos, éramos totalmente un equipo; estábamos a gusto; yo lo pase mal porque en esos 17 años me di cuenta de mis deficiencias de formación. Tuve que espabilarme y aprender y prepararme. Estudie en la Cruz Roja, cuando empecé a estudiar cosas y a prepararme me di cuenta de que si yo lo hubiera aprendido antes yo no hubiera sufrido tanto; sobre todo la enfermedad, la muerte; todo eso a mí me impactaba muchísimo, el dolor , las despedidas, eso era para mí terrible siempre. Era una sala donde moría muchísima gente y eso para mí fue muy duro; pero me di cuenta luego cuando empecé a estudiar cosas, que me faltaba muchísima formación, para poder afrontar realmente lo que yo pensaba que era la enfermería y pensábamos todos los compañeros en ese momento y allí estuve muchos años y deje de estar porque llego un momento que me sentí fuera del equipo, porque yo notaba un poco que yo quería avanzar y mis compañeros se habían situado donde estaban y entonces ellos me decían “Pues cambia” y yo les decía “yo no puedo cambiar, es lo que yo pienso”, “yo no puedo seguir aquí” Y me costó irme también, me costó mucho irme. De allí me fui a Urgencias y cuando llegue a Urgencias era como si me hubieran quitado de encima un peso, mira si me había quitado un peso, que cantaba; yo nunca he cantado, no se cantar y mis compañeros en Puertas hubo uno que me dijo: “¿Tu estas un poquito loca verdad?” Y yo dije Pues sí. Yo ya me había dado cuenta, más que nada porque ellos no entendían que yo una compañera de una sala me hubiera bajado a Puertas porque ellos consideraban que Puertas eran lo más y entonces como de un sitio cómodo, según ellos, me había bajado allí. Entonces yo les decía, es que vosotros no tenéis idea de lo que yo me he dejado allí, porque claro, para mí ser enfermera asistencial es lo que más me ha gustado, pero en una sala ser

una enfermera asistencial es duro, porque estas en la evolución de la enfermedad y de la persona. Nosotros allí en la sala llegamos a hacer prevención, porque claro nos dimos cuenta, claro eso lo aprendes a trompicones, nos dimos cuenta que se nos llagaban los enfermos, pues no se tenían que llagar; ahora los enfermos están menos tiempo ingresados pero antiguamente se tiraban tiempo y tiempo allí y era una sala de Medicina Interna, Oncología termino yéndose y Hematología también; entonces se llagaban los enfermos empezamos a hacer prevención, entonces era posible porque formábamos un equipo, porque incluso las curas, cuando una compañera cogía a un enfermo una semana curaba toda la semana para ver la evolución y luego lo dejaba anotado porque si cogía otro la cura. Entonces llegamos a tener unos resultados muy buenos de no tener enfermos con llagas. Yo allí aprendí muchísimo, pero claro en una sala donde tienes a los enfermos siempre tienes trabajo; yo recuerdo que hubo un médico que me dijo: En Puertas le va a gustar mucho y le dije ¿Por qué? Porque allí cuando hay trabajo hay y cuando no hay no hay y aquí siempre ahí. Y era verdad, en la sala siempre tienes trabajo porque siempre había algo que hacer porque habían 30 enfermos, 30 personas con 30 necesidades diferentes. Y siempre había; en esa etapa de asistencial aprendí mucho, aprendí mucho, muchísimo, sobre todo a cuidar, que para mí es una cosa muy importante dentro de nuestra profesión. Y luego cuando me baje a Puertas, ¡¡fue un trabajo tan diferente!! Porque veías llegar al enfermo pero no le veías la evolución y para mí fue un descanso; un descanso porque todo actuaba rápido; todo era hacer las cosas, pero una vez estaba, bien...: iba a quirófano o ingresaba, o iba a intensivos o se iba a casa, es decir resolvías. Y eso a mí en un principio yo que venía muy cargada de la sala eso me aligero mucho ¿no? Y luego era un trabajo como muy dinámico, de mucho movimiento; cada vez habían médicos residentes nuevos, guardias nuevos, al día siguiente habían otros, luego otros. Para mí fue una época muy diferente, muy rica, porque me cogió un poquito más preparada y luego a nivel personal de mucho crecimiento, pero todo respecto al trabajo; aunque fuera personal, era respecto al trabajo.

En puertas era un poco más complicado, no tenía el sentido que tenía yo en la sala de equipo, de apoyo, allí me costó más; allí la gente eran grupos pequeños que trabajaban siempre juntos y eran grupos como muy cerrados. Y cuando yo llegue allí yo hacía un turno de mañana y tardes, a mí me gustaba porque no hacia noches y me gustaba, pero me insistieron mucho, sobre todo la supervisora que me fuera a hacer

turno rodado porque me decía en turno de mañana y tarde no hay fijas y eso quiere decir algo: vete a turno rodado pero yo decía: a mí me gusta, pero trabajábamos más horas y cobrábamos menos dinero, pero yo lo de la noche lo llevaba mal; pero me convenció y termine en un grupo y a los tres meses decidí que me quitara porque me sentía poco libre, atada; tenía una compañera que era como mi pareja, tenía que pedirle permiso para hacer un cambio. Yo decía: No me he casado, ¡soy una mujer libre! ¡¡Y ahora yo tengo que pedir permiso para todo!! Entonces le dije: NO, a mi ponme a rodar, yo con todos; y la verdad es que al principio también me costó, porque claro cuando yo baje venía muy cansada de la sala y entonces pensé, bueno yo aquí no me voy a comprometer a ver si descanso un poquito; entonces cada grupo quería imponer sus normas cada vez que llegaba un grupo decía: esto es verde y yo verde y otro: esto es rojo y yo rojo rojo. Pero llego un momento al año que yo conocí todo y un buen día dije: esto digo yo que es verde y es verde. Y a partir de allí es cuando verdaderamente empecé a funcionar dentro de la Urgencia y fui muy interesante; yo estuve 10 años pero la Puerta era un lugar muy duro; muy duro porque todo viene en fase aguda, entonces todo es grande. El enfermo viene en fase aguda: Las reacciones de los compañeros en ocasiones desmesuradas; todo era como muy fuerte. De hecho yo empecé a cambiar y un médico que me conocía me dijo: ¿Puedo hablar contigo? Y yo le dije Sí. ¿Tú te das cuenta que estas cambiando? Y yo le dije que sí, porque me lo habían dicho en mi casa, yo vivía con un grupo de amigas que me decían ¿porque gritas cuando vienes? Vienes de trabajar y gritas y yo decía Pues no lo sé porque grito. Yo hablaba gritando y me decían que me notaban cambiada y yo empecé a pensar que realmente si estaba cambiando, pero cambiaba porque me tenía que adaptar si no me comían pero al mismo momento no quería hacerme como un grupo que había allí que era muy duro; yo no quería ser así; entonces yo distinguía muy bien entre el personal, el grupo duro que decíamos y el grupo más “suave” intentábamos humanizar y estuvimos trabajando mucho en eso y había veces que lo conseguíamos pero cuando ganaba el grupo “duro” era muy fuerte, muy fuerte. Tenías que enfrentarte, ponerte en situaciones que a lo mejor por mi carácter o mi forma de pensar no tenía por qué ponerme así llegaba incluso no a pelear pero si a tener enfrentamientos fuertes con la gente; pero bueno eso me hizo crecer también y allí aprendí muchísimo, muchísimo, porque dentro del hecho de que estábamos luchando por humanizar también hubo a nivel de reivindicaciones, fue una época muy rica para

mí. Yo allí me di cuenta que tenía posibilidades de hacer cosas, que la gente en algún momento me seguía, pero cuando me di cuenta de eso me asuste, porque pensaba que era una responsabilidad muy grande; porque yo soy una persona que si lucho por una cosa y tropiezo yo me levanto y sigo, pero yo veía que mis compañeras venían porque yo lo decía, pero no porque estuvieran convencidas y me daba miedo que se hicieran daño; entonces allí me trabaje mucho a nivel personal, me pensaba mucho lo que decía y fui con mucho cuidado, pero allí también me di cuenta un poco a nivel de relación, lo que comentábamos antes de compañeros; yo por ejemplo en la sala los médicos nos hablábamos de Vd. Claro esto hace 30 años y entonces había allí como una distancia que marcábamos. No ya el Vd. en sí, porque yo hablo a personas de Vd. y no noto distancia , pero si se marcaba una distancia importante lo que era los médicos y enfermería y eso dejo de ser cuando llegue a Urgencias; también yo creo que los médicos eran más jóvenes y nosotras no íbamos haciendo más mayores, eso influía en la relación, había otra relación, también tu allí sabias cosas que ellos desconocían o necesitaban que tú les apoyaras, había una relación más de compañeros cosa que por ejemplo no lo viví yo en la sala respecto a los médicos fueran hombre o mujeres. Y luego allí sí que vi diferencia entre los enfermeros hombres y la enfermería mujer y una cosa que vi que no me gusto era un poco como que, y lo vi porque allí reivindicábamos mucho, era un trabajo en el que hacíamos mucha reivindicación laboral entonces yo me daba cuenta que las chicas, las mujeres, era un poco como si su trabajo fuera un sueldo de apoyo en la casa pero no como que es mi profesión que tengo que defender, eso entre los hombres no pasaba, ellos lo tenían clarísimo, claro por suerte no eran todas las mujeres pero sí que allí me di cuenta que no reivindicaban a nivel laboral como su profesión si no porque como era un apoyo de casa no le daban valor entonces no luchaban de la misma manera que luchaban otras mujeres o lo hombres que lo tenían clarísimo allí sí que me di cuenta la diferencia que había a nivel de sentir la profesión.

Yo he estado pensando y yo considero un profesión por supuesto eso lo tengo claro pero yo creo que para la enfermería sí que hace falta, no solamente para la enfermería para ciertas profesiones un grado importante de vocación para mi porque yo creo que se ve desde, la enfermería, la profesión desde otra perspectiva, como si fuera más de entrega yo eso veo diferencia con la gente más joven. Yo tengo compañeras que me dicen: es que la gente joven de ahora... Y yo veo que la gente

joven viene mucho más preparada que estábamos nosotros a nivel de estudios, pero yo veo luego gente joven buena, a nivel profesional, pero sí que les noto una diferencia y he llegado a la conclusión siguiente: nosotras cuando empezamos a trabajar nos daban una plaza de trabajo y eso lo considerábamos como nuestro, yo por lo menos lo he considerado como mío. Mi puesto de trabajo era mío y yo luchaba con uñas y dientes para defenderlo; si funcionaba bien contenta y si estaba mal luchaba para que funcionara bien pero claro las chiquitas de ahora vienen tres meses, se van a otro sitio tres meses más y yo eso creo que es un problema ; que no acaban siendo de ningún lado! O sea no se acaban implicando como una cosa suya. Yo creo que eso es importante aunque cuando yo lo he hablado con las compañeras más jóvenes o sobre todo con las estudiantes que vienen; son libros abiertos, nada más quieren que les cuentes, yo eso siempre se lo digo que lo sientan como algo suyo, estén donde estén: *Tu estas de paso, pero mientras estas es tuyo*. Y eso sí que lo noto diferente; la gente joven ahora no se implica como nosotros. En esa edad nosotras estábamos imbuidas por la profesión, no sé cómo explicarlo, lo vivías muchísimo.

Luego de Puertas de 10 años de pelear allí bastante, llego un momento en que me empecé a sentir, como me sentía en la sala, era como si me quedaba como vacía, era una sensación como si fuera un limón y me hubieran exprimido y no me quedaran fuerzas; entonces me decían Roseta, ¿qué hacemos? Y yo decía lo que planteéis yo os apoyare pero no tengo fuerza ahora, no tengo fuerza. A mi así no me gusta estar pues ya tengo que cambiar. Entonces me fui un año a domiciliaria y domiciliaria era... otra vida. Allí aprendí mucho pero me di cuenta a los 15 días que para eso no servía. Me costó, porque cuando me fui a domiciliaria iba con mucha expectativa, como que era que yo iba a servir para eso y reconocerlo y llegar a los 15 días y decir: lo siento, no sirvo para esto pues la verdad es que me costó pero fue decirlo y un descanso. Estuve casi un año que la verdad es que me paso de todo, desde un accidente, viví los peores domicilios que todas habían vivido; llore muchísimo; aprendí cantidad y me reí como en ningún sitio. Allí hice todo lo que tenía que hacer pero llego un momento que tuve que decir que no sirvo, porque para estar en la domiciliaria tienes que ser de una manera determinada y a mí, por mi carácter y por mi forma de pensar los enfermos se me quedaban demasiado pegados y cada alta era un drama para él y para mí y entonces eso era malo para el enfermo porque se sentía abandonado y para mí también porque me resultaba muy doloroso, pero allí tuve una experiencia muy bonita

que fue con los médicos. La primera alta que dieron yo dije ¿Cómo le vas a dar el alta? Yo eso no me lo hubiera planteado nunca, pero allí como el enfermo lo sentía como tanto mío y por primera vez tenían en cuenta mi opinión y eso fue muy interesante de hecho tuve una experiencia con una enferma que la mujer estaba muy cansada, llevaba sonda nasogástrica , estaba fatal y ella quería que le quitara y yo le prometí que lo iba a intentar con los médicos y conseguí que le quitaran la SNG, pero hicimos un trato, reunimos al médico del centro de Salud y a la enfermera del Centro de salud y medico de domiciliaria yo y fuimos a hablar con la señora a su casa, escuchamos lo que ella quería: que le quitáramos la sonda, que la dejáramos tranquila. El problema era si se ponía a vomitar; quedamos de acuerdo en que no había ningún problema; el CS cogía a la enferma pero ante cualquier problema nos plantábamos nosotros allí. Si había que poner la SNG iba yo inmediatamente, que había que hacer un control analítico, yo me presentaba, estábamos en contacto de manera que yo hacia la parte que podía ser de hospital, pero ellos la seguían a otro nivel que nosotros no podíamos seguirla. Entonces a nivel de realmente trabajar en equipo con los médicos allí me resulto muy interesante porque nosotras íbamos solas a las casas y cuando llegábamos a hacer la sesión lo que la enfermera había visto y había detectado, el medico lo escribía en la historia, no lo que él había visto, si no lo que la enfermera decía que había visto: las constantes, lo auscultábamos todo. Entonces allí había una confianza muy importante, porque el medico iba cada tres o cuatro días a ver al enfermo, pero al mismo momento era una responsabilidad muy grande, porque yo recuerdo una vez que me llamo una enferma mía a las 8 de la mañana y me dijo: Rosa mi madre no se encuentra bien ¿puedes empezar por mí la ruta? Y cuando llegue allí tuve que hacer un diagnóstico, era un edema agudo de pulmón; yo diagnostique, yo hable con el médico y el medico por teléfono me daba el tratamiento, entonces claro, allí había una confianza muy grande pero una responsabilidad grandísima. Fue muy interesante a ese nivel me gustó mucho, no por hacer diagnósticos, ¡eso no me gustaba! Porque pienso que eso es cosa de ellos, pero si a nivel de esa confianza y esa libertad de poder expresar que piensas tu sobre la evolución del enfermo y que se te tuviera en cuenta, eso me gustó mucho. Y luego cuando ya, fue un momento decidí irme porque una compañera que había estado en la domiciliaria quería volver y había que desplazar a alguien y entonces como yo pensaba que estaba allí de paso, que no era donde yo realmente quería estar pues el dije: No te preocupes ven tú y que me

desplacen a mi aunque no era la última en llegar y yo me vuelvo a puertas pero en eso que me entero que hay un proyecto para abrir un Hospital de día. Yo conocía a MD y fui a decirle que me explicara el proyecto. Y el proyecto me sedujo, pensé Yo tengo que venir aquí preciso; entonces me baje a Puertas pero solicite lo del Hospital de día. Me sedujo por varias cosas, pero recuerdo que lo que más me sedujo la importancia que se le daba al enfermo dentro del Hospital de día. Era el artista principal del Hospital de día y todo absolutamente todo giraba sobre él y otra cosa que para mí resultaba interesante era empezar algo de nuevo, A mitad un poco de tu vida profesional tener la oportunidad de empezar algo me pareció precioso. Y eso que te comentaba de que el enfermo era el artífice principal eso es que es un problema que veo yo dentro del hospital. Que muchas veces el enfermo no es el artífice principal somos los profesionales eso es un problema muy grande. Muchas veces la gente habla y dice : yo, yo, nosotras, nosotras pero muchas veces no están pensando con el enfermo si no con cualquier cosa nueva de trabajo, cualquier cosa que se plantee, siempre miramos hacia nosotros, como nos va afectar, si vamos a tener más trabajo; pocas veces pensamos en relación al enfermo como lo vamos a poder arreglar y eso creo que es un defecto que tenemos importante la enfermería. Luego empecé en el Hospital de día y la verdad que fue una experiencia maravillosa porque llegábamos todas nuevas, cada una estaba trabajando en un sitio, intensivivos, neuro, neumo, digestivo, venia gente de domiciliaria también, yo llegaba de puertas y entonces la primera que empezó a que las compañeras en el Hospital de día la enseñaran fue a mí y eso fue duro, fue duro porque claro me tenían que enseñar las que yo iba a desplazar y claro me hicieron pasar un poquito por el aro, pero yo la verdad es que lo entendía porque pensaba: encima me enseñan, pues muy bien me parece pero fue una temporadita un poquito así, pero bueno bien , me enseñaron mucho y luego claro allí ya era sobre la marcha ir aprendiendo una barbaridad. Yo había estado ya en Oncología pero la Oncología que yo había vivido no tenía nada que ver con la Oncología que estaba tratando. Los tratamientos habían cambiado, los efectos secundarios no tenían nada que ver, entonces se vomitaba un animalada, ahora era diferente y después también era que cuando yo estuve en Oncología era recién terminada la carrera que no sabes nada y aquí yo llevaba un bagaje importante, entonces claro, pude, pudimos profundizar en el cuidado de los enfermos oncológicos y eso fue precioso; fue una época muy bonita, de muchísimo trabajo porque iba

vinieron gente, porque era un Hospital de Día polivalente y venían especialidades continuamente. Llegó un momento que no dábamos abasto y entonces las compañeras dijimos, pues que cada una que coja una especialidad, que la aprenda y la enseñe a las demás y entonces era lo que hacíamos, cada una iba aprendiendo una o dos y luego vámonos enseñándonos unas a otras. Entonces, allí realmente también la experiencia de trabajar en equipo fue muy importante. Allí había cosas en las que no estaba de acuerdo, pero lo que era importante era que tenía libertad para decirlo, lo podía decir perfectamente y se me escuchaba claro y te daban un razonamiento, eso fue importante; eso hizo una relación determinada con lo que yo le llamaba la jefa, porque para mí ha sido la única jefa que he tenido realmente, que no es peyorativo, sino todo lo contrario, para mi jefa es una persona importante, una persona que dirige y que es un líder real, no una persona que la han puesto ahí porque la tienen que poner, si hace el papel que tiene que hacer, ni sabe ni nada, para mí eso era importante, eso también me hizo aprender mucho; Y luego una cosa también importante, es como yo venía de Puertas y a veces había que reivindicar cosas que a lo mejor no nos correspondían a nosotras pues cuando llegue aquí ella lo primero que me dijo mi Jefa es: esto es mío y entonces , yo me dio un descanso... Que yo recuerdo que las compañeras dicen ¡es que hay tanto trabajo! Y yo no decía nada y entonces un día me dijeron ¡es que tu no ves trabajo! Y entonces yo dije: Mucho, pero yo trabajo la mitad de lo que he trabajado hasta ahora, porque de cosas que me he ocupado siempre aquí, no me ocupé. Para mí fue un descubrimiento tener todo el tiempo para ocuparlo en lo que realmente es el cuidado del enfermo y en aprender. Entonces al principio, fue una experiencia, un sentimiento muy chulo, muy chulo de tener tanto tiempo para estar. La verdad es que fue una experiencia preciosa, que creo que poca gente ha tenido, he tenido la suerte de poder decir que he tenido una época que he trabajado al cien por cien, me he sentido apoyada, querida, valorada. Pero evolucionó el Hospital de día, cambiamos de jefes y el HdD, fue evolucionando, más que evolucionar fue cambiar, porque no evolucionó, cambio pasamos una época dura que ahí todo el mundo se implicó, cada uno hizo tu parte y todos estábamos por echar aquello adelante como fuera, pero ya la última etapa para mí ha sido Fuerte. La última etapa mía profesional ha sido fuerte porque llegó una persona, la nueva supervisora que estaba a cargo de todo, ella vino con otra idea, pero pasando por encima de todo, entonces ahí realmente nos hizo sentir a las antiguas, las viejas que llamaba. Yo no

me sentía vieja, si acaso antigua, en el sentido que tenía más años dentro, pero no me sentía vieja. Si es verdad que hubo además la forma de tratar a ciertas personas fue muy dura yo fui una de ellas y tuve la gran suerte de salir indemne, cosa que otras compañeras no, tenía una forma de tratarnos, que yo siempre lo digo es como te quitaran la arena de los pies, la arena te la quitan, te la quitan, hasta que llega un momento que te caes y eso le paso a más de una compañera. Yo tuve la suerte por mi carácter yo digo las cosas, entonces llego un momento que yo a esa mujer le he dicho cosas que no le he dicho jamás a nadie. Llego un momento en que yo tampoco me sentía bien porque me decía a mí misma: es que estoy cerril, es como si tuviera 18 años y no tengo ningún freno. ¡De algo me tienen que servir a mí los años! Para tener un poco de sentido común decir las cosas... Porque yo siempre he pensado: cuando luchábamos en Puertas decía: vamos a ver si tu faltas el respeto a alguien pierdes la razón; yo eso me lo repetía continuamente, incluso cuando poníamos carteles que empapelábamos la PU, yo me leía todos los carteles, por que como leía algo mal, yo era la censura, porque pensaba que ¡perdemos la razón! Yo aquí decía tampoco me puedo poner de ese extremo, porque al final era visceral, ¡era una cosa! Le dije muchas cosas a esa mujer. Yo dije, tengo que cambiar, porque también me afectaba a nivel de salud. Yo soy hipertensa, empecé a tener picos de hipertensión todas las tardes; Dios mío, ¡me va a dar un paraflu! Me voy a quedar tontilina y ¡esto no tiene ningún sentido! A mí los años me tienen que servir para cogerlo de otra manera y ver como lo trabajo o como lo enfoco, no sé, algo tengo que hacer: Entonces ahí conseguí, creo yo, hacer un gran trabajo, que fue trabajarme a nivel personal, diciéndome: ¿Yo realmente creo en lo que estoy haciendo? Pues sí: era mi vida; yo había luchado toda la vida porque la enfermería fuera de una forma determinada, yo un día se lo dije a la supervisora: Mira: tú de mí puedes esperar muchísimas cosas, si tengo que aprender, tres programas de ordenador, cuatro o cinco yo lo aprendo, por aprender lo que sea, pero no me digas que cambie mi forma de pensar de la Enfermería o mi forma de trabajar porque eso no lo vas a conseguir, porque esa forma de trabajar, soy yo, es mi personalidad y eso ni tu ni nadie lo va a cambiar. Creo que llegamos a un punto y honradamente creo que ella también hizo un esfuerzo para llegar a un punto. También creo que se dio cuenta que de donde más podía sacar era de la gente antigua, ya que ella apostó mucho por la gente joven y la gente joven, mucho ji, ji, ja, ja, pero a la hora de plantear cambios no se comprometía nada, las que más nos comprometíamos eran

la gente más mayor; entonces creo que ella empezó a darse cuenta, pero avanzado en el tiempo, a valorarnos un poquito, pero llegamos a un punto yo seguí trabajando como pensaba pero me retire también, en el sentido siguiente pensé: Rosa hay una generación que ya está ahí y hay que dejarles paso, nos guste o no nos guste; que hacen las cosas bien: ideal, yo con ellas, que las hacen mal, pues ya cambiaran, yo no lo he hecho todo bien en mi vida. Yo también he hecho cosas mal y las he cambiado, eso me tranquilizo mucho, pensar que la gente venía con otras ideas y había que darles paso, ¿Qué me quedaba a mí?: Seguir luchando por el equipo porque yo pensaba que sin un equipo en el HdD no iba a funcionar y el equipo lo habían roto, esa fue una de las metas que me puse y luego enseñar lo poquito que sabía a la gente que viniera nueva que quería aprender Y a mí me preguntaban ¿Esto es rojo o verde? Y yo aunque tuviera trabajo nunca decía rojo, si no Ven, Ven porque me decía, tu sí que has preguntado pero: esto es rojo por esto y por esto y esto es verde por esto y por esto siempre procuraba porque me daba cuenta que las más jóvenes descargaban la decisión en ti, es decir la responsabilidad en ti y eso no era así, ellas tenían que tomar responsabilidades pero eso es una cosa que la supervisora que tuvimos hizo mal y es quitar responsabilidades. Porque como profesional que soy de la enfermería, yo sé que tengo responsabilidad y tomo mis decisiones y como tal las voy a asumir, ¡Tu no vas asumir mis decisiones por lo tanto no las debes de tomar, las tengo que tomar yo las mías y yo las asumiré no te preocupes. De lo que digo, de lo que hago y de lo que escribo, pero eso es algo que creo que no están haciendo bien y es que a la gente nueva con el ansia de controlar se les quita responsabilidades y entonces se hacen más cómodas, no acaban de asumir que tienen una responsabilidad y que tienen que dar unos pasos. Si yo tengo a mi cuidado un enfermo y tomo una decisión yo asumo esa responsabilidad. En caso de conflicto había veces que le tocaba asumir la que no había asumido la responsabilidad que venía de nuevas y casi siempre le tocaba a quien lo había hecho, pero la otra persona ante un conflicto quería tomar la responsabilidad pero sin asumirla; no sé cómo explicarlo, por ejemplo si hay una cosa que se hace mal y se hace mal entre todas, si eso se tiene que hacer entre todas lo tenemos que hacer, lo que no puedes decir es mira pues pasa un trapito y ya está, porque volverá a surgir otra vez el problema y todo eso hace que un equipo no funcione, que nos peleemos, hace que el trabajo no rule bien y eso principalmente repercute en el enfermo. Una falta de liderazgo total. Con respecto a la edad yo lo he

pensado mucho yo creo que a las personas que llevan años trabajando no se les saca todo el jugo que debería sacársele porque pueden aportar mucho. Yo eso lo discutí una vez en Conserjería, les dije en los años que llevamos trabajando no nos pueden sacar horas de trabajo porque si tengo casi 60 estoy cansada pero ¡sácame calidad! Que la puedo dar, no me saques cantidad eso no tiene sentido a la gente más mayor tú le quieres sacar cantidad y no...pero sácale calidad. En este momento visto desde fuera creo que hay 3, 4 compañeras en el HdD que podían dedicarlas, una de ellas solamente a enseñar a las nuevas, lo cambiaría todo, porque la gente tiene tanto que aprender y asumir que cuesta mucho tiempo y no sé cómo decirlo. Nosotros por ejemplo llegaba una persona nueva y hasta que no estaba una semana con otra compañera a su lado no la dejábamos sola. Jamás cogía la responsabilidad durante una semana hasta que no aprendía tenía una persona al lado; eso se siguió haciendo porque lo impusimos las antiguas porque la idea era: Ya saben, en seguida lo saben y luego otra cosa que se está haciendo ahora en enfermería y que no me parece bien es que todas servimos para todo y yo creo que eso no es así. Yo creo que la enfermera experta tiene que existir, aunque sea porque te has preparado para eso de años, yo pienso que una persona no tiene que ser imprescindible, nadie lo es, para un puesto tiene que hacer más gente preparada, pero todas para todo y que todas rueden en todo acaba que no se profundiza en el tema yo lo veo en el HdD en la gestora el papel de la gestora dentro del HdD ha desaparecido, no es una gestora es una coordinadora. Porque dentro del equipo todas las personas no valemos igual para todo. Unas son válidas para una cosa y otras para otra lo importante de un equipo es que cada persona en lo que sea más válida profundice en eso y nos apoyamos todas entre todas pero eso de que todas servimos para todo, eso que creo que hoy en día prima estamos dando un paso atrás importantísimo en la Enfermería, importantísimo y respecto a las personas mayores, las mayores yo creo, a no ser que haya personas que por su situación estén muy agotadas, quemadas; si llegas a los 60 si tienes salud con toda la experiencia de los años puedes dar mucho, pero en calidad no en cantidad porque realmente estas mucho más cansada . No hay posibilidad de hacerlo porque en este momento no se valora. No lo valoran, yo no recuerdo, nosotras entrábamos más o menos jóvenes yo recuerdo haber trabajado con gente más mayor que yo. La primera persona que yo conocí jubilada, fue en mi primera época y se jubiló con 72 años y yo la admiraba. No me estorbaba una persona más mayor y recuerdo en la

primera época del HdD la gente más joven me decía, no te levantes Roseta, ya lo hago yo porque tu luego le hacías otras cosas era un intercambio, a eso me refiero, a que el equipo funciona, ¿no? La gente más joven puede dar más pasos que tú y levantarse siete veces más que tú pero tu sentada controlas mucho más. Yo recuerdo cuando entre en Puertas, todo lo hacía corriendo, cuando hace cinco años que estas allí, no corres ni la mitad y adelantes siete veces más, porque yo veía llegar al enfermo por la puerta y veía el color, donde llevaba la mano y ya sabía más o menos lo que venía, si había que correr, si no.

Yo personalmente a nivel de compañeros realmente problemas así importantes de acordarme de problemas de relación con la que más he chocado, quizás porque es la última la supervisora última que tuvimos con ella choque mucho. En puerta tuve con gente que era dura, y digo dura por no decirlo de otra manera, pero para mí eran impresentables a nivel profesional y a nivel personal y con esa gente chocaba mucho, lo que pasa como me pilló en una época fuerte me enfrentaba a la cara y no me dolía; cuando hablo de impresentables me refiero a nivel de compañeros, de trato con el enfermo, a nivel de haber trabajado por hacer y estar en la salita hablando. Hablando a una persona enferma de manera que no le puedes hablar yo reconozco que en puerta venía gente que había bebido mucho, “colocada” y te decía cosas, yo he oído insultos en urgencias que jamás en la vida ni los había oído, esas palabrotas, jamás, pero tenemos que estar lo suficientemente formadas para saber estar que no me puedo enfrentar, primero porque lo primero que hace es darme un trompazo, que jamás sería capaz de darlo, tú tienes que ser más lista que ellos y saber tratar a ese tipo de enfermo; tú no puedes con esos enfermos enfrentarte de cara, cuando veía un enfermo así lo primero que ponía era distancia, hablaba de Vd. no daba ni un mínimo de confianza porque sabía que no se la podía dar, cosa que yo con otro tipo de enfermos todo lo contrario; la gente tiene que estar preparada para saber que porque tú a ese enfermo le hables así no puedes hablarle a otra persona así, a mí me han llegado a llamar de la otra puerta de urgencias para que atendiera a un infarto que acababa de llegar porque la compañera que estaba atendiendo esa área se había desmayado de estrés y en el área de al lado que estaban comunicadas, habían dos y no fueron capaces de levantarse a echar una mano, claro en cuanto me di cuenta fui y se lo dije, clarito, ¿no? Diciendo un poco de vergüenza, como os sentáis y la chiquita esta se desmaya y que ¡yo que estoy en otra punta tenga que venir! ¡Y vosotras dos

sentadas! ¡Hombre, esto que es! Situaciones fuertes, de estar sola yo en un área y agobiadísima de trabajo, mi compañera, su hijo había tenido un accidente y no llegaba, yo estaba sola y las del área de al lado sentadas y llega un enfermo de su área , se le sale la vía y voy le cambio la vía sin decirles nada y porque llega un enfermo y les digo yo: ponerlo en esa área porque yo lo tengo a tope, son la 9 de la mañana y no os habéis movido y esos enfrentamientos en Puertas, yo los he tenido también con médicos. Enfrentamientos fuertes, eso en los otros puestos de trabajo no, pero en Puertas era duro, tenías que enfrentarte porque se creaban situaciones difíciles; se eludía el trabajo y luego las normas; las normas a veces no tienen que ser tan estrictas en un sitio donde hay tanta gente; me toca un enfermo a mí, te toca a ti, bien pro si ves que estoy en el cuarto de paradas y viene un enfermo eso por ejemplo en los otros puestos siempre me han echado una mano y yo h echado una mano siempre porque hemos trabajado en equipo, de protegernos, eso sí que lo he notado yo por ejemplo mucho en urgencias.

Yo creo que ser enfermera no es un desafío intelectual, si hay una buena preparación creo que intelectualmente no es un desafío, para mí me resulta más desafío a nivel personal, depende de cómo te plantees lo que es la enfermería , yo pienso que con una buena preparación, la enfermería, como es un campo tan abierto y tiene tantísimas posibilidades; a mí me parece una profesión riquísima de posibilidades que hay, pero yo por ejemplo tuve mala base de preparación yo siempre he ido con una preparación mala desde el principio, sería la época, que tocaba. Yo ahora veo que las compañeras estudiantes que vienen le captan cuando les hablas y eso quiere decir que tienen base, saben de qué les estás hablando y eso es importante, les falta experiencia pero te entienden cuando les hablas, eso creo que ha mejorado mucho dentro de la profesión

No me he sentido discriminada, como he estado con muchísimas mujeres y he tenido al lado mujeres que les daban 50 vueltas a los hombres. Discriminada por ser mujer dentro de la enfermería no me he sentido

Quiero aclarar una cosa la importancia del equipo, no solamente a nivel de enfermería sino del equipo a nivel médico, creo que eso es muy importante , para ellos y para nosotras porque crecemos juntos y una cosa que veo en el HdD una pega grandísima es que estamos totalmente separados, mis compañeras, enfermeras, no

conocen a los oncólogos, gravísimo, gravísimo porque esta Internet si tú puedes estudiar por tu cuenta lo que quieras, pero una relación de compañeros, con los compañeros médicos, es muy importante para el enfermo el que tú en un momento determinado, le puedas expresar como está el enfermo, como se siente y puedas preguntar y en un momento determinado pueda confiar y decir “*hazle esto porque igual con esto no hace falta que lo ingresemos*”, esa relación que había antes en el hospital de día eso ha desaparecido y es un atraso porque en este momento y esto no lo digo yo sola, lo oigo a mis compañeras, nos estamos convirtiendo en administradoras , eso me parece gravísimo , en un HdD que tienes tanto tiempo de relación con el enfermo, ¡ que les puedes ayudar tanto! Que puedes enriquecerte tanto, porque no solamente tú les enseñas, te enseñan una barbaridad: la forma que tienen de afrontar la enfermedad, como lo viven. El HdD. Es un trabajo muy bonito porque les dan un diagnóstico muy difícil, que les obliga a hacer un cambio de vida, pero al mismo momento les da una alternativa, un medio para luchar. El enfermo ahí ¡pasa una época!; es muy interesante, te enseña muchísimo. Yo recuerdo una mujer que me dijo un día: Ay mira, lo que te voy a decir solo lo puedo decir aquí, porque si lo digo en mi casa o por ahí van a decir que estoy loca. ¡Es que estoy tan contenta de venir! ¡Es que estoy contenta Roseta! Estoy tan contenta de que la vida me haya dado la oportunidad de vivir lo que estoy viviendo porque ¡estoy aprendiendo tanto!. Es que a mí me dicen eso y me parece precioso. Y eso creo que influye en la enfermería el que tengan esa seguridad, de que vienen a su casa, que tienen libertad de expresar todo lo que necesitan, de si están tristes, están tristes y si están contentos, están contentos, que acaban hablando cosas que a lo mejor con la familia no pueden hablar, porque les da pena por si sufren, me parece a mí que es una cosa que en este momento las enfermeras del HdD se lo están perdiendo. El otro día estaba leyendo cosas sobre enfermería los libros que tenía y que los he pasado, a mí me los pasaron en herencia y yo los paso en herencia y digo: ¡Fíjate!, no hemos llegado ahí y ya estamos para atrás. Da pena ¿no? todo el proyecto de la enfermería y que no haya llegado, que sin llegar ya estemos o parados o para atrás. Creo que estamos hacia atrás, porque vienen muy preparadas las enfermeras pero no se valora también esa parte importante humana de equipo, de relación, si todo eso no enriquece la profesión creo que estamos perdiendo una parte de la profesión muy importante.

No he tenido dificultades de conjugar mi vida laboral con mi profesión, sí que tienen dificultades la gente que tiene turno rodado, yo no tuve dificultad porque lo resolví, sí que tenía dificultades porque el día que yo tenía libre, siempre estaba sola porque todos trabajaban. Cuando tenía un fin de semana libre, de vez en cuando y no había nada proyectado, pasaba el fin de semana sin hacer nada y vuelta otra vez cuando tenía libre todo el mundo trabajaba; entonces lo que yo hice porque no tengo familia es que tenía varias pandillas de amigos pues una pandilla, u otra, u otra hacían algo lo resolví así, pero si no sí, que me sentía sola cuando tenía el día libre

Yo creo que la sociedad tiene una visión buena de la enfermería, yo lo creo realmente. Claro la visión que tengo es del hospital allí te valoran, pero compañeras que trabajan en CS que no lo ven como yo. La sociedad esta como más exigente respecto a las profesiones de la salud. Pero en realidad no sé exactamente que exigen, pero creo que a la hora de valorar la enfermería yo creo que la valoran, pero lo que he oído de los CS creo que menos. Pero no lo sé en realidad, porque de los CS conozco poco, ni como usuaria, pero yo conozco, creo que si se valora. ¡Ahora que podíamos mejorar!, pues sí. Todo es mejorable. Incluso sabernos también promocionar mejor, también podríamos hacerlo, por ejemplo, que tampoco se hace

Volvería a estudiar enfermería sin duda ninguna. Sin dudarlo. Siempre digo que soy enfermera, siempre además, cuando me jubilé, entregue las llaves, el uniforme, todo y subí al autobús e iba con una cajita pequeña que tenía dentro de la taquilla y dentro había una chapita que me habían regalado con mi nombre. Yo soy Rosa, pero en el hospital siempre he sido Roseta e iba con la cajita, con la chapita dentro y de repente me entro y mire la cajita y me dije ¡Roseta 40 años y te vas con una cajita solo! Y todo eso fue en el autobús y de repente pienso y digo Pues lo has hecho estupendamente porque lo has dado todo, llegaste sin nada y te marchas sin nada. Y eso que parece una tontería me ha hecho pasar la hoja de mi trabajo y no echo de menos para nada el trabajo. Ha sido una época que la he vivido muy bien, muy rica, riquísima a todos los nivel, profesional, personal, de relación, me he sentido querida, me he sentido valorada de verdad y acabo mi época profesional contenta además pasando la hoja. Ni un solo día he dicho ¡me iría a trabajar!. Echo de menos cosas, si, por ejemplo, a mí me gusta mucho hablar, pues echo de menos la relación de las personas. Eso de todos los días que vinieran ¿Cómo estás? Eso me gustaba, pero quedo con las amigas a tomar café y ya está.

Recomendaría a alguien que fuera enfermera pero tendría que quererlo. A cualquiera no, que se lo pensara realmente porque para ser enfermera tienes que querer ser, no sé cómo explicarlo. Yo no sé porque quise ser enfermera, no me puedo acordar, pero que luche para serlo sí. Yo tengo compañeras estudiantes que las animo porque ellas ya han dado el paso y eso me parece precioso y digo este es un trabajo precioso siempre lo digo, es un trabajo precioso

4º Sujeto

J. A., Estudio Enfermería en la Escuela del H. Clínico de Valencia. Años de profesión 35. Trabaja en Atención Especializada

Empezó a trabajar a los 20 años.

A mí siempre me gustaba el ambiente sanitario, las películas que tenían un poco un enfoque sanitario; no sé, tenía una tendencia natural; familiarmente no tenía ninguna relación, ninguna, en mi familia nadie era sanitario solamente tenía una prima hermana la cual ya está jubilada que era enfermera, mayor que yo. Pero tampoco tenía una relación con ella excesivamente fluida o permanente. Y acabe mis estudios de bachillerato y mi situación económica, familiar, mis padres. Me dije que el ámbito de medicina el costo era excesivo, mis padres trabajaba solamente él y me dije que una manera de iniciarme en algo sanitario y conocí lo que era la Escuela en aquel entonces de Ayudantes Técnicos Sanitarios , pero de manera fortuita, no de manera reglada, no fue algo que yo fuera expresamente a conocer. Entonces me entere a través de ir a la Facultad que había un examen previo para poder optar a la Escuela. En el año 74 prepare un poco el examen. Y en el año 75 me presente al examen, aprobé el examen y accedí a la Escuela; entonces empecé los estudios en el año 75 y nada, empecé primero, simultáneamente cuando empecé el primer curso de ATS hice COU, porque yo finalice 6º de bachiller hice revalida y no continúe y recuerdo que el primer curso de enfermería, de ATS, hice COU, pero no me examine de selectivo , no le veía mucho sentido, sí que valoré en ese momento al finalizar el primer curso ya que había aprobado todo con buena nota, de poder incorporarme a medicina, de hecho algún compañero mío que luego he conocido opto a medicina, era el curso 76/77 pero a mí también me apuraba un poco el tiempo, el coste económico...Y enfermería me iba gustando, las practicas las realice en un centro privado y no me disgustaba, el contacto con el paciente, algunos procedimientos técnicos, en aquella época lo que más prevalecía era la técnica y ya no insistí en el ámbito de la medicina, seguí los estudios de ATS , acabe 2º, con buena nota y a mí me gustaba un poco más porque ya había patología, habían médicas, había quirúrgicas , ya hice prácticas en hospitales públicos, concretamente en el Arnau de Vilanova, también el Clínico, porque hice prácticas en Carmena, en la unidad de medica de Carmena y me gustaba el trato con el

paciente, las técnicas... Y en 3º tuve la oportunidad de algún contrato privado con algún paciente, esto me llevo a conocer lo que era el trato directo con una persona porque permanecía 12 horas con ella y el trato humano con esa persona y con la familia, ella se sentía cómoda, yo me sentía cómodo, a pesar de que ella era una mujer y yo un hombre en este caso, un ATS masculino; y la verdad es que me gustó, asistía a sus cuidados , era una persona operada de cadera, en aquel entonces, con unas medidas de asepsia y las posibilidades de entrar en la habitación. Y el cuidar, los cuidados básicos los realizaba yo y me gustaba y no tenía mayor problema. Los cuidados técnicos los hacía con el enfermero que cuidaba a la paciente de la unidad eso fue en el Hospital Arnau y la verdad es que me gustaba y finalicé los estudios en el 78. Afortunadamente enseguida encontré un contrato eventual, en el hospital La Fe , recuerdo que era en el pabellón infantil en un ámbito que desconocía y que no había realizado ningún tipo de prácticas que fue en quirófano , inicialmente me fue un poco costoso, porque era una faceta y un ámbito totalmente novedoso para mí, pero todavía me implique mucho más; empecé a leer en el ámbito quirúrgico, los compañeros me proporcionaban protocolos de técnicas quirúrgicas y en un periodo corto de tiempo, no más allá de tres semanas yo un cierto enfermero experto en quirófano en el ámbito infantil, evidentemente no como los compañeros y compañeras que llevaban mucho más tiempo, pero me sentía satisfecho. Y allí estuve 5 meses y continué, bueno me gustaba esa faceta. Desgraciadamente, yo en aquel entonces tuve que hacer el servicio militar, ya había solicitado prorrogas, pero no podía esperar más y allí tuve un impase, porque finalizando el contrato en noviembre del 78, luego no encuentro trabajo; en el 79 me voy a Toledo, trabajo en la unidad de Traumatología, era otra especialidad que también me gustaba inmediatamente conseguí un contrato en el Peset de tres meses e hice un periodo, porque así me correspondía, de 18 meses del servicio militar. Vuelvo en el 81 finalizado mi periodo militar y de nuevo empiezo la dinámica de buscar trabajo. Me entero a través del Colegio Oficial de Enfermería o de ATS como se llamaba en aquel entonces de toda la vorágine de la bolsa de trabajo, participo en una comisión de seguimiento de la bolsa de trabajo y encuentro un trabajo eventual, en el pabellón infantil de la Fe en el ámbito quirúrgico, lactantes, yo en ese impase voy enviando currículos a diferentes hospitales a nivel nacional y

bueno realmente me va gustando mi profesión de Ayudante Técnico Sanitario , porque es lo que había, y afortunadamente, a través de mis currículos y de mi experiencia laboral me conceden una plaza en el hospital de Guadalajara, en septiembre de 1981, por supuesto me presento en Guadalajara, acepto la plaza y me dan un tiempo para incorporarme, yo me presento allí, me incorporo, tomo posesión de la plaza , hay un periodo de prueba de tres meses y allí me asignan por mi corta experiencia quirúrgica y porque las necesidades del hospital así lo acometían por parte de la dirección de enfermería de aquel hospital de nuevo en el campo quirúrgico y desarrollo mi como enfermero como ayudante técnico sanitario en quirófano de urgencias del hospital de Guadalajara. Allí vuelvo a conocer otro ámbito de urgencias, quirófano... y verdaderamente allí, tengo un impacto importante en mi vida, personal y profesional. Personal porque conozco otra manera de gestionar por parte del hospital, conozco otros compañeros y compañeras de muy diferentes provincias de España, tengo que vivir de manera autónoma y solo, porque me desentiendo del estilo de mi familia y observo que el ámbito quirúrgico me gusta y el de urgencias también, porque trato con pacientes de tráfico, pacientes con heridas quirúrgicas determinadas, procedimientos quirúrgicos, ya estándares y mi relación tanto con el estamento médico, como con el resto de mis compañeros, es fluida, satisfactoria y allí no hay ninguna novedad con respecto a mi profesión de cambio y se me presenta la oportunidad de volver de nuevo a la Comunidad Valenciana con la apertura de nuevos hospitales, entre ellos aparece Yecla, aparece Játiva, aparece ...alguno más que no recuerdo. Y yo solicito trasladarme a Valencia o a la Comunidad Valenciana porque ya este país se gestionaba por comunidades autónomas y afortunadamente se me vuelve a conceder el traslado en este caso al hospital de Játiva y me presento en el hospital de Játiva en febrero de 1984 y había un director de enfermería, que venía del hospital de Ávila, Jesús, no recuerdo en estos momentos el apellido y nada me presento a él estamos en una entrevista y le cuento un poco mi trayectoria como había sido y decide que vuelva a quirófano e inicio mi trayectoria en ese nuevo hospital en quirófano. Empiezo el 20 de febrero de 1984, el hospital no está abierto, todavía está en fase de construcción, en fase de perfilar las secciones, los servicios y llego a quirófano, en este caso era quirófano programado y urgencias todo junto en ese hospital y se contemplaba desde esa

perspectiva, y solamente habían cuatro enfermeras, la supervisora que era proveniente del Piramidón de Madrid, una enfermera que provenía del hospital de Elche y dos enfermeras que provenían del hospital La Fe de Valencia, que habían pedido en su día el traslado, se les había concedido y el 5º enfermero fui yo y bueno también fue una faceta gratificante porque fraguamos un poco como iba a funcionar el servicio, que necesitábamos para el servicios, los quirófanos, ya que no había material, no había mobiliario y empezamos entre los cinco a desarrollar el servicio y la verdad es que para mí fue positivo, en algunos aspectos fue negativo, porque no había trabajo allí y yo iba todas las mañanas de 8 a 3 y había mañanas que no hacías nada, porque no había nada. Ciertamente que fuimos conociendo a los diferentes profesionales médicos que iban a formar parte del ámbito quirúrgico, tres traumatólogos, tres urólogos, el jefe y dos adjuntos; el anestesista, los oftalmólogos. La relación era como una familia, porque claro no había pacientes. Fuimos elaborando pequeños protocolos de procedimientos quirúrgicos, que material era necesario en relación a los que ellos te transmitían. Allí fui desarrollando mi profesión hasta el 13 de agosto de 1984 que se abrió la puerta de urgencias del hospital Lluís Alcanyis de Játiva y por supuesto ya estaban más o menos todos los servicios configurados y los quirófanos por supuesto. Recuerdo perfectamente que esa noche del día 13, trabajé de noche, tuve una cesárea y no tuve nada más de urgencias, éramos dos una compañera y yo, dos enfermeros y una auxiliar de enfermería y allí estuve todo el tiempo hasta que de nuevo se me presenta la oportunidad de trasladarme a Valencia capital, yo valoro los pros y los contras desde un punto de vista profesional no me apetecía irme estaba contento, mi relación con los enfermeros y enfermeras, compañeros y compañeras era fluida, magnífica, con el estamento médico quirúrgico también, me sentía cómodo, conocía los procedimientos, la instrumentación, la anestesia... pero sí que es cierto que me planteaba que yo me había casado en el año 84, yo ya tenía una hija y evidentemente tenía ciertas dificultades a la hora de tener que ir a turnos, mi hija pequeña la dejaba en la guardería otras veces con mis padres, mi mujer era enfermera, en esa franja también estaba a turnos, luego afortunadamente tuvo uno de mañanas y valoramos si nos trasladábamos a Játiva o permanecíamos en Valencia, porque habíamos comprado una vivienda en Valencia y yo fui el que realmente tomó la

decisión porque a ella no le importaba irse a Játiva, pero yo decidí que no, creo que para mi hija era mejor permanecer en Valencia y entonces decidí pedir el traslado. Pedí el traslado y me lo concedieron. En el periodo que estuve en Játiva se me presentó la oportunidad de hacer la convalidación, indago y sé que se hace la convalidación para tener la diplomatura y yo presento a través de la UNED, me preparo el examen, como mi mujer, nos presentamos al examen de la UNED y aprobamos en el año 85. Y bueno, ¡ya soy diplomado en enfermería!, bueno he alcanzado el escalón que académicamente se solicitaba en esa época; y en el año 87 se me concede el traslado y me presento en el hospital y en este caso se me concedió el hospital La Fe , esto fue el 20 de noviembre de 1987, coincidiendo también con una fecha emblemática de este país, pero eso es anecdótico, me presento en la Fe hay una dirección de enfermería masculina, todos los adjuntos eran masculinos, estaba Boro, otros que ya no están, yo fui a hacer una pequeña entrevista, corta, trasmitiéndoles donde había desarrollado mi actividad laboral diciéndoles que en el ámbito quirúrgico era el mayor tiempo salvo contratos puntuales en traumatología, cirugía y lactantes quirúrgicos, el resto el resto era en quirófano. Me dicen que no es posible que el hospital La fe, no hay vacantes, no hay plazas, en quirófano y me dicen que te vamos a asignar patología en hospitalización yo no hago ningún tipo de contrat tiempo, acompañan a Hematología que en ese omento estaba R. O. de supervisora, me presentan, yo hablo con ella y creo recordar que estaba Juan en ese turno y también estaba Fede, F.M., Puri, estaban los compañeros. Quedo con Rosa que me dejara una semana, yo tenía un tiempo para incorporarme, pero no dejo más allá de una semana. Y a la semana me incorporo en la unidad de Hematología Oncológica del hospital La Fe de Valencia, para mí fue un impacto muy importante negativo, tengo que reconocer, porque para mí la hospitalización era algo y sobre todo el paciente oncológico era un mundo; yo no conocía lo que era la quimioterapia, no conocía lo que era las vías centrales, no conocía lo que era la antibioterapia de ese nivel, pacientes que padecían en periodos breves de tiempo, con una carga asistencial brutal, con dos enfermeros solo por turno, con una presión familiar para mi muy importante, que yo no sabía manejar; pero nunca me dio miedo a los retos y afortunadamente me pusieron de pareja con Juan y yo con Juan tengo una buena relación, aprendo mucho, me apoya mucho y bueno pues, empieza

a funcionar y la verdad es que poco a poco me fui integrando en la Hematología. Hubo un periodo en el año 88 en el que se me dice por parte de dirección, no recuerdo en este momento quien estaba, conocían que yo sabía quirófano y empezada en aquella época el tema de la "peonadas" se me llama y se me dice: Tu estarías dispuesto a venir alguna tarde a hacer actividad de quirófano y yo me sorprende y digo lo que estiméis oportuno, por lo visto había una lucha interna en quirófano los enfermeros y enfermeras no querían por un problema económico y yo desconocía ese tema y dije , si consideráis que tengo que venir, pues vengo. Y es cierto que me llamaron, no sé por cuanto tiempo y sí que hice alguna tarde en quirófano del central, el ámbito de cirugía urológica, cirugía oftalmológica y cirugía general; no recuerdo el número de tardes. Pero al poco tiempo parece ser que se resolvió el conflicto interno de quirófano y yo nada; yo desarrollaba mi actividad en Hematología, esto era como un extra, yo prolongaba la jornada más o menos de 4 a 8. También en este impase al principio del 78 a mí me surge la oportunidad de irme al Pabellón Infantil, porque yo deje muy buen recuerdo en el Pabellón Infantil; y la que estaba de supervisora en lactantes A en aquel entonces pues me llama y me dice que si me interesaba, en vez de estar en Hematología, irme a Lactantes A, que era quirúrgicos en aquella época. Yo estaba en un periodo de adaptación en Hematología, muy duro, tengo que reconocer muy duro y yo no estaba contento, me iba a casa estresado psicológicamente, más que físicamente; pero no por los compañeros, sino por la propia patología, por el propio funcionamiento de la unidad. Yo quería irme, no sé si lo hacía bien o no, pero quería irme; no porque no me gustara el cuidado con el paciente, sino por otras connotaciones más bien de tipo psicológico o que me costara adaptarme a esa relación con el paciente y sobre todo con la familia. Yo había estado en bloque quirúrgico que con la familia no tenía ninguna relación y con el paciente básicamente hasta que se dormía y cuando se despertaba, pero tenía poca relación. Bueno voy a dirección a los adjuntos, no me acuerdo quien, ya no está, y le propongo que tengo una posibilidad de hacer una permuta, miro la plantilla, pero no me aceptan, me dicen que no que necesitaban plantilla estable en Hematología, que llevaban mucho tiempo con mucho interino, mucha movilidad y yo no insisto. Y afortunadamente no me arrepentí. Realmente me integré, cada vez me gustaba más ese ámbito Onco-Hematológico, empecé a

leer a, a conocer más, a preguntar a los hematólogos; fui conociendo a los hematólogos y fui conociendo un poco más a los pacientes y ¡bueno! Allí permanecí. Luego se produce el hecho coyuntural por circunstancias que desconocía porque no me relacionaba con la gestión aparece un conflicto y me dicen que van a sustituir a la supervisora que era R. O. Yo con R. O. me llevaba perfectamente igual que la mayoría; sí que es cierto que había una manera de realizar los cuidados que a mí no me gustaba, que era esa dependencia excesiva al ámbito médico. Esa dependencia impedía hacer algo más que la técnica. Yo oía de cuidados, oía que parecían novedades en el ámbito enfermero, pero no lo veía allí. En ese conflicto yo junto con otro grupo de compañeros se resiste a ese cambio, pero desconociendo el porqué, un poco por... no sé cómo decirlo, por la propia trayectoria de la unidad. Hacemos un escrito, lo trasladamos a dirección de enfermería, pero bueno se tomó la dirección que había que cambiarla y nada R. O. se va, le hacen una despedida y viene M.D. S. Yo no la conocía de nada, se después que ella provenía del hospital de día y que en su momento estuvo en la consulta de hematología, pero no la conocía; para no mentir la conocía porque en el año, creo que ella llega en mayo del 93 y en los años anteriores había habido un congreso de oncología a nivel nacional y ella tiene alguna relación porque iba allí a hablar con P. G. y con otra enfermera que ahora no recuerdo quien, que se fue a Madrid. Yo la veo que hacen reuniones, pero yo nada. Llega M.D.S y hace una reunión, nos presenta y yo soy uno de los que no acepta el cambio, no puedo concretar porqué pero no acepto el cambio de la manera que se había producido. Y tengo una relación con M.D.S inicialmente aséptica. Yo desarrollo mi actividad, pero con ella tengo conversaciones puntuales en la medida que yo estoy de turno de mañana; porque yo tengo turno rotatorio y hago mis mañanas, mis tardes, mis noches con el turno que estaba establecido y progresivamente veo que ella quiere realizar cambios, no en el propio año 93, pero ya en el año 94. En el año 93 en Navidad ella adopta una decisión para, creo yo hacerse un poco a favor del equipo de enfermería y realiza dar un pequeño detalle a cada uno en Navidad. Eso a nosotros no impacta a todos y al primero que le impacta fue a mí, porque eso lo desconocía, como alguien responsable de la unidad que era una enfermera como yo, que tenía un cargo puntual de supervisora había adoptado la decisión de hacer un pequeño regalo.

Bueno esto a mí me reconfortó y pongo en marcha una iniciativa de que en Reyes corresponder al esfuerzo, al detalle de M.D. y efectivamente, todos estamos de acuerdo, se le hace un reconocimiento y se le hace un detalle, ella lo agradece y va integrándose ella misma en el propio grupo de enfermeros y enfermeras y yo soy uno de los que ve con buenos ojos su posición, sus formas de hacer, sus formas de acercarse al personal y de lo que inicialmente fue una resistencia se convirtió en no más allá de seis meses en el líder de la nueva trayectoria de hematología. Algunos de mis compañeros no estaban totalmente de acuerdo con la trayectoria y otros sí. Yo lo veía con buenos ojos y ponemos en marcha pequeños cambios con pequeñas reuniones de los que formaban parte, Juan, Puri, que todavía estaba, todavía no se había ido, algunos compañeros y yo. Esto ya sería en el 94, incluso M.D da a conocer lo que era la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, nos trasmite de qué manera podemos presentar algún proyecto de trabajo, de aquellos cambios que queríamos implementar en la unidad, en el congreso de Pontevedra y bueno pues empezamos a trabajar y presentamos dos trabajos, el primero lo lideraba Juan, el otro lo lideraba yo. Y fue el primer congreso, yo no conocía ese mundo de los congresos de las enfermeras y enfermeros a nivel nacional, conocí las unidades de hematología que trabajaban de diferentes maneras que eran incluso pioneras en algo que nosotros éramos un poco neófitos y fue el primer congreso que yo hable en público y Juan también; bueno Juan ya tenía otro bagaje. Y nada, allí continuamos. M .D y yo hicimos pequeñas sesiones respecto a catéteres introducimos cambios, Juan junto conmigo cambiamos turnos de trabajo. Toda la gente compañeros y compañeras, continuaban en la misma línea es decir continuaban trabajando, hacíamos reuniones. M.D también luchaba mucho por nosotros, amplió plantilla, y fuimos viendo que los cuidados de enfermería eran importantes para los pacientes que pasaban mucho tiempo en hematología. No tanto de los cuidados técnicos que eran muy importantes, sino también del ámbito psicológico, incluso aspectos sociales y la verdad para mí era muy gratificante. Llegaba a mi casa contento, en ocasiones triste por porque se producían desenlaces desagradables, por una pérdida de pacientes, pero bien por el trabajo bien hecho. Y nada hasta el año 99, a todo esto yo ya había presentado trabajos en congresos y en el año 99 a M .D.S. se le da la

oportunidad de poner en marcha un nuevo hospital de día, muy vanguardista, en ese momento estaba de directora de Enfermería una profesora de la Escuela, no recuerdo el nombre, con la cual también tuve relación desde el punto de vista teórico a la hora de fraguar formas novedosas de funcionar en la unidad y ella me propone a finales del 98 el continuar todo aquello que se había hecho en Hematología, a mí me sorprende porque yo no conocía el ámbito de gestión y para mí eso era un reto muy importante, yo había sido asistencial prácticamente durante todo el periodo de mi profesión. Había hecho pequeños acercamientos a la investigación, a trabajos teóricos; lo valoro, lo valoro con mi familia y digo ¡quiero conocer la gestión! No sé si será buena o no; mis compañeros me aceptaran o no, me conocen pero quiero verlo, antes de que venga alguien de fuera quiero ver esto como funciona. En ese momento estaba P.R. de directora de enfermería y digo ¡Sí! Acepto. Y nada en enero del 99 empiezo mi trayectoria como supervisor de la unidad de hematología 5ª 3ª del Hospital La Fe de Valencia. P. R me recibe, me da una entrevista, me dice que confía en mí; la adjunta del área, no recuerdo quien estaba, y nada empiezo a funcionar, un poco siguiendo las líneas de M.D.S. Ese año me apoyo bastante en M.D.S a pesar que ella tenía un proyecto en el hospital de día muy importante. Ese año 99 fue muy gratificante para mí porque logro mantener el mismo nivel de cuidados que se había mantenido en toda la época anterior; el grupo humano de enfermeros me felicita, el grupo medico también. M.A.S. que estaba de jefe clínico tengo una buena relación con él. Quizás, no tan buena o un poco más distante con M.L.M. Que era el jefe de servicio, pero estaba más circunscrita al banco de sangre, pero tampoco era una relación nefasta. Y bueno, pues allí sigo luchando, gestiono para que salgan trabajos, mantenemos asistencia a congresos todo este tiempo y se van haciendo trabajos de pequeñas investigaciones, se mantiene el mismo nivel de cuidados con los pacientes; el grupo humano va variando un poco pero por temas coyunturales del propio hospital, viene personal nuevo, otros se van, bueno sigo luchando. Hay un periodo clave que allí si sufrí mucho, en el año 2000 porque se produce una reducción de plantilla entonces el ratio cama disminuye, los enfermeros y enfermeras están en contra, consideran que una parte de responsabilidad es mía, y allí se produce un poco de crisis, tengo una adjunta R.B. y bueno en algún momento casi tiro la toalla; pero a lo largo del 2001

reflexiono y tengo reuniones con el personal, psicológicamente me impactaron y efectúo un cambio, creo que tengo que pensar un poco más ellos. Ellos quizás con esta reducción que no tengo otra alternativa más que aceptar porque se abre otra unidad, que en ese momento era la 4ª 2ª de hematología En este caso la adjunta y la dirección de recursos humanos, consideraban que estaba sobredimensionada la plantilla tenían que ceder frente a la hematología que se abría. Esto fue comprendido por la plantilla. La plantilla acepta mis disculpas porque en ocasiones podría haber sido un poco prepotente, yo tengo una manera de ver la gestión que no estoy muy de acuerdo en muchos casos con las formas que se adopta en la empresa pública, pero considero que tengo que aceptarlas y sigo no tiro la toalla y continúo trabajando. En todo este momento aparece que se va hacer un nuevo hospital La Fe, formo parte de las comisiones que desde gerencia del hospital se ponen en marcha el EFQM un modelo de calidad, en comisiones, junto con médicos, junto con enfermeros, esto me abre otra vía, siempre he sido una persona que ha buscado cosa nuevas, puedo opinar y puedo conocer otra faceta diferente, que es este mundo de la calidad. Puedo informar al personal que está en la unidad para que conozcan que se van a producir cambios, que van a ver diferentes formas de ver la sanidad y vamos avanzando. A todo esto se me ha olvidado de comentar, todavía estaba M.D. en el año 97/98 a M.D.S le surge la alternativa de dar clase en la Universidad Católica de Valencia, entonces era la Escuela Diocesana, porque conocía al directora, ella me dice que sola no puedo dar o no creo que pueda dar clase de paciente terminal, de cuidados al final de la vida, ¿qué te parece si colaboras conmigo? Porque con anterioridad también se me había ofrecido la posibilidad de dar algún curso del E.V.E.S junto con M.D. sobre counselling o relación de ayuda y cuidados al paciente terminal o cuidados al paciente oncológico. M.D me conocía de esa faceta y yo a ella también y digo, bueno si lo hago de manera colaborativa contigo y vemos un poco cuales van a ser los contenidos, no me importa pero yo solo no. Y empezamos a hacer y si no me equivoco cuando ella se va al hospital de día, me dice : Mira yo no voy a continuar en las Diocesanas; en parte me quiero centrar en este nuevo proyecto del hospital de día y la utilización de las tardes ya me viene mal. Si te parece sigues tu solo. Yo fui a hablar con la directora de esta escuela, le digo la situación junto con M.D, le

parece bien que continúe yo solo y bueno voy aprendiendo, voy buscando bibliografía, buscando el programa y como es una asignatura que es cuatrimestral y no impacta demasiado en mi desarrollo profesional, y me satisface la docencia, no me desagrada, continuo con ella. Y he continuado con esa faceta con los diferentes cambios que se han producido en la Universidad hasta este año que este año he dejado la relación con la Universidad porque para sorpresa mía la Conserjería de Sanidad se me ha indicado porque yo solicito la compatibilidad de que por mi cargo de adjunto de gestión no tengo la compatibilidad y he dejado de dar docencia. Y lo acepto o ya que mi actividad principal es en el ámbito de la Atención Especializada y mientras yo ejerza como adjunto de área no puedo compatibilizar con la docencia, soy honesto y así lo trasmití a la Universidad y puedo realizar otra actividad docente con la Universidad pero no una relación laboral. Y por eso este curso 2015/2016 ya no tengo relación con la Universidad. Bueno, se produce el traslado del hospital nuevo allí, yo tengo que reconocer que realizo un gran esfuerzo porque tengo que ajustar plantillas ,porque tengo que ver de qué manera implemento la nueva estructura del nuevo hospital; como planifico el traslado, el traslado de mobiliario, aquel que me era útil en el nuevo hospital hago visitas al nuevo hospital, conozco la estructura del nuevo hospital, realmente allí cuando se produce el traslado, reconozco que a los seis meses tengo un cansancio físico y psicológico ya que este traslado al nuevo hospital ha supuesto el tercer traslado de un hospital del que yo he formado parte, porque el hospital de Guadalajara lo inauguré como enfermero, el hospital de Játiva lo inauguro como enfermero y este tercer hospital lo inauguro como supervisor de la unidad, vanguardista, con unas características determinadas y con un impacto a nivel estructural importante con una plantilla que tengo que unificar de dos unidades con trayectorias totalmente divergentes y con unas perspectivas individuales y colectivas muy divergentes, pero bueno es un reto que yo pongo en marcha. Intento en esta nueva trayectoria conexionar a este nuevo grupo que vayamos todos en una misma línea; me es costoso porque hay muchos compañeros míos que se van de traslados a otros ámbitos como puede ser la atención primaria y ya tengo un apoyo menor en este sentido; a todo esto llegamos ya al 2012. Creo que no me he dejado nada más para resaltar, si simplemente que en el año 2008 tengo la oportunidad de hacer un Master que

me ofrece la Universidad Católica de Valencia, no se me había planteado en ningún momento hacer un Master pero en este caso lo proyecta la Universidad yo lo conozco es una área que desconozco totalmente que es el Área de Salud Escolar, ¿Esto de que trata? ¿Qué será? Dos años, total que me inscribo me aceptan y hago el Master de Salud Escolar y en los preámbulos se nos indica que hay que hacer un trabajo fin de Master, habrá que hacer pequeños exámenes durante el Master, trabajos de grupo, trabajos individuales, en el primer curso de Master, pero como lo veo a largo plazo me parece interesante, conozco a profesionales enfermeros que me aportan mucho bagaje, trabajamos juntos, con compartición de apuntes, con pequeños exámenes tipo test que realizamos individual y colectivamente tenemos clases por las tardes dos y tres veces a la semana, evidentemente es un pequeño esfuerzo que tengo que hacer. Mi familia me apoya, mis hijos son un poco más mayores y tengo un poco más de tiempo y ese esfuerzo lo puedo sobrellevar tanto en mi ámbito de gestión como supervisor de unidad, el ámbito docente y el ámbito de aprendizaje. Finalmente acabo el Master y en este instante tengo una pérdida muy importante mi padre. Sollozos que hicieron imposible que continuara hablando. Paramos el relato y continuamos después de unos minutos.

Perdí a mi padre y en el ámbito oncológico que había sido mi actividad, lo fui superando y finalizo el Master y se me plantea realizar el trabajo fin de Master e inicialmente no tenía un tema claro para abordar y a través de una compañera mía. M.D. G. de quirófano, hablando con ella, me dijeron que tenía una conocida que era pediatra que me podría apoyar y tutelar, ya que yo no conocía a nadie que pudiera tutelarme. Hablo con ella, me entrevista, e dijo que si y hablo con la Universidad, que podía tener un doctor externo y que había un doctor interno que me podía firmar, y me lanzo y es un trabajo antropológico sobre alimentación en las escuelas, en relación a unos indicadores que plantea la OMS y el proyecto oncológico de la Comunidad Valenciana de cinco frutas al día, estadísticamente lleva una estadística descriptiva que me apoya mi hija para elaborar finalmente los resultados y tengo a través de mi hermana relaciones docentes con algún directo y profesora de colegio y me aceptan con el permiso correspondiente que algunos alumnos colaboren y participen y realizo el trabajo fin de Master, lo presento y apruebo con una buena nota. Quizás la presentación pudo ser mejor,

pero bien. Eso me reconforto mucho, logre una faceta más que era ser Master. Y había alcanzado, la convalidación y el Master esto fue en el año 2011. Y entre 2011 y 2012 aparece lo de grado y yo desconozco lo de grado pero aparece académicamente y curricularmente el grado. Sí que es cierto que yo tengo relación con la Escuela de Enfermería de La Fe y tengo buena relación con mucha gente y valoro ¿laboralmente me va a servir para algo? No, porque desafortunadamente no hay correspondencia entre el ámbito académico y el ámbito profesional, pero bueno con P.P. hablo ¿Qué te parece? Me dice que sí, que hazlo que te sentirás bien y tuve dos opciones, el presentar la inscripción en la Escuela Universitaria de La Fe o en la Universidad Católica de Valencia y la presento en los dos ámbitos. Claro que académicamente y por nota es cierto que me podían haber aceptado en la escuela Universitaria de La Fe, pero yo no había efectuado mi disciplina enfermera en la Fe porque en el año 75 era en el Clínico de Valencia y entonces no me aceptan, yo lo acepto evidentemente, no voy a decir nada, pero si me aceptan en la Universidad católica de Valencia, pues empiezo a hacer el curso para obtener el grado. Me dan las clases pertinentes, me convalidan alguna asignatura de investigación porque yo era Master, aunque sigo viniendo a las clases de investigación para aprender un poco más y se me dice que tienes que hacer un trabajo fin de grado y entonces yo ya había hecho un trabajo de investigación y yo planteo, ¿puedo hacer otro tipo de trabajo que no sea investigación? Se me dice que sí que puedo hacer un trabajo de cuidados y digo que me interesa bastante hacer un trabajo de investigación de enfermería sobre cuidados y realizarlo sobre la sangre del cordón umbilical, porque conozco bastante el ámbito hematológico se me acepta y yo tenía una paciente que había hecho el seguimiento de ella trasplantada de esa área del cordón umbilical y digo que alguien necesito que me tutele y se lo propongo a L. que era la directora de la Escuela de la Casa de Salud y me dice que si porque dijo que “Tú sabrás más de esto que yo” y la verdad que yo de cuidados y de proceso de atención de enfermería, porque toda mi trayectoria antes y después de M.D he ido aprendiendo poco a poco incluso lo del NIC y lo del NOC , yo leía y claro todo esto para mí era muy interesante. Pido apoyo que me revisen puntualmente a P.P. que estaba haciendo el doctorado y que estas cosas sabia y que me revise de tanto en tanto el trabajo; ella me da una directriz que me parece muy acertada

para darle un formato investigacional, que fue interesantísimo y la verdad que me quedo bien el trabajo. L, me tutelaba, pero realmente me dejaba vía libre para aquello y acabo el trabajo, lo presento y quedo bien. Evidentemente me aprueban y alcanzo académicamente el grado de enfermería. En este momento estoy satisfecho a lo largo de mi trayectoria lo que he alcanzado académicamente. Laboralmente también: he sido enfermero asistencial, he sido enfermero en el ámbito de gestión, he sido enfermero en el ámbito docente y he aprendido mucho de esta Universidad, porque me ha permitido hacer cursos paralelos uno de ellos muy interesante que fue el Curso de Iniciación a la Docencia Universitaria , el cual también realice y me permitió trabajos del conocimiento desde el ámbito docente y en el único que quizás me siento un poco menos reconfortado es porque les ha fallado, quizás, porque no se me ha permitido, quizás porque no he encontrado los canales adecuados, quizás porque necesitaría un poco más de apoyo, de conocimiento, ha sido en el ámbito de la investigación. He hecho pequeños acercamientos, pero ahí no soy un experto, tengo que reconocer que no soy muy experto. He hecho curso on line, cursos presenciales tanto de la estructura de la investigación, del método científico incluso aquí también he hecho en el ámbito de la E.V.E.S alguno de estadística pero no soy un experto esa faceta es lo que quizá tengo que reconocer me ha cortado el que yo me embarque o me lance en estos momentos que lo he hablado con Q., con S. otro profesor también de la Escuela el hacer el doctorado, que es el último eslabón que me falta, que es lanzarme a hacer el proyecto de doctorado. Y algo que se me pueda olvidar de mi trayectoria profesional, pues si porque he ido pasando. En el año 2012 el hospital La Fe de Valencia el Hospital de boulevard, ya estaba fraguando, se había iniciado una nueva forma de gestión, una nueva forma de organización interna del hospital por áreas de gestión clínica y a mí la Subdirectora de enfermería de mi área que era M.J.C. junto con las adjuntas de médicas que eran A.T y J. me reúnen en mayo del 2012 , me llaman al despacho, me conocían del hospital después de 28 años, me conocen mi faceta asistencial, mi faceta de gestión y para sorpresa mía me dicen que si quiero ser porque se va a poner en marcha unas nuevas áreas de gestión clínica entre las que estaba la de Onco- Hematología y me proponen como nuevo adjunto de esta área que van a conformarla 5 secciones

importantes. Para mí esto fue una sorpresa algo totalmente novedoso porque en ningún momento yo me había planteado ser ni mucho menos adjunto y menos adjunto de área y un reto ante esa sorpresa y esa propuesta que ellas me lanzan. Que evidentemente sentían dejarme ir como supervisor porque tenían que encontrar una persona que pudiera serlo en la misma línea de supervisión que yo había mantenido desde el año que empezó M.D. Pedí que me dejaran que lo reflexionara, lo reflexiono y valoro que necesito un pequeño cambio para ver que es una gestión que entiendo como un poco más alta, que me va a permitir tener una versión un poco más global de toda el área junto con una relación un poco más directa con el que habían designado director de área que era M.A.S. con el cual tenía relación como jefe de servicio. Me dijeron que contestara en una semana para ver las alternativas yo contesto que si, ellas se mostraron satisfechas porque pensaban que era la persona idónea y adecuada y me sentí gratificado porque me reconocían. Y bueno, finalizo mi faceta de supervisor ese verano, en septiembre empezamos a buscar un sustituto, lo que no se encuentra porque evidentemente la onco –hematología, nadie está dispuesto a liderar esa unidad, pero finalmente encuentran a alguien, me la presentan, yo no la conocía era una licenciada en Antropología social y cultural que provenía del hospital de Teruel, que desconocía el ámbito hematológico , pero como estaba en comisión de servicio en la Fe desarrollaba su actividad en el hospital de día , le di el relevo, estuve con ella un mes, le expongo mi filosofía, mis formas de gestión , la estructura de la unidad, al personal, y empecé a funcionar en octubre como adjunto de área , me asignaron un despacho junto con dos compañeras que eran conocidas mías. Conozco esta nueva faceta. Llevo tres años de adjunto y hay facetas que no comparto porque considero que no tenemos la suficiente autoridad, autonomía y capacidad para tomar decisiones relevantes desde la perspectiva de la visión enfermera, porque tengo la sensación de que todos deciden menos yo como responsable de área. Decide la dirección de enfermería, las subdirecciones que están en marcha, como puede ser la dirección de docencia el director de área con el que tenemos que supeditar funcionalmente, pero nosotros tenemos muchas cortapisas. Gestionamos recursos humanos de una manera muy sesgada y poco más. En una nueva organización que no le veo todavía que se haya producido simultáneamente un

cambio en la operatividad. Un cambio en la filosofía que conlleva este nuevo tipo de organización, que es que la propia área de gestión clínica sea autosuficiente, que sea capaz de movilizar desde un punto de vista teórico, funcional y operativo a cada uno de los miembros que configuran esa área tanto desde la perspectiva enfermera como de la médica me encuentro con que sí que se ha producido un cambio en la organización desde un punto de vista teórico pero no desde un punto de vista práctico y ahí es en este momento mi lucha porque si permanece las mismas personas que hasta la fecha han gestionado la Atención Especializada, es decir jefes de servicio, jefes clínicos y adjuntos y no se tiene una visión de trabajo en equipo donde las aportaciones tanto de las supervisiones como de los adjuntos de área se tengan en cuenta, pero de manera real, de ver dónde están las dificultades y porque se producen y cuáles son las propuestas de mejora desde el ámbito médico como del enfermero se ponen sobre la mesa veo que en el quehacer diario no hay demasiado impacto y otra cosa que me llama la atención mucho y que en ocasiones lo hablo es que las nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros a pesar de que ha habido variaciones importantes desde el punto de vista curricular, desde el punto de vista académico, hasta el extremo de que se nos permite alcanzar el doctorado, pero en el ámbito laboral no se observa ese cambio y veo que entra en la reutilización de horarios, ámbitos laborales más cómodos que no me incida demasiado en mi vida personal y familiar, pero nos cuesta asumir responsabilidades, compromiso de mejora en la profesión enfermera, es decir avanzar en la línea de la investigación enfermera. No solamente dejarnos asesorar por otro estamento y aquí es donde yo veo que no se ha avanzado demasiado e incluso me siento responsable de cambiar.

Pregunta: ¿te causa mucha frustración el no poder ser doctor?:

Respuesta: No, no, incluso el otro día me encontré por la calle a E.S, y comentando sobre ello, le dije que en este momento no me produce frustración.

A nivel laboral, en la asistencia, no en la gestión como estas ahora, ¿se puede ser enfermero a lo largo de toda la vida laboral, estando a pie de cama? o piensas que en un momento determinado uno tiene que cambiar porque no es posible.

Creo que en la medida en que te guste lo que haces, que busques la mejor manera de ofrecer a los pacientes tus conocimientos, tu experiencia y tu capacidad de trabajo se puede mantener uno en la asistencia; en la medida que entres en una dinámica de reutilización, de cansancio físico y de distanciamiento con los pacientes, en la especialidad que tú has desarrollado en la asistencia, necesitas irte. En el momento que los pacientes ¡te cansan! Desde el punto de vista personal y psicológico, no tanto físico, creo que necesitas irte. Lo que sucede en este momento es que si yo observo como no existe una especialización clara de enfermería, lo que se busca es la alternativa de ver en que sección o área del hospital, si es en Atención Especializada, o es en Atención Primaria, hay menor carga de trabajo y menor carga psicológica y donde puedo compaginar o puedo llevar mejor mi vida personal. Y entonces, se eligen esos caminos. Pero una cosa en la que estoy totalmente en desacuerdo, pero no de ahora sino desde que finalice mis en el año 78 es que yo nunca he puesto por delante mi vida personal, ante mi vida laboral, ¡nunca! Siempre he adaptado mi vida familiar y mi vida personal a las necesidades, en este caso el hospital me ha ofrecido o me ha necesitado.

¿No te ha causado dificultades con tu vida familiar? Ninguno al contrario, he llevado todos los márgenes equilibrados, de buen grado cuando se me ha solicitado: haz esta jornada, o necesitamos que me apoyes aquí. Independientemente que haya estado una supervisora u otra. Eso lo que querido llevar a lo largo de mi trayectoria como supervisor y he tenido buena respuesta en ocasiones no, porque sí que he encontrado y actualmente lo noto mucho, incluso ahora cuando fui adjunto, que me viene contratos cortos o contratos vacacionales que priorizan su ámbito familiar o personal respecto al ámbito laboral y entonces se frustran o no encuentran el equilibrio.

¿La enfermería te ha dado estabilidad económica?

Me ha dado estabilidad económica. Evidentemente ha habido momentos que he pensado que estaba mal remunerado por el esfuerzo que suponía el desarrollar la actividad de cuidados, tanto temporal como de equilibrio de la familia, ajustes de horarios, ajuste de familiares. ¡Sí! (rotundo) pero no ha sido una preocupación excesiva a lo largo de mi vida el tema económico.

Evidentemente a mí me ha gustado mejorar, pero puedo poner el ejemplo que nunca en ningún caso decidí seguir la opción que se me propuso de docencia a través de esta compañera por un tema económico, en ningún momento, sino por un tema de que yo me sentía satisfecho en enseñar a unos alumnos o a unos futuros profesionales tanto mi experiencia como enfermero como mi bagaje teórico que iba adquiriendo, como había adquirido.

¿Has tenido conflictos con otros estamentos, con los enfermeros con los pacientes? ¿Ha habido violencia, no física, en las interacciones?

Con los pacientes nunca. Creo recordar en una ocasión que fue cuando estaba en la fase de integración en el mundo de la hospitalización con una enferma y unos familiares, pero con la ayuda de J. que era mi compañero y con mi propia reflexión supere y de hecho los sucesivos ingresos de la paciente y la familia me aceptaron. Después nunca tuve, al contrario siempre me sentí reconfortado por el reconocimiento que los familiares y los pacientes me hacían como persona y profesional. Porque yo era sencillo, yo ofrecía lo que tenía de la mejor manera posible, con mis tiempos, con mis conocimientos y era honesto en general, cuando desconocía algo hacía una pregunta siempre decía: veré cuando le puedo informar o que le parece si habla primero con el médico y si no yo intercederé o me lo comenta. Siempre he tenido buena relación y de hecho ahora, ahora menos, veíamos, no tan solo yo, sino compañeros reconocimiento de los familiares de los que hacen. Con compañeros y compañeras en alguna ocasión pero discrepancias puntuales. Por sistemas de trabajo diferentes. Porque nunca he estado de acuerdo con la "Tarea". Cuando yo empecé era la "Tarea", siempre he querido tener una información un poco más global del proceso del paciente y en ocasiones echaba de menos que me informara el médico allí alguna vez; o modificar un protocolo o unas formas ya establecidas sin haber consensuado, sin haber valorado previamente, modificado, simplemente por una decisión unilateral, sobre todo cuando era una enfermera de reciente incorporación, no porque no aceptara que se pudiera mejorar con ese paciente pero se debería haber hablado o hablar previamente, pero luego reconducíamos el tema y no producía un agravio personal, era una cuestión profesional. Y luego sí que he discrepado porque en ese aspecto creo que soy un poco exigente, no con todos, pero en el ámbito médico, porque sigo pensando que no saben

trabajar en equipo. A veces siento, percibo que a los enfermeros y enfermeras nos utilizan, nos instrumentalizan. Eso no me gusta. Es decir somos buenos, o bien porque nos llevamos bien con ellos, o porque les interesa ¡qué buena es la enfermería! O la enfermera. Pero de repente se les olvida que sin la aportación de las enfermeras y enfermeros en muchas facetas no podrían desarrollar aspectos que para ellos serían importantes y para nosotros también. A veces eso no me ha gustado y he tenido algún enfrentamiento en su día no tanto dialectico pero si de discrepancias con M.A.S. porque no contaba con las enfermeras y enfermeros cuando implementaba una iniciativa o un cambio, no me parece honesto, ni me parece que es una manera de actuar. Incluso con M.L.M. en un momento cambio pero una persona que totalmente denostaba la enfermería. Nos consideraba como “mano de obra” nos consideraba, lo que yo denomino como meros jornaleros y esto no me parece bien nunca. Podemos tener diferentes trayectorias ellos son médicos y nosotros somos enfermeros, confluimos de manera paralela y en muchos de manera conjunta, pero se nos tiene que tener un respeto, siempre lo he entendido como profesionales que ejercemos nuestra labor en la empresa sanitaria. Y ejercemos junto con ellos una labor hacia los pacientes.

¿Crees que tenemos líderes?

No los suficientes para haber liderado el cambio que yo entiendo que se debía haber producido al mismo tiempo que el cambio académico.

¿Porque crees que nos falta ese liderazgo?

Creo que hay tres causas: una porque los líderes que han surgido o que han querido surgir algunos no hemos sabido liderar ese cambio otros en la mayoría de los casos es que se depende demasiado del estamento médico y la tercera es que creo que deberían haber surgido líderes desde el ámbito académico o universitario que hubiesen implementado, hubiesen puesto en marcha en la asistencia el cambio que se necesitaba desde el punto de vista académico. Que hubiesen ellos visto cuales eran las dificultades y porque no se podía llevar a cabo y quizás nosotros no lo hemos sabido hacer. Cuando he tenido conversaciones con docentes, en muchos casos me dan la razón. Ha habido una línea paralela desde la atención y desde el académico que no que no

hemos confluído o no hemos sabido, bien por intereses de cada una de las áreas o bien porque no ha interesado a nivel ministerial, conserjería que yo ya desconozco.

¿Te sientes orgulloso de ser enfermero?

Sí. (Rotundo)

¿Volverías a estudiar enfermería?

Una vez hice una encuesta del Colegio Oficial de Enfermería y había una pregunta similar al final de la encuesta y yo respondí que no, pero no me dejaba la posibilidad de matizar. Yo volvería a ser enfermero, quizá me gustaría volver a ser enfermero pero con cambios desde el punto de vista laboral; yo tengo amigas y amigos en la docencia y echo de menos pensando que somos disciplinas con cierto grado vocacional de la autonomía que ellos disponen a la hora de ejecutar sus conocimientos y que nosotros sí que tenemos un grado de autonomía a la hora aspectos específicos de enfermería pero hay un porcentaje muy elevado de aspectos procedimentales, aspectos clínicos que tenemos excesiva dependencia de los médicos, e incluso diría yo más, no tenemos el reconocimiento social que a mí como enfermero me gustaría. Porque todavía tenemos y yo he percibido en algunas ocasiones que somos colaboradores del médico. Vds. dependen del médico y por eso yo respondí que no porque me gustaría volver a estudiar Enfermería pero tener esa capacidad de tener un ámbito competencial autónomo y diferente al ámbito médico que no necesito para nada. En ocasiones en Comunitaria, Atención Primaria puedo observar que si la tienen, desde que se fraguaron las consultas de Enfermería, yo creo que allí sí. Pero en la Especializada no lo he observado con el mismo nivel que en ocasiones yo he echado de menos, a pesar de que he percibido que he sido un enfermero privilegiado porque en el ámbito que he desarrollado mi trabajo de enfermero hemos tenido una autonomía muy alta y hemos podido transmitir nuestras percepciones o nuestras observaciones o nuestras pequeñas discrepancias con decisiones que habían adoptado ellos como médicos aun que a pesar que finalmente prevalecía la decisión medica; pero por lo menos hemos tenido la oportunidad de sesiones, pequeñas reuniones de profesionales de exteriorizar

aquello que hemos pensado que no era más adecuado para el confort del paciente o su calidad de vida o el proceso que estaba pasando la familia.

Tienes hijos ¿te gustaría que fueran enfermeros?

Bueno, ellos nunca han transmitido, o me han transmitido que les gustaría el ámbito sanitario y de hecho ninguno lo es. Mi hija es licenciada en Químicas y mi hijo está estudiando Arquitectura Técnica. No me hubiese gustado que hubiesen elegido Enfermería. Creo que por una parte es una profesión que te permite sino supeditas tu ámbito familiar y/o personal a tu ámbito profesional a equilibrar tu vida personal, esto me parece positivo pero esta falta de autonomía que yo demando para mí y en este momento no se da y me gustaría para mis hijos. Entiendo que mi hija desarrolla su actividad con autonomía, que se le tiene en cuenta sus aportaciones y quizás a medio plazo cuando mi hijo se integre en el ámbito laboral también se le tenga en cuenta. No pienso ni deseo que sean eminencias, simplemente que lo que he deseado y es lo único que me corta a la hora de decir un rotundo **SI** a no haber deseado que mis hijos fueran enfermeros, pero al igual que nunca he coartado sus profesiones, ellos han sido libres de decidir. Si hubiesen querido ser enfermeros, hubiera sido todo lo contrario; les hubiese apoyado y les hubiese transmitido toda mi experiencia como enfermero que he podido adquirir y evidentemente, una cosa sí, les hubiese indicado por activa y por pasiva: cuando finalicéis continuar aprendiendo, continuar avanzando en la profesión enfermera. Creo que es fundamental, continuar leyendo. No os paréis, no entréis en la dinámica del conformismo que es lo que no me gusta que en ocasiones actualmente sucede.

2º entrevista 16/11/2015

¿Crees que somos verdaderamente una profesión?

No, creo que somos mano de obra, creo que somos considerados como meros trabajadores, pero no profesionales; el profesional entiendo yo que da un valor añadido a su producto y en este momento como está gestionado el sistema público, sobre todo en Atención Especializada, el valor añadido no está reconocido ni socialmente, ni laboralmente ni económicamente y te diría que ni por los propios enfermeros.

¿Crees que la enfermería tiene que tener un componente de vocación? No como una llamada de Dios, sino como algo que te impulsa hacer algo que te resulta atractivo.

Sí, es fundamental, independientemente de lo que te vas a encontrar, en tu camino, en el devenir como sujeto o como persona que ha elegido un determinado camino que es la atención al prójimo, tiene que haber un nivel de vocación porque si no la frustración, el desencanto, las tensiones afloran mucho más que sí que si realmente tú tienes en tu concepción interna una necesidad en un momento determinado de ayudar, estar con alguien que está sufriendo y que lo está pasando mal en su vida.

¿Piensas que las nuevas generaciones que estudian ahora enfermería, se les presenta enfermería como un desafío intelectual?

No, creo que se les plantea como una llamémosle profesión que tiene una trayectoria académica no demasiado larga que tiene un componente de sanidad en este momento quizás favorable y que le va a permitir, no sé si eso lo piensan, llevar a cabo su vida familiar equilibradamente, creo que eso es una ventaja. Pero como un reto intelectual, como una meta a alcanzar de ir superando escalas para llegar a niveles de liderazgo y de protagonismo en la vida socioeconómica no tiene nada que ver.

¿Cómo varón, te has sentido discriminado alguna vez?

Sí y recíprocamente creo que las mujeres también están discriminadas, pero en plano estrictamente laboral porque cuando yo inicié mi trayectoria profesional como enfermero en el ámbito hospitalario tope con que la legislación vigente daba unos beneplácitos, unas condiciones laborales al sector femenino que no nos daba a los masculinos. Y desde el punto de vista estrictamente laboral, económico y normativo yo tenía que alcanzar un determinado número de horas mensuales por la repercusión económica que era diferente en este caso, peor, que las que debían alcanzar las enfermeras.

¿Pero en este momento?

En este momento no, no me he sentido discriminado.

¿Tú crees que en algún momento de tu vida laboral, las enfermeras te han utilizado porque eres un varón? Es decir te han utilizado para hacer un trabajo de fuerza.

En alguna ocasión puntual, pero no lo he tenido en cuenta. Sí que es cierto que quizá por mi talante, a lo largo de mi trayectoria como enfermero, equilibrado, sosegado, reflexivo, quizá me han utilizado, pero para mejorar la relación del grupo, mejorar la relación entre los diferentes componentes que en ese momento éramos en la unidad o en el servicio pero en ese sentido no me he sentido utilizado.

¿Crees que os pacientes, el usuario, el cliente, como quieras llamarlo han cambiado su actitud a lo largo del tiempo?

Sí, yo creo que este momento el usuario es mucho más exigente sobre todo al reclamar sus derechos, quizás de manera discriminada con respecto a sus deberes como usuario, pero si tiene más información, necesita que le transmitas más información; quiere ser o formar parte de ese triángulo de decisión ante su proceso, tanto el cómo su familia, creo que eso sí que ha cambiado, no se siente, no acepta el paternalismo existente hasta hace poco tiempo en el sistema sanitario.

¿Deberíamos cambiar los enfermeros y enfermeras? ¿Debería cambiar la Enfermería como profesión?

Yo creo que sí, yo creo que deberíamos cambiar en el sentido de sentirnos protagonistas de mejorar nuestros conocimientos que alcanzamos al finalizar nuestra trayectoria académica y de proyectarnos más hacia niveles de decisión que nos permitan adoptar alternativas de mejora de nuestra profesión, tanto asistencial, como a nivel investigacional, docente y laboral. Creo que si tiene que cambiar.

5º Sujeto

J. Varón. Estudio Enfermería en la Escuela del H. Clínico de Valencia. Tiene 58 años. Lleva trabajando 40 años. Trabaja en un Hospital privado.

Empecé a trabajar en junio del año de primero de enfermería ya en el Consuelo, tú sabes que no había enfermería en todos los hospitales y en el Clínico los estudiantes de enfermería ya estaban trabajando en sala y en otras partes; en segundo y tercero estuve convalidando mis estudios con el trabajo como un enfermero más. Cuando termine tercero, con 19 años y medio al año siguiente me voy a la mili los catorce meses y luego al volver ya me quedo en el Consuelo. En el 85 gano una plaza de Sanidad Nacional, la antigua INAS, y me la conceden en marzo del 86 y me voy al Hospital Psiquiátrico de Teruel donde estoy nueve años, entre medio un año me dan una plaza de instituciones penitenciarias y me paso un año en la cárcel de Castellón. Termina un poco lo que es mi trayectoria fuera de NISA, en muchas ocasiones mi trabajo es un poco paralelo a lo que estaba yo haciendo fuera en la prisión o lo que estaba haciendo en Castellón, perdón en Teruel, y luego ya directamente me quedo en NISA, primero me dan una supervisión, luego me dan una jefatura de enfermería en Aguas Vivas y luego la Jefatura de enfermería del Consuelo y luego mi jefe “me poda” y me pasan a supervisor de área y me nombran supervisor de área de urgencias.

Mi trayectoria de educación tengo ATS, hice luego el curso de nivelación, DE, no DUE, le llamaban porque teníamos que redundar la universidad y luego hice un Experto de Gestión de Servicios de Enfermería, un Master, el vuestro, El Master de Gestión de Servicios Sanitarios y luego presente mi tesis doctoral y la leí en noviembre del 2013, no me dieron Cum laude, solo sobresaliente. He trabajado en docencia con ciclos de formación, soy formador de formadores CAP. He dado clase a Auxiliares, clase a enfermería y ahora estoy haciendo ciclos. Esa es mi trayectoria a grandes rasgos.

¿Servicios pasados?, Menos UCI neonatal, neonatos y UCI de adultos de lo demás prácticamente todo, Rayos, Laboratorio, como especialidad de enfermería y luego todas las plantas, Cirugía, quirófano con instrumentación

principalmente Trauma, también Cirugía General y luego Medicina Interna, Traumatología, todas las salas.

Fui ATS, porque es vocacional, de pequeñito iba pinchando a los muñecos. Lo que pasa a los 14 años mis padres eran entonces trabajadores y con pocos recursos me plantean entrar en banca y estoy un año un poco estudiando banca y tal, para luego ser botones, me presente a una oposición de botones, pero aquello no me iba, no me iba, y entonces surgió que mi padre entro en el Consuelo de noches, en la centralita, y empecé a tener contacto con 16 años, más o menos me iba los fines de semana con una batita y ponía los termómetros y cosas de esas en la sala y ese era el tema. Si me dices, ¿eres un médico frustrado?, algunos años sí que he sido, como casi todos los enfermeros de mi época, pero cuando ya me hice mayor, yo creo, con veintitantos, un poco más adulto, ya crecido un poco, es cuando me di cuenta, que primero no me merecía la pena matarme a estudiar, ni nada de eso y luego en segundo lugar a mí me gustaba la relación con el paciente y la relación con el familiar y toda esa relación que conlleva, que no la tiene Medicina. Medicina está muy por encima, es un dios, pero no tiene esa relación humana que tiene el personal de enfermería principalmente en plantas como Medicina Interna en los primeros años que estabas con los abuelitos y abuelitas y todo el follón, y estaban con ellos con ese cuidado con ellos, con ese entablar esa relación muy familiar, más que humana familiar; eso es lo que a mí me encantaba. Yo he estado en gestión muchos años, pero no he perdido ni pierdo nunca, he estado de jefe de enfermería en el hospital, el estar en el hospital haciendo cosas, la parte clínica siempre me ha encantado.

¿Se puede ser enfermero asistencial hasta el final?

Si, ya no ser enfermero asistencial hasta el final, yo creo que aunque otra gente piense que esto es una profesión nada más, como el que es fontanero o es tal, pues me jubilo y ya. Pero el que entiende que es algo más que esta dentro de la persona por lo cual no pierde nunca, como los médicos. El médico no deja de ser nunca medico; el enfermero para mí, el enfermero, enfermero, nunca deja de ser enfermero y puedes estar de vacaciones, o puedes estar fuera de tu entorno, lo que sea; cuando tu oyes cualquier dolencia, estas entrando directamente en

¿Qué es lo que ocurre? ¿Qué es lo que puedo hacer? Te nace, no es una cuestión de que te resbale cuando lo oyes. El que no es profesional no, el que no lo ama, el que no la tiene interiorizado, lo tiene como un trabajo más que son los que a los 25 años están más socarraos que Machín, más negros, no le han sacado fruto y claro evidentemente un trabajo, mañana , tarde y noches sin fiestas, sin nada, pues evidentemente esto socarra hasta lo que tú quieras, pero claro para eso metete en la banca estas de 8 a 3 de lunes a viernes y a tomar por saco, sin más. Mi vida laboral y mi vida privada llevan un paralelismo impresionante, mi mujer es enfermera, trabaja conmigo, somos del mismo hospital, ahora, otras veces hemos sido de otros hospitales, pero siempre hemos estado en el grupo NISA. Yo conocí a mi mujer siendo ella auxiliar, trabajando yo como estudiante de enfermería pero ya como enfermero, desde los 18 años, voy a cumplir 58, es toda una vida, toda una vida trabajando en el mismo sitio. Vamos a casa y estamos hablando del hospital de cosas nuestras, aparte de otras cosas personales de la vida, pero siempre, siempre tenemos. Con lo cual yo entiendo que haya gente que no comparta o no entienda la enfermería, o la medicina o la sanidad como tal, el trabajador de sanidad que si hay mucha fulana..., haberlos haylos, como en todas partes, pero nosotros, o eres del gremio o tu pareja lo va a pasar mal porque es difícil compatibilizar una vida como la nuestra con las tardes-noches, festivos, todo, con una persona que trabaje de 8 a 3.

Enfermería me ha dado estabilidad y posibilidad. Sí que yo he estado doblando muchísimos años. He estado haciendo trabajos en los que he trabajado muchísimas horas, igual yo, igual mi mujer, pero me ha dado esa posibilidad. La posibilidad de solo un trabajito de 8 horitas, ¡NO!, porque está mal pagado pero me da la posibilidad de trabajar más, de poder trabajar más y de poder ganar más dinero, con lo cual...

¿Has tenido dificultades, violencia, digo violencia no física, sino en las interacciones con los otros profesionales del equipo de salud, con los usuarios?

No nunca, primero que en los medios que me he movido, ya te he dicho que me he movido en una cárcel, en Castellón, he tenido hasta un motín, y he entrado dentro del motín. Yo creo y estoy por casi afirmarlo que la agresividad, que hay mucha, por ahí, si el profesional de enfermería o sanitario actúa como tal

sanitario rara vez llegara a una agresión; porque el que está haciendo la agresión tiene un factor, normalmente, o bien confesional o bien un factor de nerviosismo porque esta estresado o angustiado y es su espita muchas veces es la agresión, pero como profesional tú lo tienes que ver y claro, si tú te pones igual de chulo con esas persona nos pegamos de ostias. Esto es así. Entonces la manipulación, bueno a mí me ha servido de mucho nueve años en un psiquiátrico infantil, de 0 a 18 años, de 0 a 18 años. Un psiquiátrico infantil donde había de todo; a mí me dieron un mordisco que si me llega a coger el pulpejo. En aquel entonces estuve también en el psiquiátrico de abajo porque estuve ahorrado para comprarme un coche. Creo que en esta sociedad tenemos que aprender la tolerancia, pero no la jilipollez, pero el profesional, tiene que ser profesional hasta en ese momento. No puede ser que porque uno este cansado, hay comportamientos agresivos pero agresivos de palabra. Hay gente que va así por la vida, el gitano va así por la vida porque así se le hace más caso, pero no me voy a poner delante para que me “aostie” eso tampoco, hay que ser inteligente y dominar esa situación que a veces te pilla en el día tonto y no lo dominas y tal, pero gracias a Dios, toco madera y hoy por hoy no me ha pillado en el día tonto. He vivido varias situaciones de violencia, pero es un poco saber. Con el cliente interno lo mismo como persona que estoy en la gestión muchos años y he hecho muchísimos cursos y la gestión del cliente interno, hay a veces que lo mandarías a freír espárragos tanto al de arriba , como al de abajo , como al de al lado eso sí que es cierto evidentemente, tienes que contar hasta diez, recalibrarte. Hay que veces que sacas los pies del tiesto y luego te sabe mal como. A veces me he cabreado, pero la forma, la manipulación un poco de la situación tanto del cliente interno como del cliente externo hay que hacerla y no he tenido graves problemas. Hoy por hoy. ¡Ojo!, cuando era joven sí. Tengo que decirte que cuando era joven era un poco jilipoyas y entonces si es verdad que tenía problemas con mis compañeros, pero también es verdad que yo era demasiado joven, empecé muy pronto y te haces una aureola de que eres en “Dr. Ganon” y una persona tan joven hasta que no maduras un poco más, no .

¿Hay desafío intelectual estudiando ahora enfermería?

Los estudiantes de ahora, vamos a ver, para entrar en la universidad de Valencia, la nota de corte es muy alta, me vas a personar que te diga, los

estudiantes, no tienen, no tienen, yo no sé de dónde sacan las notas así es como lo siento y se lo he dicho a ellos. No tienen ni inquietud, ni iniciativa, yo creo que la mayoría, ¡joj! estamos hablando de que son 250 yo he estado en clases de 100 porque el valenciano no lo domino. Entonces la mayoría va porque al parecer tiene salida esto, tiene trabajo y bueno es fácil y entonces me meto. Claro otras carreras no tienen esa salida y entonces no me meto y vale. No tienen ninguna inquietud la mayoría de hecho, yo, fíjate, el año pasado y el anterior a una chiquita de las que parecía de las que intelectuales, de rastras y tal y te dices esta a lo mejor despunta a lo mejor, le dije: mira vosotros sois la punta de lanza mi promoción fue la que rompió un poco de ATS a Diplomado Universitario de Enfermería y ahora en estos momentos vosotros ya sois grado, vosotros tenéis que tener inquietudes científicas, tenéis que seguir estudiando, ¿cómo seguir estudiando? Pero después de estos cuatro años ¿hay que seguir estudiando?, y te quedas pensando, yo te estoy hablando en segundo, no te estoy hablando de cuarto que puedes decir estas socarrado ahora de estudiar a lo mejor ese pensamiento te puede. No, no, no, no estoy hablando de una chiquita de segundo que a mitad de curso dándole pediatría me dice esto. A mí se me cayó el alma a los pies. Pero es que luego les haces un examen, o les haces un test y las chorradas más gordas las pueden poner. O bien la enseñanza aquí en España no estamos formando gente con una base buena en bachillerato y en la Universidad tampoco se está creando. No hay ese ambiente, quizás vosotros sí que lo tenéis, pero horrible, horrible.

¿Hay reconocimiento entre lo académico y lo laboral?

Existe una gran laguna en mi tesis lo pongo y lo diré hasta la saciedad entre lo académico y el clínico porque en lo académico estamos dando la enfermería académica, la enfermería que nos gustaría, que a mí me gustaría a mí me gustaría tener un lenguaje enfermero y no un lenguaje médico que es el que tenemos, saberlo, el lenguaje médico pero no un lenguaje enfermero como tal. Si aceptamos el NOC y NANDA, pero ser nuestro lenguaje, pero nosotros para nada en absoluto. Académicamente nosotros les damos el NOC, NANDA insistimos, les referimos, luego para que no se nos pierdan les damos todas las lecciones de patología médica y con todo eso les llevamos a hacer planes y van a un hospital. Los que van a un Centro de Salud evidentemente ven que sí, pero en un hospital

lo que más utilizan son las técnicas, enfermería hospitalaria solo está dedicada a estar en un sillón como estamos sentados tu y yo a que me llamen cuando tienen algo, sino yo aquí estoy muy bien charrando y de vez en cuando voy y cambio un gotero, pero ¡joj!, cuando ya está socarrado el gotero, yo no voy a hacer un cambio de gotero per se que yo entienda que a las 72 horas científicamente está comprobado que hay que quitar el gotero igual que a las 12 horas si me viene de puertas de urgencias hay que cambiar ese gotero porque además no ha tenido las medidas asépticas adecuadas por mucho que urgencias diga lo contrario. Esto está comprobado científicamente, esto está comprobado científicamente y si yo hago un cambio no voy a producir una irritación, un flebitis y voy a mejorar el estado del paciente, con lo cual la estancia del paciente la voy a recortar y no voy a tener problemas secundarios no iatrogenia; pero esto no se lleva; igual como el dolor, si tiene bomba analgésica, de puta madre, pero sino no ¡que le den! Cuando tenga dolor me llame y si puedo iré y si no porque yo no me voy a anticipar. Yo no voy a crear ningún cuidado, yo no voy a hacer de enfermera, yo simplemente voy a hacer un poco de tal. ¿Qué ocurre?, que tenemos una divergencia lo que decimos en clase y les trasmitimos a los chavales y lo que luego ellos van a ver en el día a día de la profesión.

¿Crees que como enfermeros hemos tenido buenos lideres?

No, ¿aquí en España?, ni uno, ni medio, ni conocidos, ni conocidos, NO., no, no. Porque retomando de nuevo el tema, nosotros somos un país, medio aislado cuando la enfermería se crea mundialmente ¿Qué ocurre?, que seguimos medio aislados hasta los años 80. Cuando en los años 80 nosotros creamos el Diplomado Universitario en Enfermería, creemos que ya hemos conseguido todo y hay gente que nos viene de Hispanoamérica con su licenciatura de Enfermería dándonos clase verdaderamente, pero no nos lo creemos, porque tenemos en España un gran tapón que es la Medicina. El medico es un tapón total y absoluto porque no nos deja realmente crecer y nosotros tampoco recogemos nuestra fuerza como entidad para crecer. ¿Qué ocurre? Que los que nos han estado llevando, es decir los Colegios profesionales se han gastado el dinero nuestro pues realmente en cualquier cosa menos en la profesión. Lo último el dinero que nos ha dado Europa para el proyecto... el jurado se lo ha gastado...hay gente que se pone su titulito. Yo soy el presidente del Colegio, yo soy tal, yo soy cual, a

lo mejor con buenas inquietudes, pero no con un liderazgo real. Te voy a dar dos ejemplos: prescripción en Enfermería, nos han vapuleado totalmente, si tuviéramos líderes nos hubieran sacado a la calle. Yo estoy dando un ciclo formativo de técnico en Radiodiagnóstico. La ley está firmada y para el año que viene ya se va a dar como tomar vías y ponerlas. Que por mucho tengamos sentencias de que digan que eso solo lo puede hacer enfermería, ya tenemos una ley educativa que está creando un cuerpo, luego podemos decir si estamos de acuerdo o no. Esto es como el catalán, nos quedamos con el idioma y la banderita pero no en el fondo de la cuestión. El fondo de la cuestión es que ellos no pueden practicar cuidados de enfermería y yo tengo que practicar cuidados de enfermería, lo otro es una técnica, técnica pura y dura que no tiene mayor trascendencia y que por ejemplo en EE.UU lo hace un auxiliar, que las está haciendo muy bien, pero solo hace eso, nada más.

Nosotros de ATS hemos pasado a DE, hemos llevado todo el peso de la forma de entender la profesión pero nosotros no podemos evolucionar, no somos evolucionados, seguimos siendo ATS seguimos siendo ayudantes del médico y nuestra mentalidad aún está en ese tema que ocurre que las nuevas generaciones no nos han tomado el relevo realmente han seguido haciendo lo mismo minimizándonos a nosotros y siendo “pinchaculos”. Hoy los chicos de prácticas, soy tutor, y yo se les decía: vosotros sois la punta de lanza y si vosotros queréis evolucionar evolucionaremos y si no os quedareis como yo “pinchaculos”. ¡Oye! Y estoy muy a gusto, pero soy “pinchaculos” y no puedo decir otra cosa. Siendo doctor en Enfermería, pero no puedo decir más. Sigo siendo pinchaculos.

¿Crees que los pacientes han cambiado su actitud a lo largo del tiempo?

La actitud del paciente no, la actitud de la sociedad, ha cambiado. La sociedad teníamos una sociedad en los 60,70, 80, teníamos primero una sociedad que venía de una dictadura y eso lo teníamos todos adosado, había uno que mandaba y los otros éramos los borregos, nosotros nos hemos ido como siempre hacemos los españoles de un lado justo al otro contrario y de ser sumisos a todo lo que se diga sobre todo si es de alguien superior a que reaccionamos a cualquier cosa que diga alguien, ponemos la protesta y además

la discutimos y además no sé qué. Y como tenemos ahora Internet que te pones así. A mí me ha `protestado una persona porque el día de antes en la famosa Urgencias esa que hacían, a un niño no se le ponían corticoides por si era malo, o no sé qué vino una señora y venía con una laringitis estridulosa y sabes que el tratamiento es corticoide en aerosol eso es lo que pone el pediatra y me puso una reclamación. Esto es lo que tenemos ahora en estos momentos y hay que lidiarlo. Pero fíjate pero si lo decimos científicamente, con base científica, no de manera dicharachera, con explicación científica la gente se convence y te cree, lo cambias inmediatamente. Ahora tienes que tener una base científica, sino no tienes más vale que te calles, no digas nada y le dices cuando lo sepa se lo diré.

¿Te has sentido utilizado y discriminado por ser enfermero varón?

No, realmente no, ¿utilizado por ser el chico? Te voy a decir una anécdota que es justamente lo contrario: yo empecé a trabajar en el Consuelo y me salió en un armario una cucaracha y me bloquee y llame a una compañera del piso de abajo ella se descojono y la mato. He tenido la gran suerte de en todos los sitios que he trabajado me he amoldado, más que trabajar, jugar con lo que corresponde la palabra jugar que es disfrutar del trabajo pero en ninguna parte y sabes que somos minoría los chicos. He trabajado con chicas y nadie me ha llamado diciéndome: oye ven que fulano esta agresivo, no nunca, nunca. Sí que te digo y en ese sentido sí que hemos sido más respetuosos, pero ha sido por respeto más que por ninguna otra cosa si había que sondar a una mujer le decías a una compañera: oye mira, ves tú o si era un hombre :oye mira ves tú . Si había faena ay había que hacerlo pues tu ibas y sondabas y punto. Por esa agresión al sexo, un poco de pulcritud, puede ser tontería, pero creo que la gente lo agradece más en una época; hoy en día ya es un poco más abierto, relativamente, pero más abierto, pero en aquel entonces, estamos hablando de los años 70, 80 la sociedad se estaba abriendo pero la gente de 60, 70 años es que era una cosa como muy violenta, yo era un chico, además un chaval joven y tal “Ale, abrase de piernas “ en ese hecho si pero nunca por utilización, nunca.

13. Anexo V Tablas Alfa de Conbrach

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	95,79	85,128	,227	,657
Buen sueldo	97,72	84,683	,186	,659
horario flexible	96,85	83,695	,230	,655
animar amigos	96,64	81,019	,405	,642
animo hijos	96,45	81,861	,364	,645
convencer amigos	97,15	85,999	,158	,661
profesion femenina	96,11	85,097	,142	,663
otras mas apropiadas	97,28	79,900	,358	,643
no desafio	97,51	82,603	,255	,653
no autonoma	97,19	82,549	,257	,653
no tecnologica	97,09	80,167	,451	,638
influencia familia	97,91	85,601	,190	,659
Dificultades por sexo	97,72	82,857	,321	,649
enfermeros ayuda	97,81	82,854	,289	,651
hombres no cuidados	97,66	82,012	,352	,646
dificultades comunicación	97,96	82,216	,444	,643
Dificultades medicos	96,98	79,065	,418	,637
hombres no atraidos	97,06	85,105	,183	,659
enfermeros gays	97,72	84,248	,226	,656
falta lideres	97,32	84,005	,237	,655
ayudar gente	95,49	86,560	,113	,664
variedad desafios	95,36	89,062	-,033	,669
trabajar presion	95,79	85,780	,087	,668
personal inadecuado	95,85	86,173	,087	,667
trabajo administrativo	96,17	80,927	,375	,643
defensiva	97,38	80,763	,385	,642
Movilidad geografica	95,81	90,158	-,114	,683
Ayudar gente	95,70	88,214	,006	,671
desarrollo profesional	95,83	87,840	,018	,671
estereotipos	95,96	91,216	-,170	,686
sueldo no comp.	96,34	86,403	,057	,671
p. erroneas	95,74	88,281	-,003	,672
volveria estudiar	95,45	88,818	-,046	,678
orgullosa	95,17	88,318	,021	,668

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	92,02	86,500	,211	,676
Buen sueldo	93,96	85,694	,194	,677
horario flexible	93,09	84,949	,223	,674
animar amigos	92,87	81,679	,433	,659
animo hijos	92,68	82,439	,397	,662
convencer amigos	93,38	86,676	,191	,677
profesion femenina	92,34	86,186	,145	,681
otras mas apropiadas	93,51	81,386	,340	,664
no desafio	93,74	84,020	,241	,673
no autonoma	93,43	84,163	,233	,674
no tecnologica	93,32	81,352	,447	,658
influencia familia	94,15	86,216	,227	,675
Dificultades por sexo	93,96	83,868	,328	,667
enfermeros ayuda	94,04	84,650	,251	,672
hombres no cuidados	93,89	83,141	,352	,665
dificultades comunicaci3n	94,19	83,028	,468	,661
Dificultades medicos	93,21	80,171	,419	,657
hombres no atraidos	93,30	86,344	,178	,678
enfermeros gays	93,96	85,476	,221	,675
falta lideres	93,55	85,513	,215	,675
ayudar gente	91,72	87,726	,112	,682
variedad desafios	91,60	90,290	-,039	,686
trabajar presion	92,02	85,934	,134	,682
personal inadecuado	92,09	86,645	,122	,682
trabajo administrativo	92,40	81,681	,396	,661
defensiva	93,62	81,763	,391	,661
Ayudar gente	91,94	89,539	-,004	,689
desarrollo profesional	92,06	89,670	-,021	,691
estereotipos	92,19	92,636	-,181	,704
sueldo no comp.	92,57	87,728	,049	,690
p. erroneas	91,98	89,282	,008	,689
volveria estudiar	91,68	89,787	-,036	,694
orgulloso	91,40	89,246	,040	,685

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	88,40	88,768	,222	,697
Buen sueldo	90,34	87,751	,215	,697
horario flexible	89,47	87,298	,227	,696
animar amigos	89,26	83,977	,437	,682
animo hijos	89,06	84,974	,388	,686
convencer amigos	89,77	88,661	,221	,697
profesion femenina	88,72	89,291	,111	,705
otras mas apropiadas	89,89	83,575	,349	,686
no desafío	90,13	85,896	,267	,693
no autonoma	89,81	86,158	,253	,694
no tecnologica	89,70	83,953	,433	,682
influencia familia	90,53	88,167	,260	,695
Dificultades por sexo	90,34	86,012	,344	,689
enfermeros ayuda	90,43	86,815	,265	,694
hombres no cuidados	90,28	85,291	,366	,687
dificultades comunicación	90,57	85,293	,476	,683
Dificultades medicos	89,60	81,768	,457	,677
hombres no atraidos	89,68	88,787	,177	,700
enfermeros gays	90,34	88,273	,200	,698
falta lideres	89,94	88,583	,178	,700
ayudar gente	88,11	90,141	,115	,703
variedad desafios	87,98	92,673	-,028	,707
trabajar presion	88,40	88,029	,150	,703
personal inadecuado	88,47	89,341	,109	,705
trabajo administrativo	88,79	84,084	,394	,684
defensiva	90,00	83,522	,425	,682
Ayudar gente	88,32	91,439	,033	,708
desarrollo profesional	88,45	92,383	-,034	,713
sueldo no comp.	88,96	91,085	,009	,714
p. erroneas	88,36	92,019	-,008	,711
volveria estudiar	88,06	92,626	-,053	,716
orgullosa	87,79	91,954	,021	,707

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	84,50	88,851	,255	,711
Buen sueldo	86,44	88,124	,225	,713
horario flexible	85,58	87,865	,225	,713
animar amigos	85,40	86,159	,325	,706
animo hijos	85,17	86,652	,322	,706
convencer amigos	85,85	88,936	,238	,712
profesion femenina	84,81	89,645	,120	,720
otras mas apropiadas	85,96	83,402	,375	,701
no desafío	86,23	86,095	,286	,708
no autonoma	85,92	86,376	,271	,710
no tecnologica	85,79	84,934	,408	,701
influencia familia	86,63	88,367	,284	,710
Dificultades por sexo	86,44	85,996	,380	,703
enfermeros ayuda	86,52	87,021	,285	,709
hombres no cuidados	86,33	84,184	,440	,698
dificultades comunicación	86,65	84,957	,523	,697
Dificultades medicos	85,69	81,113	,521	,690
hombres no atraidos	85,75	88,787	,202	,714
enfermeros gays	86,42	88,248	,228	,712
falta lideres	86,00	88,596	,199	,714
ayudar gente	84,21	91,488	,063	,722
variedad desafios	84,08	93,482	-,061	,723
trabajar presion	84,48	88,425	,155	,719
personal inadecuado	84,56	89,741	,117	,720
trabajo administrativo	84,90	85,329	,357	,704
defensiva	86,08	83,227	,471	,695
Ayudar gente	84,44	92,719	-,016	,726
desarrollo profesional	84,54	92,679	-,021	,727
sueldo no comp.	85,04	92,126	-,014	,731
p. erroneas	84,46	92,934	-,032	,727
orgullosa	83,90	93,159	-,034	,724

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	81,25	87,553	,276	,723
Buen sueldo	83,19	86,496	,261	,723
horario flexible	82,33	86,610	,239	,725
animar amigos	82,15	85,361	,314	,720
animo hijos	81,92	86,121	,295	,721
convencer amigos	82,60	87,563	,264	,724
profesion femenina	81,56	89,358	,084	,735
otras mas apropiadas	82,71	82,594	,367	,715
no desafio	82,98	84,276	,329	,719
no autonoma	82,67	84,950	,293	,721
no tecnologica	82,54	84,296	,388	,715
influencia familia	83,38	86,622	,337	,720
Dificultades por sexo	83,19	84,156	,434	,713
enfermeros ayuda	83,27	85,904	,293	,721
hombres no cuidados	83,08	82,972	,454	,711
dificultades comunicaci3n	83,40	83,521	,557	,708
Dificultades medicos	82,44	79,485	,556	,701
hombres no atraidos	82,50	87,915	,195	,728
enfermeros gays	83,17	87,546	,211	,727
falta lideres	82,75	88,106	,170	,729
ayudar gente	80,96	90,934	,033	,736
variedad desafios	80,83	92,610	-,079	,736
trabajar presion	81,23	87,414	,155	,732
personal inadecuado	81,31	88,262	,141	,732
trabajo administrativo	81,65	84,787	,333	,719
defensiva	82,83	81,929	,490	,708
Ayudar gente	81,19	91,900	-,029	,739
desarrollo profesional	81,29	91,785	-,028	,740
p. erroneas	81,21	92,849	-,088	,743
orgullosa	80,65	92,659	-,076	,738

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	77,32	86,344	,279	,732
Buen sueldo	79,26	85,094	,277	,731
horario flexible	78,36	85,909	,220	,735
animar amigos	78,18	84,926	,282	,731
animo hijos	77,94	85,486	,268	,732
convencer amigos	78,62	86,689	,247	,733
profesion femenina	77,56	88,619	,061	,746
otras mas apropiadas	78,78	81,318	,378	,724
no desafio	79,00	83,020	,341	,727
no autonoma	78,68	84,222	,270	,732
no tecnologica	78,56	83,762	,359	,726
influencia familia	79,44	85,272	,353	,728
Dificultades por sexo	79,24	82,717	,459	,721
enfermeros ayuda	79,32	84,222	,329	,728
hombres no cuidados	79,14	81,633	,472	,719
dificultades comunicación	79,44	82,170	,580	,716
Dificultades medicos	78,46	78,131	,570	,709
hombres no atraidos	78,52	86,867	,192	,736
enfermeros gays	79,24	86,553	,202	,736
falta lideres	78,78	87,196	,159	,739
ayudar gente	77,02	89,653	,039	,744
variedad desafios	76,86	91,225	-,057	,744
trabajar presion	77,28	85,593	,181	,739
personal inadecuado	77,40	87,388	,123	,742
trabajo administrativo	77,74	83,094	,347	,727
defensiva	78,86	80,817	,497	,717
Ayudar gente	77,22	90,747	-,030	,747
desarrollo profesional	77,36	90,521	-,024	,749
orgullosos	76,66	91,984	-,119	,749

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
carrera estable	69,18	87,089	,264	,751
Buen sueldo	71,12	85,781	,268	,751
horario flexible	70,22	86,216	,233	,753
animar amigos	70,04	85,835	,260	,751
animo hijos	69,80	86,204	,257	,751
convencer amigos	70,48	87,561	,224	,753
profesion femenina	69,42	89,106	,064	,764
otras mas apropiadas	70,64	81,909	,375	,744
no desafío	70,86	83,429	,347	,746
no autonoma	70,54	84,294	,294	,749
no tecnologica	70,42	84,330	,357	,746
influencia familia	71,30	85,765	,356	,747
Dificultades por sexo	71,10	82,663	,497	,738
enfermeros ayuda	71,18	84,396	,350	,746
hombres no cuidados	71,00	81,469	,514	,736
dificultades comunicación	71,30	82,459	,598	,735
Dificultades medicos	70,32	77,977	,606	,727
hombres no atraidos	70,38	86,975	,218	,754
enfermeros gays	71,10	87,398	,184	,756
falta lideres	70,64	87,909	,149	,758
ayudar gente	68,88	90,312	,032	,762
variedad desafios	68,72	91,879	-,068	,762
trabajar presion	69,14	85,674	,203	,756
personal inadecuado	69,26	88,237	,107	,761
trabajo administrativo	69,60	84,367	,307	,749
defensiva	70,72	80,900	,523	,735
Ayudar gente	69,08	91,789	-,062	,767

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	65,25	84,804	,291	,750
Buen sueldo	67,19	84,618	,239	,753
horario flexible	66,25	83,535	,280	,751
animar amigos	66,08	83,340	,284	,750
animo hijos	65,83	84,028	,253	,752
convencer amigos	66,55	85,253	,263	,752
profesion femenina	65,47	87,254	,069	,764
otras mas apropiadas	66,70	79,869	,401	,742
no desafío	66,91	83,510	,252	,753
no autonoma	66,64	83,388	,260	,752
no tecnologica	66,49	84,255	,256	,752
influencia familia	67,38	84,316	,346	,748
Dificultades por sexo	67,19	80,733	,524	,737
enfermeros ayuda	67,25	83,035	,333	,747
hombres no cuidados	67,09	79,510	,541	,735
dificultades comunicación	67,40	81,052	,588	,736
Dificultades medicos	66,45	77,253	,552	,731
hombres no atraidos	66,45	85,137	,234	,753
enfermeros gays	67,17	85,336	,206	,755
falta lideres	66,68	86,299	,149	,758
ayudar gente	64,91	89,010	,006	,764
variedad desafios	64,79	89,937	-,044	,762
trabajar presion	65,19	84,079	,209	,756
personal inadecuado	65,28	86,130	,131	,760
trabajo administrativo	65,60	83,090	,287	,750
defensiva	66,83	80,067	,478	,738

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	57,67	79,811	,324	,762
Buen sueldo	59,59	80,208	,227	,767
horario flexible	58,69	79,088	,276	,764
animar amigos	58,50	79,462	,250	,766
animo hijos	58,26	80,837	,179	,770
convencer amigos	58,96	80,300	,291	,763
otras mas apropiadas	59,13	76,077	,372	,758
no desafío	59,33	78,377	,287	,764
no autonoma	59,07	79,315	,238	,767
no tecnologica	58,91	79,671	,259	,765
influencia familia	59,81	79,663	,355	,760
Dificultades por sexo	59,63	76,049	,540	,749
enfermeros ayuda	59,67	78,264	,352	,760
hombres no cuidados	59,52	74,745	,569	,746
dificultades comunicación	59,81	76,758	,579	,750
Dificultades medicos	58,89	72,516	,577	,743
hombres no atraidos	58,87	80,077	,267	,764
enfermeros gays	59,57	80,626	,211	,768
falta lideres	59,09	81,671	,151	,771
variedad desafios	57,22	85,572	-,081	,776
trabajar presion	57,61	79,714	,201	,770
personal inadecuado	57,69	80,635	,177	,771
trabajo administrativo	58,04	78,829	,275	,764
defensiva	59,26	75,781	,474	,752

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
carrera estable	53,35	79,601	,316	,765
Buen sueldo	55,27	79,906	,226	,770
horario flexible	54,40	78,467	,283	,767
animar amigos	54,18	79,559	,226	,770
animo hijos	53,96	80,406	,181	,773
convencer amigos	54,64	80,236	,271	,767
otras mas apropiadas	54,78	76,470	,328	,764
no desafío	55,02	77,759	,304	,766
no autonoma	54,73	79,313	,214	,772
no tecnologica	54,60	79,170	,269	,768
influencia familia	55,51	79,329	,353	,764
Dificultades por sexo	55,33	75,595	,547	,752
enfermeros ayuda	55,36	77,495	,378	,761
hombres no cuidados	55,20	74,459	,570	,749
dificultades comunicación	55,49	76,551	,571	,753
Dificultades medicos	54,55	72,771	,540	,749
hombres no atraidos	54,56	79,510	,282	,767
enfermeros gays	55,27	79,906	,233	,770
falta lideres	54,78	81,248	,155	,774
trabajar presion	53,33	79,150	,206	,773
personal inadecuado	53,40	79,763	,199	,772
trabajo administrativo	53,75	78,341	,278	,767
defensiva	54,95	75,608	,467	,755

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	51,02	76,055	,330	,766
Buen sueldo	52,95	76,164	,249	,770
horario flexible	52,07	75,624	,255	,770
animar amigos	51,85	75,941	,241	,771
animo hijos	51,64	77,051	,180	,774
convencer amigos	52,31	76,625	,289	,768
otras mas apropiadas	52,45	72,697	,353	,764
no desafío	52,69	74,329	,310	,766
no autonoma	52,40	75,319	,248	,771
no tecnologica	52,27	76,313	,239	,771
influencia familia	53,18	75,559	,387	,763
Dificultades por sexo	53,00	72,259	,552	,753
enfermeros ayuda	53,04	74,406	,364	,763
hombres no cuidados	52,87	71,484	,553	,751
dificultades comunicación	53,16	73,325	,567	,754
Dificultades medicos	52,22	69,840	,524	,751
hombres no atraidos	52,24	76,925	,231	,771
enfermeros gays	52,95	77,497	,174	,774
trabajar presion	51,00	75,370	,228	,773
personal inadecuado	51,07	76,476	,195	,774
trabajo administrativo	51,42	74,692	,296	,767
defensiva	52,62	72,240	,474	,756

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	42,33	64,669	,329	,771
Buen sueldo	44,25	65,045	,228	,777
horario flexible	43,38	65,129	,198	,780
animar amigos	43,16	65,176	,200	,780
convencer amigos	43,62	65,129	,293	,773
otras mas apropiadas	43,76	60,554	,407	,765
no desafío	44,00	62,222	,360	,769
no autonoma	43,71	62,173	,353	,769
no tecnologica	43,58	64,877	,239	,777
influencia familia	44,49	64,366	,373	,769
Dificultades por sexo	44,31	61,143	,554	,757
enfermeros ayuda	44,35	62,712	,392	,767
hombres no cuidados	44,18	60,374	,558	,755
dificultades comunicación	44,47	62,069	,574	,758
Dificultades medicos	43,53	57,884	,587	,750
hombres no atraidos	43,55	66,327	,167	,781
trabajar presion	42,31	64,810	,181	,783
trabajo administrativo	42,73	64,387	,234	,778
defensiva	43,93	60,513	,516	,758

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	38,55	60,030	,338	,775
Buen sueldo	40,47	60,439	,232	,782
horario flexible	39,60	60,356	,212	,784
animar amigos	39,38	61,129	,167	,787
convencer amigos	39,84	60,806	,274	,778
otras mas apropiadas	39,98	55,685	,435	,767
no desafio	40,22	57,692	,365	,773
no autonoma	39,93	57,587	,362	,773
no tecnologica	39,80	60,459	,230	,782
influencia familia	40,71	59,840	,374	,773
Dificultades por sexo	40,53	56,587	,566	,760
enfermeros ayuda	40,56	58,065	,405	,770
hombres no cuidados	40,40	56,207	,542	,760
dificultades comunicaci3n	40,69	57,329	,602	,760
Dificultades medicos	39,75	53,267	,608	,752
hombres no atraidos	39,76	61,776	,164	,785
trabajo administrativo	38,95	60,571	,189	,786
defensiva	40,15	56,015	,524	,761

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlaci3n elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	35,23	55,054	,329	,775
Buen sueldo	37,16	55,592	,213	,783
horario flexible	36,27	55,181	,219	,784
animar amigos	36,07	56,686	,120	,791
convencer amigos	36,50	55,891	,258	,779
otras mas apropiadas	36,66	50,883	,433	,767
no desafio	36,88	52,511	,378	,772
no autonoma	36,63	52,457	,368	,773
no tecnologica	36,48	55,600	,214	,783
influencia familia	37,38	54,893	,365	,773
Dificultades por sexo	37,20	51,724	,566	,759
enfermeros ayuda	37,21	53,226	,389	,771
hombres no cuidados	37,07	51,195	,555	,759
dificultades comunicaci3n	37,36	52,416	,603	,759
Dificultades medicos	36,41	47,992	,648	,747
hombres no atraidos	36,43	56,468	,177	,785
defensiva	36,79	51,081	,511	,761

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
carrera estable	32,54	51,931	,364	,774
Buen sueldo	34,47	52,397	,246	,783
horario flexible	33,56	52,572	,211	,786
animar amigos	33,40	52,959	,177	,789
convencer amigos	33,82	52,540	,302	,778
otras mas apropiadas	33,98	47,625	,472	,765
no desafio	34,19	49,801	,380	,773
no autonoma	33,88	50,681	,288	,782
no tecnologica	33,77	53,501	,167	,788
influencia familia	34,68	51,827	,398	,772
Dificultades por sexo	34,51	49,004	,573	,759
enfermeros ayuda	34,53	50,825	,367	,774
hombres no cuidados	34,39	48,991	,520	,762
dificultades comunicación	34,67	49,762	,603	,760
Dificultades medicos	33,70	46,284	,593	,753
defensiva	34,11	48,203	,527	,761

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
carrera estable	29,62	47,854	,337	,780
Buen sueldo	31,55	48,287	,225	,789
horario flexible	30,66	48,511	,185	,793
convencer amigos	30,90	48,901	,232	,787
otras mas apropiadas	31,05	43,945	,438	,772
no desafio	31,29	44,842	,427	,773
no autonoma	30,98	46,087	,301	,785
no tecnologica	30,86	48,963	,173	,793
influencia familia	31,76	47,765	,368	,778
Dificultades por sexo	31,59	44,949	,559	,764
enfermeros ayuda	31,60	46,068	,404	,775
hombres no cuidados	31,47	44,464	,548	,763
dificultades comunicación	31,76	45,344	,618	,762
Dificultades medicos	30,79	41,851	,619	,754
defensiva	31,19	43,665	,557	,762

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	24,30	40,451	,330	,790
Buen sueldo	26,25	40,530	,253	,797
convencer amigos	25,55	41,472	,219	,798
otras mas apropiadas	25,77	36,589	,459	,780
no desafio	25,98	37,712	,432	,782
no autonoma	25,65	38,604	,320	,795
influencia familia	26,45	40,082	,404	,785
Dificultades por sexo	26,28	38,376	,505	,777
enfermeros ayuda	26,32	38,864	,401	,785
hombres no cuidados	26,18	37,373	,544	,772
dificultades comunicación	26,45	38,150	,625	,770
Dificultades medicos	25,52	35,203	,594	,765
defensiva	25,90	37,007	,523	,773

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	22,50	36,831	,318	,793
convencer amigos	23,75	37,852	,202	,802
otras mas apropiadas	23,97	33,389	,429	,786
no desafio	24,18	33,779	,459	,781
no autonoma	23,85	35,011	,314	,798
influencia familia	24,65	36,808	,353	,791
Dificultades por sexo	24,48	34,593	,521	,776
enfermeros ayuda	24,52	35,068	,413	,785
hombres no cuidados	24,38	33,529	,570	,771
dificultades comunicación	24,65	34,536	,625	,770
Dificultades medicos	23,72	31,529	,611	,764
defensiva	24,10	33,278	,538	,773

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
carrera estable	20,00	34,508	,290	,802
otras mas apropiadas	21,47	31,134	,412	,794
no desafio	21,68	31,305	,460	,787
no autonoma	21,35	32,197	,338	,802
influencia familia	22,15	34,536	,318	,799
Dificultades por sexo	21,98	32,084	,523	,781
enfermeros ayuda	22,02	32,220	,447	,788
hombres no cuidados	21,88	30,952	,584	,774
dificultades comunicación	22,15	32,164	,611	,776
Dificultades medicos	21,22	29,020	,623	,768
defensiva	21,60	30,786	,543	,778