

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA

De la Fundación "la Caixa"

"Influencia de la Formación y de la Motivación de los profesionales de enfermería en el desarrollo del Rol Autónomo"

AUTORES: Núria Guardia Milá

Rosario Laborda Garcia

Silvia Santiago Ibáñez

(Ma.)



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

R.12.426

04 JUL. 2002

Trabajo dirigido por los profesores:

E. Pont
M. Teixidor
J. Tejada

Comisión evaluadora

M. Teixidor	Presidenta
E. Pont	Secretario
C. Ferrer	Vocal
F. Ferrer	Vocal
J. Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 3 de julio de 2002

Aceptado en fecha:

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

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Evolución Histórica

- 3.1.1. Identificación de los cuidados en la mujer
- 3.1.2. Identificación de los cuidados en la mujer consagrada
- 3.1.3. Identificación de los cuidados en la mujer-enfermera auxiliar del médico

3.2. Resumen Histórico

3.3. Rol de la Enfermera a lo largo de la historia

3.4. Valoración Social y Coste Económico de los Cuidados

3.5. Formación

3.6. Cuidados: Rol de la Enfermera

3.7. Teorías y Modelos de los Cuidados de Enfermería

- 3.7.1. Florence Nightingale
- 3.7.2. Escuela de las Necesidades
 - 3.7.2.1. Virginia Henderson
 - 3.7.2.2. Dorotea Orem
 - 3.7.2.2.1.1. Faye Abdellah
- 3.7.3. Escuela de la Interacción
 - 3.7.3.1. Hildegarde Peplau
 - 3.7.3.2. Gertrud Ujhely
 - 3.7.3.3. Nancy Roper
- 3.7.4. Escuela de los Efectos Deseables
 - 3.7.4.1. Callista Roy

3.7.5. Escuela de la Promoción de la Salud

3.7.6. Escuela del ser Humano Unitario

3.7.7. Escuela del Caring

3.7.8. Resumen Teorías más relevantes

3.7.9. Resumen de Escuelas y Teorías

3.8. Futuro de los Cuidados

3.9. Investigación

3.10. Evolución de la Motivación

3.10.1. Motivación

3.10.2. Teorías de la Motivación Humana

3.10.2.1. Teorías de Contenido

3.10.2.2. Teorías de Proceso

3.10.2.3. Teorías Cognitivas

3.10.2.4. Otras conceptualizaciones de la Motivación

4. DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

4.1. Metodología

4.2. Variable Dependiente

4.3. Variables Independientes

4.4. Variables Intervinientes

4.5. Indicadores sobre Rol Autónomo, Formación Específica y Motivación

4.6. Grupos de Indicadores sobre Rol Autónomo, Formación Específica y Motivación

4.7. Instrumentos de recogida de información

4.8. Características del cuestionario

4.9. Población y Muestra

4.10. Hipótesis

5. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

6. RESULTADOS

6.1. *Análisis Descriptivo*

6.1.1. Variables sociodemográficas

6.1.2. Variables indicadoras de Formación

6.1.3. Variables indicadoras de Rol Autónomo

6.1.3.1. Puntuaciones medias obtenidas en los indicadores de Rol Autónomo

6.1.3.2. Indicador de Rol Autónomo en los profesionales

6.1.4. Variables indicadores de Motivación

6.1.4.1. Satisfacción en el trabajo y motivación para el desarrollo de Rol Autónomo

6.1.4.2. Constructos de indicadores de Motivación

6.1.4.3. Motivación Extrínseca

6.1.4.4. Motivación Intrínseca

6.1.4.5. Motivación Trascendente

6.1.4.6. Puntuaciones medias obtenidas en Motivación

6.2. *Variables intervinientes*

6.2.1. Turno de trabajo

6.2.2. Años de ejercicio profesional

6.2.3. Años de ejercicio en el área

6.3. *Relación entre Rol Autónomo y Formación*

6.3.1. Indicadores de nivel de Rol Autónomo según titulación básica

6.3.2. Nivel de Rol Autónomo según titulación básica

6.3.3. Relación entre nivel de Rol Autónomo y formación post-básica

6.3.4. Relación entre nivel de Rol Autónomo y Formación Específica de Rol

6.4. *Relación entre nivel de Rol Autónomo y Motivación*

6.5. Análisis de la formación realizada en el hospital sobre “Pla de Cures”

- 6.5.1. Variable indicadora de si/no formación en “Pla de Cures”
- 6.5.2. Indicadores de nivel de Rol en los dos grupos
- 6.5.3. Indicadores de Motivación en los dos grupos
- 6.5.4. Relación entre la formación sobre “Pla de Cures” y edad de los profesionales, años de ejercicio profesional y años en el área de trabajo.
- 6.5.5. Relación entre nivel de Rol Autónomo y la formación sobre “Pla de Cures”
- 6.5.6. Relación entre la formación sobre “Pla de Cures” y Satisfacción, Motivación para Rol Autónomo, nivel de Rol y Motivación

7. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

8. RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA ENFERMERÍA DEL SIGLO XXI: ROL AUTÓNOMO, FORMACIÓN Y MOTIVACIÓN

9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

10. BIBLIOGRAFÍA

11. ANEXOS

- 1. Cuestionario
- 2. Datos estadísticos

1. INTRODUCCIÓN

En el desarrollo histórico de la actividad de cuidar personas, se han venido realizando esfuerzos por definir un cuerpo propio de conocimientos de base científica que orienten y den sentido a los profesionales de enfermería.

Estos esfuerzos han cristalizado en la producción de modelos conceptuales que nos ayudan a analizar, comprender e interpretar la intervención de la enfermera, ya sea en la asistencia, la docencia o la investigación.

Las instituciones sanitarias han destinado recursos de formación para la implantación de un modelo para el desarrollo del plan de cuidados y así mantener actualizados los conocimientos científicos de los profesionales y dar respuesta a las nuevas dimensiones del progreso científico. No obstante debido al carácter invisible del cuidar, algunas enfermeras tienden a desestimar lo que es de su incumbencia y competencia, viendo en las habilidades técnicas una garantía de prestigio profesional. En la actualidad aún se otorga poca importancia al papel de los cuidados, la sociedad da mayor relevancia al resultado final, que a estos aspectos, considerados por algunos como productos intermedios, el trabajo de la enfermera se ve como una ayuda en el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad. Dentro de los equipos de salud son los profesionales de enfermería los que poseen los conocimientos, actitudes, valores y habilidades necesarios para llevar a cabo su competencia específica sobre los cuidados. Una idea clara del cuidado que se ha de crear y prodigar, será entonces cuando la población reconocerá a los profesionales de enfermería su contenido y entidad propia.

La enfermera ha de saber tomar decisiones y prestar cuidados durante las diferentes fases vitales del proceso salud-enfermedad, estableciendo una relación recíproca y de confianza con el paciente, siendo su finalidad la de realizar cuidados de calidad para la salud tanto a nivel biofísico como psicosocial y espiritual, desarrollándolos en el ámbito de la prevención la enfermedad, la rehabilitación o la muerte.

Una forma de influir en éste desarrollo, es por la motivación de los profesionales de enfermería. Partimos de que las personas se sentirán motivadas a realizar ciertas actividades, para alcanzar una meta, si creen en el valor de esa meta y si sienten que sus acciones contribuirán a lograrla. De este modo la motivación de las personas es consecuencia de fuerza=valor X expectativas, reconociendo la importancia de las necesidades y motivaciones individuales. Las personas y las instituciones tienen metas diferentes pero estas se pueden armonizar.

Creemos que existen algunas dificultades para el desarrollo del Rol, que se pueden presentar en un hospital de tercer nivel tales como Alto nivel tecnológico, procesos muy complicados que demandan mucha atención a nivel de los cuidados relacionados con el Rol colaborador. La presión asistencial debido al acortamiento de las estancias hospitalarias con lo que el proceso es más intenso.

El interés y la preocupación general de las enfermeras por el desarrollo de su **Rol Autónomo**, es decir todas aquellas actividades que ejerce la enfermera aplicando cuidados básicos, utilizando una metodología de trabajo, identificando los problemas y diagnósticos enfermeros, nos ha llevado a reflexionar y a profundizar en el conocimiento de otras fuentes de dificultad. Planteándonos que el desarrollo del Rol Autónomo, está relacionado con la formación básica, post-básica, específica y la motivación de los profesionales de enfermería.

2. OBJETIVOS

Generales:

- Analizar la influencia de la formación básica, post-básica y específica sobre el desarrollo del nivel de Rol Autónomo en los profesionales de enfermería.
- Analizar la relación entre la motivación, satisfacción en el trabajo, motivación para Rol Autónomo y nivel de Rol Autónomo.
- Proponer otras líneas de investigación para analizar las dificultades profesionales sobre el desarrollo de Rol Autónomo.

Operativos:

- Medir el nivel profesional de desarrollo de Rol Autónomo.
- Conocer en que medida las intervenciones estudiadas de las enfermeras influyen en el desarrollo de Rol Autónomo.
- Averiguar qué tipo de formaciones favorecen el desarrollo del Rol Autónomo.
- Analizar la relación entre turno de trabajo, años de ejercicio profesional y de permanencia en el área de trabajo con la motivación, satisfacción en el trabajo, motivación para el desempeño del Rol Autónomo y nivel de Rol Autónomo.
- Medir la motivación intrínseca, extrínseca y trascendente de los profesionales.
- Medir la satisfacción en el trabajo.

- Medir la motivación de los profesionales para el ejercicio del Rol Autónomo.
- Saber si existen diferencias en el desarrollo del Rol Autónomo entre las enfermeras que han realizado la formación sobre “ Plà de Cures” en el Hospital y las que no lo han realizado.
- Elaborar un cuestionario que nos permita valorar: nivel de Rol, formación y motivación de las enfermeras/os.

3. MARCO TEÓRICO

Cuidar es algo imprescindible en la vida de los individuos y grupos sociales, es lo que ayuda a vivir. **Cuidar, profesión y enfermería.** Recientemente denominados **cuidados de enfermería.**

3.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Sin duda alguna es indiscutible la importancia de la evolución histórica de todos nuestros antecesores. Desde las primeras mujeres sabias, pasando por Fabiola, Florence Nightingale, hermanas de la Caridad, Virginia Henderson y tantas otras teóricas como: Orem, Peplau, Roy, Rogers... que han contribuido con sus aportaciones para poder llegar hasta nuestros días y a nuestra realidad como profesión. Fue con la llegada de la revolución industrial y los movimientos demográficos cuando a finales del siglo XIX diferentes grupos iniciaron su propio movimiento de profesionalización, este fue el caso de la enfermería y de muchas profesiones sanitarias y sociales derivadas de la misma.

Un **oficio** no parte de una creencia ideológica. Se constituye a partir de una actividad necesaria para la vida del grupo social, garantizando en primer lugar y ante todo, un servicio a la comunidad. Son pues ocupaciones habituales, aunque especializadas.

La profesión de enfermería tiene sobrados motivos para hacerse valer más como una **profesión** que como un oficio, ya que posee un cuerpo de

conocimientos disciplinares a la vez que habilidades técnicas y sociales que le permiten prestar sus servicios a la sociedad.¹

Estos servicios están orientados tanto en beneficio de la promoción y mejora de la salud así como en la asistencia y rehabilitación de las personas que sufren pérdida de su autonomía ó en casos de enfermedad irreversible acompañándola en el trance de su muerte. Con unos valores propios y con la capacidad de identificar diagnósticos enfermeros.

Es a finales del siglo XIX y comienzos del XX que el término “enfermera, enfermero”, utilizado por el personal De la Asistencia Pública de París, relegó al de “ guarda de enfermos” o “cuidadores”, sin duda por ser el primero en introducirse, a instancias del Doctor Bourneville, en un texto legislativo: Decretos del Consejo Municipal de París que crean las cuatro primeras escuelas de enfermeras de la Asistencia Pública (1879-1894). Después de la ley de Combre en 1901, este término quedó definitivamente homologado por la circular del 28 de octubre de 1902, creando la escuela de enfermeras en Francia.

La enfermera figura mítica, viene determinada por el “Rol” que de ella se espera más por lo que lógicamente debería caracterizarla profesionalmente (no personalmente): **sus cuidados**. Este “Rol “de la enfermera debe unificar el Rol moral y el Rol técnico, y como pasar de una definición forjada a partir del Rol, de la enfermera como persona, al sustrato de la prestación que ofrece el personal de enfermería: **los cuidados de enfermería**. Aquí está en juego el dilema de la profesión, abarcando la identificación de la naturaleza, la razón de ser, el significado, la valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a los necesitados de cuidados.

Una de las primeras acciones fue que el personal de enfermería estuviera en posesión del título y realizaran su actividad con mayor rigor, método y orden. Muy ligada a este movimiento estuvo Adela Simón, enfermera que hizo su

¹ M. Teixidor

formación en Inglaterra y al llegar a España su objetivo fue conseguir la profesionalización de las enfermeras Españolas.²

Las crisis de identidad iniciadas ya abiertamente en 1968 en Europa, Estados Unidos y Canadá aún no se ha resuelto. A finales de 1987 el malestar de la enfermería se hizo patente en Inglaterra, provocando huelga general en el 88, trasladando el movimiento durante 1990-91 a diversos países europeos. Aunque algunas cuestiones parecían satisfacerse, como las relativas a la formación universitaria aún quedaba por demostrar las aportaciones de la profesión, el carácter indispensable de sus conocimientos y su irremplazable contribución social y económica, siendo aún en el siglo XXI el reto de nuestra profesión, búsqueda de la razón de ser, dentro de las ciencias de la salud. El rol sufre transformaciones como consecuencia de la especialización de las áreas, lo que indica que el futuro será distinto del presente. El futuro de la asistencia depende de la multidisciplinariedad y de la interdisciplinariedad, lo que requiere una definición de las distintas disciplinas, con las definiciones de finalidades y objetivos de cada profesión.

Se necesita utilizar lenguaje común, es decir interdisciplinar. A la vez la interdisciplinariedad requiere una simetría en el poder lo cual resulta difícil ya que el médico juega un papel fundamental y la enfermera subalterno.

En la esfera de la salud, el centro de atención es el enfermo y el paso de una orientación centrada en la enfermedad, a una orientación teórica hacia la salud, tienen incidencia a parte de las funciones delegadas por el médico, los cuidados de enfermería, para los cuales, los profesionales de Enfermería deben de tener competencia y responsabilidad. En esta praxis del cuidado la enfermera ejerce creatividad en todos los ámbitos del saber y ejerce de forma autónoma, es decir tiene su propia metodología, su propia legalidad y no depende de otra disciplina. Las enfermeras y enfermeros sufrimos todavía por no ser capaces de afirmar y consolidar los efectos socioeconómicos de nuestro trabajo, que lo esencial sigue siendo invisible.

La evolución histórica en la práctica de **cuidados** abarca:

² C. Domínguez Alcón

3.1.1 Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la edad media, en la sociedad occidental.

3.1.2 Identificación de los cuidados en la mujer consagrada, desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia. La enfermera debe conocer cuales son las creencias, los valores o la fe de un paciente, sobretodo si este se encuentra en graves condiciones, esto le permitirá ofrecer una ayuda mas singularizada, más personalizada.

3.1.3 Identificación de los cuidados de la mujer-enfermera auxiliar médico, desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta.

3.1.1 Identificación de los cuidados en la mujer:

La primera mujer con la que se identifican los cuidados fue Fabiola, perteneciente a la alta sociedad romana, convertida al cristianismo. Las mujeres siempre han sido curanderas, han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus prácticas entre ellas. Se han ocupado de las funciones vitales de comer, beber, vestirse andar, comunicarse, etc. El tacto por las manos, acariciar, rozar o hacer presión puede calmar, relajar, apaciguar, dilatar, etc. Elaborando así los masajes. No había separación entre lo que hoy en día llamamos cuidados preventivos y curativos.

Los cuidados prestados por las mujeres tenían un valor de uso, es decir un valor de intercambio de servicio.

3.1.2 Identificación de los cuidados en la mujer consagrada:

Las múltiples invasiones, las peregrinaciones y las cruzadas dieron vida a las grandes ordenes hospitalarias militares, casi todas ellas inspiradas en el hospital-hospicio para enfermos y peregrinos fundado en Jerusalén bajo el

patrocinio de San Juan en 1070. Las mujeres consagradas podían ejercer algunas actividades curativas en las iglesias o en los hospitales, sin administrarlos, de hecho la actividad hospitalaria era una actividad aneja a la vida conventual. Las Agustinas del Hospital de París, fundadas en el siglo XIII, fueron el modelo de las congregaciones hospitalarias. Pero la obligación de la clausura hacía imposible los cuidados a domicilio a enfermos, por eso en 1610 Francisco de Sales intenta fundar una congregación religiosa fuera de los muros, las salesas (enfermeras visitadoras), pero tras nueve años también fueron encerradas tras las rejas. En 1633 Vicente de Paúl creó las Hijas de la Caridad, iniciando una vida religiosa muy diferente. Progresivamente fueron apareciendo diferentes órdenes.

Durante el siglo XIX las religiosas que cuidaban eran sólo una porción minoritaria, la función educadora era muy predominante, el modelo seguía siendo las Hijas de la Caridad. De hecho ellas eran las grandes proveedoras de cuidados a domicilio, hasta la aparición de las primeras enfermeras liberales en los años cincuenta (1950).

Fue entonces cuando se empezaron a abrir nuevas perspectivas profesionales teóricas y las enfermeras empezaron a preguntarse sobre su status profesional, tomando conciencia de la importancia de su trabajo. Hasta ese momento los cuidados del cuerpo daban soporte a los cuidados del espíritu, cuidando al cuerpo se podía ayudar al alma y si la situación empeoraba preparaban al enfermo para una buena muerte. La finalidad de los cuidados era esencialmente espiritual. Con la llegada de las nuevas tecnologías, el instrumento reemplazará la función de la palabra hasta el punto de sustituirla. Habrá un distanciamiento entre el cuerpo del que cuida y del cuidado y los cuidados habituales de conservación de la vida seguirán estando minimizados, devaluados y confiados a un personal considerado subalterno.

Los superiores son numerosos: eclesiásticos, médicos. La obediencia no solo debía manifestarse en cuanto a lo que atañía a los enfermos sino también en cuanto a lo que concernía propiamente.

Los cuidados administrados por las mujeres consagradas no son objeto de una evaluación financiera ya que estas mujeres estaban al servicio de Dios, de la iglesia y de los pobres. Su servicio es gratuito, lo que es totalmente distinto de un valor de uso donde hay un cambio, una reciprocidad. Los cuidados no tenían precio, ya que su recompensa no era de este mundo.

“ De hecho, los cuidados mantendrán casi hasta nuestros días un valor económico fluctuante que navegará entre el valor de uso y el donativo gratuito, lo que obstaculizará considerablemente el reconocimiento social y económico del servicio de enfermería.”³

3.1.3 Identificación de los cuidados en la mujer enfermera – auxiliar del médico:

Hasta la llegada de Florence Nightingale no se reconoció el dominio de conocimientos que pertenecían a las enfermeras. Los descubrimientos realizados a finales del siglo XIX en el campo de la física y la química, permitieron aplicar a la medicina las consecuencias de estos conocimientos y poner a punto tecnologías cada vez más complejas para diagnosticar y posteriormente tratar las enfermedades. El médico necesita delegar cada vez más las tareas rutinarias que tiene costumbre de realizar (toma temperatura, examen de orina, etc.) así como los cuidados médicos más habituales (cataplasmas, lavativas, etc.). Así llega a asegurarse la ayuda de un personal, que se llamará más tarde paramédico. Ese nuevo modelo comienza a apuntar simultáneamente, el de auxiliar del médico, primero preparando el material necesario para su actividad, después procurando bajo su responsabilidad los cuidados prescritos y delegados por él; y por tanto accediendo poco a poco a fragmentos de conocimientos médicos que éste dispensa para realizar estas tareas.

³ F. Collière

Así la enfermería se constituye a partir de estas dos fuentes que actuaran constantemente interaccionando recíprocamente, pudiéndose incluso hablar de una doble filiación: la filiación conventual y la filiación médica.

Servir es la base de la enfermería, servir a los enfermos, al médico, olvidándose de sí misma, por otra parte el "uniforme" aparece como el signo simbólico de esta renuncia, igual que cuando las mujeres consagradas tomaban el hábito. Para el médico deberá ser agente de información y de ejecución.

Identificar los cuidados de enfermería supone preguntarnos por lo que les caracteriza y en lo que basan su identidad. Averiguar los elementos que participan en su elaboración: los conocimientos y los instrumentos que se utilizan, así como las creencias y valores en que se basan, aunque siempre hay algo imprevisible que no se puede apreciar ni delimitar.

Para que los cuidados de enfermería sean eficaces tienen que ser reflexionados, y en ese proceso de reflexión debe de incluirse el descubrir a la persona a partir de lo que dice, intentando comprender lo que dice respecto a su contexto de vida, a la vez que descifrar y confrontar con las fuentes del saber y que nos pueden orientar en su significado.

La enfermera debe tener la capacidad de descubrir los pequeños signos que transmite una persona por su mirada, su cara, su postura, su vestido así como los signos que provienen de su entorno social, del espacio donde ella se sitúa. Estas informaciones se traducen por signos de desamparo, soledad, alegría, tristeza, penuria económica y social, satisfacción, placer, deseo etc. Toda esta información debe ser recogida y procesada para ser capaces de utilizarla.

Por tanto los cuidados de enfermería deben nutrirse de fuentes de conocimiento sobre disciplinas tan diferentes como biología, demografía, psicología social y todas las mencionadas anteriormente. Estos conocimientos tienen que ser adquiridos a través de la formación y en el terreno del ejercicio profesional. No pueden ser solo objeto de cursos o de la enseñanza didáctica fragmentada, puntual o parcial.

Por todo ello la practica profesional deberá ir orientada a la comprensión de las distintas situaciones, siendo objeto de exploración y análisis en grupos de trabajo, con la ayuda de las enfermeras que han realizado los cuidados y con personas competentes en las disciplinas afines. Todo el cuerpo de conocimientos tiene que constituir un patrimonio, que de lugar a otros conocimientos y sirvan de base permanente para la evolución profesional.

3.2 RESUMEN HISTÓRICO

Cuidadores	época	Cuidados	Hospital de Sant PAU
Mujeres sabias, Fabiola (romana)	Humanidad. hasta final de la Edad Media	Prácticas de cuidados transmitida a través de las plantas, tacto con las manos, masajes.	<p><u>S. XV:</u></p> <p>-1401, Nace el antiguo Hospital de la Santa Creu.</p> <p>-1417, Oficio de Enfermero (persona buena e idónea, residente en el hospital, que planifica y participa en la administración)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “La Dona qui ha cura de les malaltes” ó “infermera” ó “pensadora de les malaltes” (asistencia a mujeres) • “La Dona del Infants” (asistencia a niños y lactantes).
Agustinas (Hospital de París)	S. XIII	Cuidados gratuitos. Actividades curativas en iglesias y hospitales. Gran importancia al Rol Moral.	
Enfermeras Visitadoras (salesas)	S. XVII (Fco. De Sales)	Ordenes religiosas, prestaban cuidados en el domicilio y en el hospital (higiene, alimentación)	<p><u>S. XVI y S. XVII:</u></p> <p>Rol propio basado en el cuidado de necesidades básicas. Rol de Colaboración, control y administración de prescripciones médicas respecto a dietas y medicación)</p>

Mujeres consagradas (Francia)	Edad Media hasta finales del S. XIX	Actividades curativas en las iglesias y hospitales. Mantenimiento de funciones vitales (comer, beber, vestirse)	<ul style="list-style-type: none"> • “Pares ó Mares” (supervisores, control de higiene, ropa, material y buen ambiente de las salas) • “Barbers ó Sagnadors” (Rol de Colaboración)
Hijas de la Caridad	S. XVII (San Vicente de Paul)	Cambios en la vida religiosa. Cuidados a domicilio y en el hospital (higiene, alimentación)	<u>S. XVI y S.XVII:</u> El hospital ha crecido mucho, cambios organizativos y en el equipo cuidador. No sólo está el “Enfermero”, también el “Prior” (supervisión directa de personal y de las necesidades de pacientes, discapacitados).
Hijas de la Caridad	S. XVIII y S. XIX	Función educadora, cuidados a domicilio. Grandes descubrimientos, aparecen aumentos de las tareas delegadas (personal paramédico).	<u>En el S. XVIII:</u> Aparecen ya dos centros autónomos: Hospital General y La Casa de Convalecencia. <ul style="list-style-type: none"> • “Senyores Darderes” (dependencia de la congregación de la Natividad), dedicadas a los cuidados de los pacientes mentales. • “Filles de la Caritat” llegaron desde París en 1790, aportaron grandes mejoras en las salas.
Florence Nightingale (1820-1910)	S. XIX	Trabaja en la guerra de Crimea cuidando heridos, aporta grandes	<u>S.XIX:</u> <ul style="list-style-type: none"> • “Germans de la Caritat”, Pía Asociación laica sin votos religiosos. • “Germanas Hospitalarias de la Santa

		<p>cambios en los hospitales.</p> <p>Pionera del nuevo concepto de la Enfermera:</p> <p>procesos de reflexión y conocimientos propios.</p>	<p>Creu", les "monges" del hospital.</p>
<p>Primeras Enfermeras Liberales (1950)</p>	<p>S. XX</p>	<p>Creación de la primera escuela de Enfermeras en 1902.</p> <p>Hasta ese momento básicamente cuidados espirituales.</p> <p>Aparición de nuevas tecnologías, el instrumento substituye a la palabra.</p>	<p><u>S. XX:</u></p> <p>16 de Enero 1930 inauguración del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.</p> <p>En 1954 se funda la Escuela de Enfermeras del Hospital de Sant PAU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Germanes Hospitalaries de la Santa Creu", hasta 1997.
<p>Formación técnica ATS</p>	<p>1960 - 1970</p>	<p>Cuidados técnicos, función subordinada al médico.</p> <p>Búsqueda de la identidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adela Simón, introdujo la figura de la Auxiliar de Enfermería, coberturas de 24 h., documentación propia, asistencia por tareas, formación continuada, creación de protocolos.

		profesional.	
Nuevo programa profesional	1972	Rol Ideológico y Moral (base de los cuidados de Enfermería). Rol Técnico (base de la cooperación médica)	Estudios de ATS en la Escuela de Enfermería. Búsqueda de la identidad profesional.
Escuelas de Enfermería, estudios Universitarios	1977... siglo XXI	Reconocimiento de un Rol Propio. Adaptación modelos teóricos de cuidados. Proceso de profesionalización	1980 primera promoción de Diplomados en Enfermería, dando prestigio a la profesión. Plan de cuidados basado en el modelo conceptual de V. Henderson.

3.3 ROL DE LA ENFERMERA A LO LARGO DE LA HISTORIA

Alrededor del “rol de la enfermera” se construye todo el proceso de profesionalización. Delimitar la práctica supone la definición del rol. El rol es la manera de actuar, la manera de vivir, de volver a sentir lo que se hace al ejercer una función. “No es la función, es la expresión de la función”⁴. Él hasta entonces único rol de las mujeres consagradas reviste dos aspectos: el rol moral y el rol técnico, siendo el primero el más importante y debiendo éste alimentar constantemente y servir de guía al segundo. Aparecen los internados y es en el hospital donde se pone en práctica el rol moral y el rol técnico.

En los programas de formación, desde 1902 (creación de las primeras escuelas de enfermeras) hasta 1972 (puesta en marcha del nuevo programa) se modelan el rol ideológico y moral de la enfermera, base de los cuidados de enfermería y el rol técnico, base de la cooperación médica.

Es con el decreto de 31 de Mayo de 1978 cuando se reconoce “ un rol propio”. Con la formación en escuelas empieza a aparecer una literatura de enfermería. “Lo que llama la atención al revisar la literatura de enfermería es la incesante preocupación de circunscribir el personaje de la enfermera en un rol, sean cual sean los acontecimientos sociopolíticos y económicos del momento”⁵

Esta preocupación prevalece hasta nuestros días y hace que nos preguntemos que es lo que da sentido y razón de ser a los cuidados que más tarde se denominarán cuidados de enfermería. Además “ los intentos de profesionalización, que se han esforzado para que se reconozca la profesión, se han referido sobre todo al reconocimiento de la enfermería definida por un rol, mas que a la identificación del servicio profesional: Los cuidados de enfermería”.⁶

El rol moral dejado de lado con la invasión de la técnica, se va a transformar por una serie de cuestiones sobre las necesidades del enfermo que requieren para descubrirlas la base de una relación cuidador-persona cuidada. La

⁴ F. Collière

⁵ F. Collière

corriente técnica está basada en la enfermedad y la actividad de enfermería esta organizada alrededor de diferentes tareas prescritas por el médico, para investigar, tratar y controlar la enfermedad. Esto dará lugar a un trabajo extremadamente rutinario, automatizado y sin un interés tangible a pesar de la doble preocupación por:

- Esforzarse en mantener con los enfermos relaciones interpersonales de naturaleza diferente de las tareas impuestas.
- Tratar de conseguir cada vez una destreza mayor en el dominio de la técnica, para ascender en la escala social de los servicios.

Los conocimientos teóricos, centrados en la enfermedad se completan con los conocimientos prácticos centrados en las técnicas. Así los instrumentos del oficio de enfermería serán instrumentos prestados por la medicina.

La influencia de la corriente basada en la enfermedad y originada por la técnica no puede dar lugar a investigaciones en cuidados de enfermería, ya que estos no existen por si mismas, no tiene un campo y un contenido que les sea propio. Por el contrario, los médicos utilizan ventajosamente las observaciones y los controles de los tratamientos realizados por las enfermeras para llevar a cabo sus trabajos de investigación médica.

Hasta los años 1965 – 1970, los artículos dirigidos a enriquecer los cuidados de enfermería son redactados casi exclusivamente por los médicos.

La contribución de la técnica a la valoración profesional no atenúa el malestar de la enfermería desde 1956.

La búsqueda de una identidad profesional intenta principalmente afirmarse procurando:

-Desmarcarse de la influencia médica:

Intentando desmedicalizar los cuidados de enfermería, manejando el aspecto de los cuidados que les es propio. Pero ante esto la enfermera se encuentra con diversas dificultades, la más frecuente es el equivoco existente entre

⁶ F. Collière

“cuidar” y “tratar”, otra procede de la estimación arbitraria de lo que una persona que requiere cuidados es capaz de proporcionarse por sí misma o con la ayuda de otra. Esta estimación pasa por dos sectores, el de la enfermera, dependerá del tiempo, del personal según los días, etc. Y del enfermo en base a su personalidad, sus exigencias, clase social etc.

Una dificultad de más reciente aparición surgió con la estimación sistemática de todas las necesidades, de todas las funciones, por medio de instrumentos complejos elaborados a partir de diversas teorías.

“Intentar desmedicalizar los cuidados de enfermería es poder identificar su naturaleza y diferenciarlos de los cuidados médicos, tratando siempre de hacerlos complementarios”⁷

“Curar y cuidar son procesos complementarios y armónicos. El médico aunque cure también debe cuidar y la enfermera aunque cuide también debe preocuparse por curar al paciente”.

Cuidar es acompañar y estar con la persona enferma, velar por su persona. Requiere la capacidad de situarse en el nivel del otro y sobretodo capacidad de escucha. Por lo que la receptividad es un valor fundamental en la tarea del cuidar. La enfermera debe gestionar bien el tiempo y el espacio ya que son categorías fundamentales en el acto del cuidar.

-Adquirir el sello de una formación superior:

Lo que sin duda parece determinante es la aspiración a un reconocimiento social acreditado. De hecho una de las grandes preocupaciones de las profesiones que quedaron apartadas del ascenso social es ganar credibilidad y valor social, particularmente por la vía de la formación universitaria, vía noble para acceder a títulos reconocidos.. El acceso a la universidad origina profundos cambios en la enfermería, además del acceso a terrenos de conocimientos extremadamente diversos extiende la percepción del campo social. La formación universitaria inicia el caminar interrogativo, obliga al cuestionamiento, conduce a la argumentación, además de permitir adquirir el

⁷ F. Collière

dominio del pensamiento escrito, ejercitándose por medio de la redacción de trabajos que son el prelude de las publicaciones.

Las aportaciones de la formación universitaria tienen sentido si se hacen cada vez más accesibles y las puede utilizar cualquier enfermera facultativa.. Esto es posible por medio de la formación continuada, realizando análisis de la propia práctica de cuidados y si se trabaja con las enfermeras de los servicios partiendo de las situaciones planteadas al cuidar y de sus incidencias de relación e institucionales. Considerando pues estos espacios de reflexión como espacios fundamentales del ejercicio profesional.

-Adoptar la imagen disciplinar en la investigación:

La investigación no sólo es algo posible y deseable sino recomendable para el desarrollo de los cuidados de enfermería y de la enfermería.

Partiendo del análisis de los problemas y de cuestionarse y dilucidar fenómenos se llega a comprenderlos mejor y saber utilizarlos en la práctica.

Florence Nightingale estaba convencida de que casi siempre los malos cuidados eran el resultado de una mala reflexión más que de una falta de atención, además su objetivo era el de ayudar a las enfermeras a adquirir por si mismas una capacidad de pensar con su propia inteligencia.

3.4 VALORACION SOCIAL Y COSTE ECONÓMICO DE LOS CUIDADOS

La colaboración médica de la mujer-enfermera la hace más vulnerable, ya que ella no encuentra su valor en una función propia, al no tener más alternativa que el discurso moralizador, poco a poco las enfermeras encontraran en los tecnicismos una compensación a la servidumbre del cuidado a los enfermos. Harán de este tecnicismo el objeto prioritario de su formación.

El coste económico de la enfermería empezará a estimarse en valor monetario por dos aspectos:

- El ejercicio liberal de la práctica profesional.

- El principio de los sueldos, con las cargas sociales correspondientes.

A medida que exista una toma de conciencia de todo lo que contribuye a identificar los cuidados y el servicio de enfermería, así como su dimensión social y económica, les será posible a las enfermeras y enfermeros determinar su contribución dentro de una política de salud, midiendo todo lo que pueda influir en su orientación y su realización.

Así pues preguntarse por el precio de los cuidados y del servicio de enfermería es encontrar lo que crea su propia identidad, supone preguntarse en que se basan, como se elaboran y se realizan y cual es su alcance y su significación con respecto "a lo que tiene sentido para la vida de las personas y toma sentido para la vida de los que cuidan"⁸.

La identidad de los cuidados de enfermería sola se puede en contra "si centramos el acto del cuidar, que proponemos a los usuarios, como algo diferente y complementario de los cuidados médicos y si reconocemos su validez"⁹.

La percepción del cuidar por parte de los potenciales receptores de cuidados, según C. Domínguez Alcón incluye y reconoce tanto una importancia **psicológica**, expresada como sensación y emoción de lo que es por ellos el cuidar. De **conocimientos**, expresados como el deseo de que quien le cuide ponga en práctica unas técnicas específicas para resolver la situación en la que se encuentra. De **reconocimiento personal**, expresado como el deseo de quien le cuide le tenga en cuenta como persona, reconozca su existencia como tal, le respete y respete su libertad. Y de **expectativas sobre actividades específicas**, expresadas como deseo que se identifiquen sus necesidades y les ayuden a satisfacerlas.

Todo ello nos lleva a la reflexión de que en el marco institucional, la valoración del cuidar tiende a tener menor entidad que la tecnología u otros aspectos. Las enfermeras mostramos una tendencia a valorar factores diferentes a aquellos

⁸ F. Collière

⁹ F. Collière

que constituyen la esencia de la propia profesión, además de vivir el dilema de cómo establecer un lazo entre altruismo y autonomía.

3.5 FORMACIÓN

Las características de la disciplina enfermera han sido examinadas por varias enfermeras teorizadoras y han reconocido que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en los escritos incluso desde 1859 en los escritos de Nightingale. Gracias a la manera con que las enfermeras abordan la relación entre estos conceptos que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Según Nightingale los cuidados enfermeros están basados no en la observación y la experiencia sino en los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública, nutrición y sobre las competencias administrativas.

Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana e independiente a las diferencias biológicas clase económica creencias y enfermedades.

El cuidado es a la vez un arte y una creencia por lo que requiere una **formación formal**.

Estas ideas guían a Nightingale hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes.

Después de la guerra de Crimea la fundación Nightingale gracias a los donativos de un público agradecido permitió establecer una escuela de enfermeras independiente de los hospitales dando una formación a las enfermeras basada en el mantenimiento y recuperación de la salud, así como control del entorno y promoción de la salud.

Según Nightingale son las personas que han recibido una **formación de enfermeras** las que deben administrar los cuidados "Solo las enfermeras que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados tienen la competencia de cumplir este trabajo".

La escuela de enfermeras depende del hospital de modo que los servicios hospitalarios tienen la prioridad sobre las necesidades de formación. A medida que los conocimientos médicos son cada vez más numerosos y la tecnología más compleja la enseñanza formal las enfermeras necesitan un contenido orientado hacia los conocimientos médicos, los lleva a identificarse con el modelo científico médico. La enfermera recibe una formación técnica junto con el entrenamiento para la obediencia y el orden, la formación de las enfermeras en el hospital resulta beneficioso para este y para la profesión médica.

En Estados Unidos las enfermeras se interesan cada vez más por la investigación, como medio de desarrollo de los conocimientos. En los años cincuenta las investigaciones se concentran en la organización de las unidades de cuidados y sin mejorar los cuidados enfermeros. Así el resultado de las primeras investigaciones permite una transformación del sistema de prestación de cuidados de los años noventa.

Las enfermeras diplomadas son contratadas en los hospitales con el fin de que los estudiantes dediquen más tiempo a los estudios y menos al trabajo.

Otros estudios sobre las necesidades del personal enfermero (informe Borran 1948, informe UIER 1932) recomiendan que las enfermeras reciban su formación en los colegios universitarios y que sean formadas para impartir la enseñanza en sus escuelas (Bergeron y Cols 1984, Polit y Hungler 1991)

Como reacción al sufrimiento humano durante la crisis económica de los años treinta y la segunda guerra Mundial, la tendencia del mundo es crear un sistema de seguridad social, se confirma un reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad. Esta evolución da lugar a una diferenciación de la disciplina médica.

La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en que la persona vive.

La mayoría de la concepción de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona las enfermeras han elaborado en sus modelos, concepciones al modelo biomédico.

Después de los años 60 las investigaciones se interesan más específicamente por la mejora de los cuidados al cliente y por el desarrollo de una base de conocimientos en ciencia enfermera, con la implantación de los programas de doctorado en las universidades americanas, la investigación se inspira cada vez más en una base conceptual o teórica propia de la disciplina enfermera.

Paralelamente el sistema va evolucionando. La mayoría del personal enfermero de los hospitales esta formado no solamente por estudiantes sino también por enfermeras diplomadas. La aparición de las auxiliares (asistentes de enfermería) facilita la adopción del sistema de equipo en un buen número de hospitales.

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. **La investigación** no solo es algo posible y deseable sino recomendable para el desarrollo de los cuidados de enfermería.

Partiendo del análisis de los problemas y de cuestionarse y dilucidar fenómenos, se llega a comprender mejor y saber utilizarlos en la práctica.

Florence Nightingale estaba convencida de que casi siempre los malos cuidados eran el resultado de una mala reflexión más que de una falta de atención, además su objetivo era el de ayudar a las enfermeras a adquirir por si mismas una capacidad de pensar con su propia inteligencia.

3.6 CUIDADOS: ROL DE LA ENFERMERA

Los cuidados sirven para mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades. Necesidades que son indispensables para mantenerla, pero que son diversas en su manifestación. Siendo el objeto fundamental de la enfermera cuidar a la persona y ayudar e instruir a las personas que desarrollan los cuidados a ejercer adecuadamente su función. La razón de ser de los cuidados es pues garantizar la vida del sujeto y su autonomía funcional, proporcionando la ayuda necesaria para que la persona pueda alcanzar el máximo grado de independencia, respetando su dignidad, libertad, promoviendo su participación y dándole la información necesaria para que la persona pueda tomar sus propias decisiones. Por todo lo cual es necesario un cuerpo de conocimientos en ciencias como anatomía, biología, psicología, ética, humanidades y un cuerpo de conocimientos técnicos a la vez que sabiduría en el trato y relación con las personas, arte y creatividad sin menospreciar la vocación, cuya interacción con la profesión debe ser rica y profunda.

La enfermera debe conocer cual son las creencias, los valores o la fe de un paciente, sobre todo si éste se encuentra en graves condiciones, esto le permitirá ofrecer una ayuda más singularizada, más personalizada puesto que el cuidado va dirigido al bienestar de la persona. La enfermera interviene con el individuo es decir crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona, la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

Es a partir de los años 67-68 cuando la corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada empieza a abrirse paso dentro de la enfermería, siendo introducido como planteamiento en las necesidades del enfermo, ya que a nadie le puede bastar con la tecnología. ¿Cómo reconocer las necesidades del enfermo sin tener relación con él?. Esta corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada se empieza a desarrollar en la Escuela Internacional de Enseñanza de Enfermería Superior, y

se concreta hacia los años 1969-1970. Esta corriente se desarrolló hasta dar lugar al "plan de cuidados" y a convertirse en una de las bases de elaboración del nuevo programa de estudios de enfermería.

La enfermería tiene como razón de ser la persona cuidada, el punto de partida y el desenlace es el enfermo. Ya no se le tiene en cuenta como objeto portador de la enfermedad, sino que realmente es la finalidad de los cuidados, que sólo tienen sentido a partir de él, de lo que es y de lo que representa en su entorno social.

La relación con el enfermo se convierte en el eje de los cuidados, base del trabajo de enfermería. Relación que debe estar marcada por la afectividad, ya que su carencia puede producir patologías en todos los órdenes y no es posible la indiferencia, esto es la negación del otro. Es en esa relación que se establece donde la enfermera interviene con el enfermo, es decir con la persona. La enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona, y se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esa persona para el desarrollo de su propio potencial.

Sin suprimir las tareas delegadas, estas encuentran su inserción en el conocimiento de la persona cuidada. El deseo de garantizar una continuidad de los cuidados al enfermo, teniendo en cuenta sus necesidades fundamentales, y utilizar mejor las informaciones recogidas a lo largo de la relación cuidador-persona cuidada, conduce a la creación de un instrumento de trabajo: el plan de cuidados.

Según F. Collière la relación cuidador-persona cuidada sólo tiene sentido y puede ser viable si:

- Tiene por objeto descubrir y reconocer la información necesaria para proporcionar los cuidados apropiados.
- Permite entablar relaciones entre las diferentes informaciones relativas a la persona y su enfermedad, y si recurre a diferentes fuentes de conocimiento para comprender su sentido.
- Se inserta dentro de una acción profesional.

-Permite la concertación con la persona cuidada y su entorno, estimula su participación activa y lleva consigo la concertación y la coordinación con el resto de personal cuidador.

-Contribuye a asegurar la continuidad de los cuidados, a situarlos en un periodo.

-Aporta señales y referencias para valorar la calidad de los cuidados.

Para poder realizarse y ser eficientes a nivel de los servicios prestados se requiere por tanto una formación profesional, una reorganización del trabajo en función de otro concepto de los cuidados de enfermería y un reajuste de las tareas técnicas que no elimina, sino que les da sentido y las vuelve a situar en un contexto global.

Cuando esto se puede llevar a cabo, se valoran los cuidados de enfermería tanto por parte de los que son cuidados como por parte de los cuidadores.

En lo que concierne al coste económico, es necesario evaluar el coste de tiempo, teniendo en cuenta que una buena comprensión de las informaciones procedentes del enfermo, de sus allegados y de su entorno hace ganar un tiempo inestimable, siendo ese tiempo de relación cuidador-persona cuidada una actividad curativa en sí, con efectos terapéuticos irremplazables. Esta relación está marcada tanto por las creencias y valores de los que proporcionan y los que reciben los cuidados. Valores como son: la receptividad, la responsabilidad, la libertad, la justicia, la intimidad, la esperanza, el bien, la empatía, la igualdad, la confianza y el respeto. Ya que el ejercicio del cuidar es un acto bidireccional, pues cuidar no es mandar un determinado conjunto de prescripciones, sino justificar racionalmente las mismas y corresponsabilizar a la persona enferma de sus decisiones.¹⁰

3.7 TEORIAS Y MODELOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

Desde hace veinte años, las enfermeras estudian el problema de la elaboración de un MARCO CONCEPTUAL una teoría y una filosofía de los cuidados de enfermería

Una teoría permite guiar la acción y esta es su finalidad primordial.

Tenemos necesidad de un marco conceptual tanto en los servicios asistenciales como en la enseñanza o en la investigación. Finalmente es preciso un marco conceptual para organizar todos los conocimientos que surgen de la investigación.

El desarrollo de una teoría es importante para el crecimiento de cualquier disciplina y los modelos son construidos en relación con la teoría.

“La teoría representa un nivel más profundo de la realidad, describe como funciona el modelo”.

En el campo de la enfermería se han creado varios modelos, pero los teóricos continúan examinando otros. Al revisar la literatura observamos que el conjunto de principios y creencias filosóficas tienen distinta connotación según las diferentes escuelas y autoras, citaremos como más relevantes:

3.7.1 Florence Nightingale

Fue la primera, en presentar una concepción de la disciplina enfermera defendiendo una profesión femenina garantizando a la mujer el acceso al ejercicio profesional, su concepción ha guiado la práctica formación y gestión de los cuidados enfermeros.

La concepción de la disciplina enfermera, según Nightingale va dirigida al servicio de la humanidad, basada en la observación y la experiencia, que consiste, en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles, tanto en los aspectos físicos, intelectual, emocional, social y espiritual a fin de que la naturaleza, pueda restablecer o preservar su salud.

¹⁰ Torralba

3.7.2 Escuela de las Necesidades

Otros modelos de la escuela de las necesidades, han ido intentando responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras?. Según éstos modelos el cuidado, está centrado, en la independencia de la persona, en la satisfacción de las necesidades fundamentales. Dentro de esta escuela destacaremos las teóricas:

3.7.2.1 Virginia Henderson

Podemos considerar a V.Henderson la percusora de la enfermería moderna. Según el modelo de V.Henderson existen actividades indispensables en la vida cotidiana a las que los cuidados, deben suplir cuando una persona ya no puede administrárselos por si misma, así pues el rol de la enfermera, es un rol de suplencia, consiste en ayudar, a la persona a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. Como los cuidados de enfermería, se presentan en los diferentes medios de vida, ella introduce el principio de su origen en las necesidades del ser humano. Henderson, identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

3.7.2.2 Dorotea Orem

La teoría de D.Orem se refiere especialmente a las necesidades del ser humano que están en relación, con el autocuidado definiéndose éste como las acciones que permiten al individuo mantener la salud, bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud y hacer frente a sus efectos.

El autocuidado, es indispensable, cuando aparece la enfermedad y la muerte se pueden producir.

Según D: Orem las tecnologías utilizadas por las enfermeras son:

- 1) comunicarse con las personas en diferentes estados de salud y enfermedad

- 2) promover y mantener relaciones de cooperación en el ámbito interpersonal intra grupal o intergrupalo.
- 3) Aportar una ayuda adaptada a las necesidades y limitaciones del ser humano
- 4) Promover, mantener y controlar las posiciones y los movimientos de las personas en un entorno dado, con un fin terapéutico.
- 5) Sostener y mantener el proceso de la vida.
- 6) Promover el proceso del desarrollo humano, incluido el desarrollo del yo.
- 7) Evaluar, cambiar y controlar los modos psicosociales del funcionamiento humano en la salud y la enfermedad.
- 8) Promover y mantener relaciones terapéuticas fundadas en los modos del funcionamiento humano en la salud y la enfermedad.

En la sociedad siempre hay individuos que no son capaces de asegurar su auto cuidado incluso las acciones precisas para la supervivencia, la intervención de enfermería es indispensable.

La enfermera, reemplaza a la persona, que durante un tiempo no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas, con su salud y ayuda a la persona, a recuperarse para poder satisfacer sus auto cuidados.

Las principales teorizadoras de esta escuela son: Virginia Henderson, Dorotea Orem y Fave Abdellah

3.7.2.3 Faye Abdellah

Se basa en la utilización del método de resolución de problemas con el fin de ayudar a la persona a adaptarse en sus veintiuna necesidades de salud que son de la competencia enfermera

3-7.3 Escuela de la Interacción

3.7.3.1 Hildegarde Peplau

La teoría de Peplau se basa esencialmente en conceptos psicológicos y se centra en las relaciones interpersonales.

La enfermera requiere una gran madurez, lucidez y capacidad de análisis y autoanálisis. Peplau considera que los cuidados son un proceso educativo que tiende al desarrollo y crecimiento. La Teoría de Peplau es muy rica en posibilidades y ha servido a muchos marcos conceptuales, así mismo ha revolucionado la práctica y la enseñanza de los cuidados de salud mental, ha animado las primeras “sesiones de relación” utilizando ésta técnica en enfermería psiquiátrica. Peplau, ha participado activamente en el cambio de perspectiva de la disciplina enfermera, subrayando la contribución específica de la enfermera en la sociedad y reconociendo la ciencia enfermera, como una ciencia humana.

Su formación en psicología interpersonal, lleva a Peplau a integrar varios modelos de intervención terapéutica, entre ellos el de Harry Stack, Sullivan, Abraham Maslow y Sigmund Freud.

Peplau, describe los cuidados enfermeros, como un proceso interpersonal, terapéutico, la intervención de la enfermera es terapéutica y supone ayuda y asistencia.

Cuatro fases componen la relación interpersonal terapéutica: la orientación, la identificación, la profundización y la resolución.

Peplau define la persona como un ser bio-sico-espiritual que está en desarrollo constante.

La persona, tiene capacidad de entender su situación y transformar su ansiedad, en energía positiva, que le permitirá responder a sus necesidades. Peplau, no ha definido claramente el entorno, pero sugiere a las enfermeras, tener en cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambia de entorno.

3.7.3.2 Gertrud.Ujhely

En la misma línea, pues, fue discípula de Peplau tenemos a Gertrud b. Ujhely quien ha aportado un complemento basado en tres grandes categorías.

- Lo que la enfermera aporta a la relación

- A) sus valores personales y profesionales
- B) su actitud hacia la naturaleza humana
- C) su experiencia y sus conocimientos profesionales
- D) su estado físico y emocional
- E) su actitud hacia su papel profesional

-El contexto en el cual se da la relación:

Para Ujhely la meta final de enfermería es sostener al paciente durante su lucha

-Lo que el paciente aporta a la relación:

La experiencia que vive el paciente, su interpretación de ésta experiencia su respuesta a las experiencias pasadas y de sus capacidades presentes.

A finales de los años 50 y principios de los 60 surge la escuela de la interacción, varios acontecimientos, favorecieron el desarrollo de esta escuela. Había una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Se han centrado, sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona según la **escuela de la interacción**¹¹ "el cuidado es un proceso

¹¹ Kérouac

Interactivo, entre una persona, que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda". A fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores y comprometerse en el cuidado.

Las teorizadoras de ésta escuela son: Hildegard Peplau, J.Paterson, L.Zderad, I: Orlando, J.Travelbee, E.Wiedenbach y I.King.

3.7.3.3 Nancy Roper

La concepción según N: Roper, es que el ser humano, es un sistema abierto, en relación permanente con su entorno. La meta de enfermería es promover la adquisición, el mantenimiento a la restauración de la independencia máxima para cada paciente al nivel de las actividades.

-Actividades de la vida cotidiana (satisfacer las necesidades básicas)

-Actividades que tienden a la prevención.

-Actividades que tienden a la búsqueda del confort.

-Actividades de investigación.

Las intervenciones de enfermería propuestas por N.Roper son:

-Evaluar las capacidades de independencia de la persona.

-Fijar con el paciente objetivos a corto y largo plazo.

-Ayudar al paciente a alcanzarlos.

-Evaluar.

3.7.4 Escuela de los Efectos Deseables

Según Meleis (1991) la escuela de los efectos deseables, es la persona que quiere responder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? - sin ignorar el "que" y el "como".

Consideran, que el objetivo de los cuidados, consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son: **C.Roy**, D. Jonson, L. May, M. Levine y B. Newman.

3.7.4.1 Callista Roy

Roy, dice que la persona es un ser bio-psicosocial, en interacción constante, con un entorno cambiante. La persona, se adapta a los cambios del entorno o responde a sus estímulos. La adaptación, depende de los estímulos a los cuales esta expuesta.

La enfermera, modificará, aumentará, disminuirá, retendrá, los estímulos, de manera, que la persona, presente respuestas eficaces de adaptación en los cuatro modos.

La teoría de C. Roy puede definirse como un principio general científicamente aceptable que dirige la práctica o que se propone para explicar los hechos observados.

Para ella el modelo representa la estructura y la teoría, relación con la función la base teórica es el proceso de adaptación.

La concepción del ser humano de Sor Callista Roy es: ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante y que tiene cuatro formas de adaptación:

- Necesidades fisiológicas
- Imagen de sí mismo
- Dominio de su rol
- Interdependencia

Para ella el fin de la enfermería es promover la adaptación del ser humano proponiendo:

La evaluación del comportamiento del paciente y de los factores que influyen el nivel de adaptación y la intervención de los factores que influyen al paciente de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud y hacer frente a sus efectos.

En la sociedad siempre hay individuos que no son capaces de asegurar su autocuidado incluso las acciones precisas para la supervivencia, la intervención de enfermería es indispensable.

3.7.5 Escuela de la Promoción de la Salud

Según esta escuela el punto de mira de los cuidados sé amplio a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Pertenece a ésta escuela Moyra Allen quien promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.

3-7.6 Escuela del ser Humano Unitario

Es gracias a la escuela del ser humano unitario, que el holismo ha conseguido todo su significado. Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno, centrado en la integridad de los campos de energía

Pertenecen a esta escuela: M.Rogers, R.Parse M: Newman

3.7.7 Escuela del Caring

Las teorizadoras de la escuela del Caring, creen que las enfermeras, pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se abren a dimensiones. tales como la espiritualidad y la cultura y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Promoción de la armonía cuerpo-alma-espíritu
Pertenece a ésta escuela: J.Watson, M.Leininger

Los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero, que está en continua evolución Las diferentes escuelas ponen énfasis en los distintos elementos.

Actualmente prevalecen seis escuelas

- La de las necesidades
- La de la interacción
- La de los efectos deseables
- La de promoción de la salud
- La del ser humano
- La del Caring.

3.7.8 RESUMEN DE LAS TEÓRICAS MÁS RELEVANTES

Teóricas	Fundamentación	Intervenciones de enfermería
Florence Nightingale	Basada en la observación y la experiencia. objetivo→reestablecer o preservar la salud de la persona.	Acciones dirigidas en poner a la persona en las mejores condiciones posibles.
Linda Henderson	Basada en el rol de suplencia objetivo→persona, ser bio-psico-social que tiene 14 necesidades fundamentales.	<p>Suplir, las necesidades del enfermo hasta que él pueda responder por sí mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Respetar la voluntad del enfermo -Dar los conocimientos necesarios. -Darla fuerza que le falta.
Dorothea Orem	Basada, en el autocuidado. objetivo→ayudar a la persona a alcanzar mayor autonomía.	Acciones dirigidas a mantener la salud y el bienestar de la persona, tanto en el aspecto físico psicológico, interpersonal y social
Margaret Peplau	Basada en conceptos psicológicos, centro de actuación→relaciones interpersonales.	Capacidad de análisis y autoanálisis, fases: Orientación, identificación, explotación y resolución.
Selye	Basada en las relaciones interpersonales.	<p>Dirigida en tres grandes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lo que la enfermera aporta a la relación. -Contexto en el cual se da la relación. -Lo que el paciente aporta a la relación.
Mary Roper	Promover la adquisición y mantenimiento de la independencia para cada paciente.	<p>Las actividades irán dirigidas :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar capacidades de independencia. -Fijar objetivos con el paciente. -Ayudar al paciente a alcanzarlos.
Sister Roy	Basada en la adaptación del paciente→Ser biopsicosocial→interacción con el medio ambiente.	Promover la adaptación del ser humano. Evaluar el comportamiento y los factores que influyen al paciente.

3.7.9 RESUMEN DE ESCUELAS Y TEORÍAS

<p>Escuela de las Necesidades: Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma.</p>	<p>-Virginia Henderson, Dorotea Orem Faye Abdellah</p>
<p>Escuela de la Interacción: Cuidado, proceso interactivo</p>	<p>H. Peplau, J. Paterson, L. Zderadl, Orlando, J. Travel, E. Wiedenbach, I. King</p>
<p>Escuela de los efectos Deseables: Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona</p>	<p>-C. Roy, B. Newman, D. Johnson</p>
<p>Escuela de la Promoción de la Salud: Ciencia, que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención.</p>	<p>-Maira Allen</p>
<p>Escuela del ser Humano Unitario: Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno, centrando en la integridad de los campos de energía.</p>	<p>-Martha E. Rogers, R. Parse, M. Newman</p>
<p>Escuela del Caring: Se basa en el cuidado, cultura del cuidado, universalidad</p>	<p>-Jean Watson, Madeleine Leininger</p>

Los cuidados enfermeros bajo apariencias simples, se han convertido en complejos y diversificados.

La enfermera/o, asegura una presencia continua al lado de diversas clientelas y deben dar prueba, en todo tiempo de saber adelantarse, en acompañar a las personas, tanto en situaciones felices, como en el dolor, la angustia, la incapacidad y a menudo, la muerte. Los conocimientos son científicos y utilizan métodos sistemáticos de trabajo.

Según Newman y Cols citados por Kerouac:

“Globalmente el centro de interés de la disciplina enfermera va mas allá de las grandes corrientes del pensamiento que han contribuido al desarrollo del conocimiento y de las concepciones particulares de esta disciplina, el cuidado, la persona, la salud y el entorno es actualmente el núcleo del campo de los cuidados enfermeros.”

La profesión enfermera, como otras profesiones esta regida, por códigos odontológicos que expresan los principios éticos y los deberes y obligaciones con la población . Hay unos principios que se relacionan con el cuidado, objeto de máxima importancia en nuestra disciplina.

La enfermera/o demuestra un compromiso personal y profesional con el acto del cuidado.

La enfermera acompaña a la persona, a la familia y a la comunidad en sus experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando sus diferencias.

Por su presencia, su atención y su disponibilidad , la enfermera favorece el desarrollo del potencial de la persona, que vive experiencias de salud.

La enfermera, se inspira en conocimientos específicos de la disciplina enfermera y aplica los principios específicos que guían su arte de cuidar.

Además de los conocimientos específicos de la disciplina enfermera, la enfermera integra, conocimientos de otras ciencias, en la comprensión de la experiencia humana de salud.

La enfermera aprovecha recursos y conocimientos, con el fin de facilitar diversas transiciones vividas por la persona, familia o grupo y promover su salud.

La enfermera, se compromete en los procesos interactivos, con el fin de promover la salud y favorecer la curación.

La enfermera ,da los cuidados individualizados en colaboración con la persona familia y la comunidad según un proceso heurístico llamado "gestión clínica".

La enfermera, reconoce su propia competencia. y la de sus colegas que pueden

proceder de otras disciplinas y con ellas contribuye al objetivo de optimizar el valor de los cuidados prestados.

Estos principios, no son exhaustivos, se podrían añadir otros pero son coherentes con las diversas concepciones y las recientes tendencias de los cuidados enfermeros.

Los cambios ocurridos durante los últimos decenios, nos llevan a entrever el futuro reservado a los cuidados enfermeros y a prepararnos para poder desarrollarlos eficientemente.

Tal como hace referencia la Sra. Texidor en su conferencia "Europa un nou espai per a la infermeria"

Las enfermeras de nuestro país son conscientes de la importancia de continuar avanzando en una práctica profesional en el modelo conceptual que proporcione una visión compartida y una guía para la práctica profesional la formación ,la gestión ,la evaluación y la investigación en relación a los cuidados prodigados

Este cambio, es evidente y se refleja en los registros profesionales de las enfermeras.

3.8 FUTURO DE LOS CUIDADOS

Según un análisis efectuado por Sarter (1987,1990) ciertas orientaciones pueden sustentar los cuidados enfermeros en el futuro¹²

1-Tener en cuenta el proceso (cambio creador e innovador de naturaleza evolutiva)

2-Reconocimiento de una estructura dinámica una persona organiza el conjunto de su energía se trata de una estructura única y global cambiante a medida que la persona evoluciona.

3-Rechazo de la causa única responsable de la enfermedad y de la salud de la persona y aceptación de un cambio constante entre la persona y su entorno.

4-Apertura a la toma de conciencia comprensión del proceso de cambio en lo que concierne a la evolución de la conciencia humana hacia una auto superación y teniendo en cuenta las relaciones entre la persona y su entorno.

5-Apertura al proceso de desarrollo personal la interacción entre la persona y el entorno es esencial es dinámica y continua.

Las características de la práctica enfermera son mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere agudeza intelectual considerable, intuición que responda a las necesidades particulares de la persona.

Creemos que la práctica enfermera se ocupa del **desing de cuidado**. Se trata de un cuidado innovador que reúne la ciencia y el arte enfermeros y que se centra en la persona la cual en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud. La enfermera experta, se compromete con el cuidado y reconoce el poder de la transformación. Es consciente de su propio centro de energía, es decir que puede hacerse cargo durante un tiempo de la angustia de una persona.

La enfermera trabaja en estrecha colaboración con sus colegas médicos. El trabajo interdisciplinario implica que un grupo de profesionales trabajen en equipo, los miembros de un equipo evolucionan igualmente, en el plan de su práctica profesional, de la práctica individual al intercambio de información.

Cada profesional de cada disciplina debe ser capaz de contactar con los conocimientos y las habilidades de uno y otro siendo ,cada uno responsables de una práctica adecuada de los cuidados de salud, teniendo en cuenta sus conocimientos y asumiendo las decisiones y los actos que emanan de ellas.

Las enfermeras debemos dar prueba de madurez de autonomía y de poseer los conocimientos y habilidades intelectuales para responder a la demanda de la sociedad.

Según Devereux citado por Kerouac:

“Debemos trabajar en interdisciplinariedad, ello implica que un grupo de profesionales trabajen en equipo, los miembros de un equipo atraviesan varias etapas antes de llegar a la interdisciplinariedad las condiciones previas para la práctica en colaboración son: la comunicación, la capacidad y la confianza que cada uno de los miembros del equipo desarrolla para la práctica en colaboración, teniendo solamente sentido, si ello nos lleva a pensar en la calidad de los cuidados,”

Las enfermeras debemos dar prueba de madurez de autonomía y de poseer los conocimientos y habilidades intelectuales para responder a la demanda de la sociedad

Parece que la formación contemporánea en cuidados enfermeros insiste en la adquisición de aptitudes intelectuales como el análisis, la resolución de problemas, el juicio y el pensamiento crítico las actitudes, los valores y los principios fundamentales de los cuidados enfermeros más que en la adquisición de hechos y de contenidos específicos.

Estamos en un universo cambiante y complejo, no obstante una sola certeza persiste, todo cambia simultáneamente. En este cambio es donde la enfermería demanda un reconocimiento del Rol propio con derecho legítimo voz y voto en todos los debates que afectan a la sanidad.

Para ello es importante llevar a cabo un plan estratégico y dar respuesta a problemas concretos que hace muchos años que están atascados así pues el consejo general de colegios de Cataluña plantea cuatro grandes objetivos:

¹² Kérouac

1.-Presencia activa. Informar a la sociedad y al mismo colectivo. La profesión, que presta un importante servicio a la sociedad ha de llevar a término actividades encaminadas a divulgar el Rol propio de enfermería sus posiciones sus propuestas en el ámbito de la política, las instituciones y de la opinión pública en general.

2.-Asumir el modelo de competencias. Ha de asumir el modelo competencial vigente para evitar el intrusismo y proporcionar criterios homogéneos para afrontar las nuevas necesidades y realidades

3.-Fortalecer los vínculos profesionales. Ha de reforzar y consolidar los sentimientos de pertinencia al colectivo y los mecanismos de cohesión.

4.-Formación.Ha de adecuar y mantener los diversos niveles de formación de acuerdo con las demandas sociales y los avances científicos y tecnológicos y con las nuevas oportunidades de ocupación para la profesión. como son las especialidades o el derecho a acceder a niveles de la licenciatura y el doctorado, también es importante definir las líneas generales de actuación ,proponer iniciativas concretas e impulsarlas con el objetivo de hacer avanzar la profesión y la enfermería tenga un futuro sólido.

Como dice la Sra.M.Teixidor "El producto de nuestra actuación profesional ha de llegar a satisfacer las demandas sociales existentes con eficacia rigor y en definitiva con cualidad que nos haga no solamente necesarias sino imprescindible".

3.9 INVESTIGACIÓN

Nuestra tradición en investigación es joven, hacia la década de los 50 las enfermeras americanas recibieron un soporte financiero importante para proyectos de investigación. Hacia los 60 la puesta en marcha de programas de Master en ciencia enfermera en Canadá contribuyeron a la expansión de la investigación.

Aunque el valor científico de las investigaciones en ciencia enfermera sea reconocido su impacto en el cuidado será poco determinante a causa de una aplicación aún modestas en la práctica.

La investigación la teoría y la práctica son interdependientes se enriquecen mutuamente y son las fuentes de inspiración y de desarrollo, sitúan a la disciplina enfermera entre las disciplinas de la salud.

La investigación enfermera llega a la madurez en el sentido en que se vuelve progresivamente más apta para descubrir analizar y explicar los fenómenos unidos a su centro de interés.

El termino investigación estuvo completamente inédito para la enfermería hasta los años 1968-1970. Tras recuperar el espacio de la relación cuidador-persona cuidada en la práctica de enfermería, y haciendo de ella el contexto del trabajo de enfermería, comienza a nacer un planteamiento inevitable, una necesidad de preguntarse por las situaciones, de comprender, de preguntarse si es deseable o no prever y emprender otras cosas. Este es el **motor de la investigación**: descubrir, plantearse preguntas, tratar de verificar informaciones que se tienen y posteriormente investigar la naturaleza de los cuidados que hay que prodigar, de que manera y durante cuanto tiempo.

El primer cuaderno de estudios dedicado a la Investigación en cuidados de Enfermería aparece en 1980.

En 1976, la revista Soins abre una sección profesional habitual que presenta textos de enfermería sobre distintas cuestiones relativas a los cuidados o al servicio de enfermería..

Aunque el valor científico de las investigaciones en ciencia enfermera sea reconocido, su impacto en el cuidado será poco determinante a causa de una aplicación aún modestas en la práctica.

La investigación la teoría y la práctica son interdependientes se enriquecen mutuamente y son las fuentes de inspiración y de desarrollo ,sitúan a la disciplina enfermera entre las disciplinas de la salud.

La investigación enfermera llega a la madurez en el sentido en que se vuelve progresivamente más apta para descubrir, analizar y explicar los fenómenos unidos a su centro de interés.

3.10 EVOLUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN

El estudio de la motivación es de interés en todos los ámbitos de desarrollo de la conducta humana, pero siendo la motivación un fenómeno directamente no observable, resulta complejo su estudio. Esto añadido a la variedad de teorías existentes y siendo las de las últimas décadas complementarias, nos dificulta el estudio empírico de la motivación al buscar en ella la explicación y predicción de la conducta humana. El estudio de la motivación en la persona, tiene como objetivo el responder a los qué, los porqué y los cómo, que impulsan a las personas a obrar.

En este punto, es de interés el clarificar qué entendemos por motivación y motivos así como el realizar una revisión de las diferentes teorías durante el siglo XX.

Una teoría es un intento sistemático de explicación de la realidad. Sin embargo, la realidad, es distinta para cada individuo. Esto unido al hecho de la complejidad que entraña, extrapolar desde unos criterios puramente individuales de motivación, al resto de las personas, a la disparidad del fenómeno no solo entre las diferentes personas, sino para la misma persona en diferentes etapas, a la influencia del ambiente, a que no es un fenómeno directamente observable, determinan el hecho de que haya casi tantas teorías como autores han escrito sobre el tema.

La evolución de la motivación en la empresa desde los postulados que se originaron en la Teoría de la Administración Científica, Frederick Taylor, hasta los modelos que consideran la elección intencional, ha seguido un largo camino. La motivación se planteó de forma temática a partir de los

experimentos realizados en Hawthorne 1930¹³, hasta entonces se consideraban como únicos elementos motivadores de los trabajadores el evitar las sanciones y el conseguir incentivos salariales, Taylorismo. A partir de Mayo, Roethlisberger y Dickson, quienes dan a conocer resultados experimentales que contradicen las suposiciones iniciales hasta nuestros días, muchos son los autores que han prodigado diversas y en ocasiones divergentes teorías sobre la motivación humana.

Las teorías de la conducta humana en el trabajo, han evolucionado desde el concepto de criatura simple, económica, a un ser humano más complejo psicosociológicamente, influido en parte por compañeros de trabajo, ambiente laboral y sociedad, siguiendo en esta línea y a partir de las teorías de la necesidad originadas en Maslow, diferentes escuelas han intentado dar respuesta a los qué, los porqué y los cómo, que impulsan a las personas a obrar. Campbell y sus colaboradores clasificaron los intentos explicativos en dos grandes bloques, en función de que hagan referencia a lo que motiva a las personas, **Teorías de contenido**, o a como se produce el proceso, **Teorías de proceso**. Otro bloque más actual lo configuran las **Teorías cognoscitivas**, siendo más próximas a las de proceso.

3.10.1 Motivación:

La motivación se concibe como el impulso para realizar una acción. En el sentido objetivo, se llama motivación a una tensión que la acción apacigua, y que de este modo es fuente de acción.

Otra definición, de cariz más empresarial, sería la de ROBBINS (1.991), que la define como "la voluntad de hacer un esfuerzo con tal de llegar a conseguir los objetivos de la empresa, condicionado por la posibilidad de que este esfuerzo, también lleve a satisfacer necesidades de tipo individual".

¹³ Rodríguez J.M.

Al tratar este tema existen dos enfoques, centrarse en el estudio de las necesidades, algunos autores identifican motivación y necesidades, son las teorías de contenido, se preocupan de ¿qué motiva a la gente?. Otro punto de vista consiste en asumir la motivación como un proceso, no solamente basado en lo que la origina, la necesidad, sino también en el objetivo final y en el comportamiento que lleva hasta este, son las teorías de proceso, se preocupan de ¿cómo se origina la conducta motivada?.

Aunque los dos enfoques teóricos de la motivación son distintos se complementan, encontrando en el concepto de motivo las diferencias entre ambos. **Los motivos** humanos se basan en **necesidades, objetivos, deseos y propósitos del individuo** proporcionando la **direccionalidad y el contenido** al impulso, pueden ser conscientes o inconscientes. **La motivación** se refiere al aspecto **compulsivo y energético, al impulso**. Así la motivación se entiende como un proceso en el que intervienen impulso y motivo.

Para O. Hebb, "el término motivación se refiere a: la existencia de una secuencia de fases organizadas, a su dirección y contenido, y a su persistencia en una dirección dada o a su estabilidad de contenido"¹⁴, estos aspectos se conceptualizan en dos por la mayoría de autores: la dimensión energizadora y la orientación hacia metas. En la dimensión energizadora se incluye el principio de activación y el de persistencia, en la orientación hacia metas, la direccionalidad y el contenido.

Es posible percibir que la motivación incluye una reacción en cadena: las necesidades percibidas dan lugar a deseos o metas que se buscan, lo que origina tensiones, deseos no satisfechos, que provocan acciones para alcanzar las metas, y finalmente satisfacer los deseos.

La explicación de la cadena es compleja. En primer lugar, excepto por las

necesidades fisiológicas, las necesidades no son independientes del ambiente en que se desarrolla una persona, este influye sensiblemente sobre nuestra percepción de las necesidades secundarias. En segundo lugar la cadena, Necesidad /Deseo /Satisfacción no siempre funciona de modo tan directo. Las necesidades provocan una conducta pero también pueden ser el resultado del comportamiento. La satisfacción de una necesidad, quizás despierte el deseo de satisfacer otras, no siendo las necesidades siempre causa del comportamiento humano sino que pueden ser el resultado del mismo. Las necesidades están más próximas al propósito de la conducta, ya que tienen la misión de orientarla en una dirección determinada.

Existe una clara diferencia entre Motivación y Satisfacción: motivación se relaciona con el impulso o el esfuerzo por satisfacer una meta o deseo (motivo). La satisfacción se refiere al placer que se experimenta cuando esta meta es alcanzada. Es decir, la motivación implica un impulso hacia un resultado y la satisfacción es el resultado ya experimentado. Esta distinción explicaría comportamientos aparentemente contradictorios, personas que experimentan una alta satisfacción con su trabajo pero que están poco motivadas por él o viceversa, lo que les haría buscar otros empleos.

3.10.2 Teorías de la motivación humana

3.10.2.1 teorías de contenido.

Estas teorías¹⁵, para responder al interrogante de la motivación, centran su atención o bien en las necesidades que son internas, de difícil observación, o bien en los incentivos, que son externos, y por lo tanto más fáciles de observar. En el primer caso, la necesidad determina el tipo de incentivo y en el segundo, la necesidad se deduce del tipo incentivo.

¹⁴ Vélaz J.I.

¹⁵ Vélaz J.I. Pérez J.A. Rodríguez J.M.

El Modelo de fuerza se basa en el uso de recompensas y castigos con el fin de inducir el comportamiento deseado. A pesar de todas las investigaciones y teorías sobre la motivación humana, la recompensa y el castigo, siguen considerándose como fuertes motivadores. Al mismo tiempo, todas las teorías de motivación reconocen el poder de persuasión de algunas recompensas, el dinero como principal elemento, sin embargo, su uso entraña el problema de que con demasiada frecuencia, todos obtienen recompensa independientemente del desempeño. Otro problema es que el dinero es un importante incentivo, hasta que deja de serlo, cobrando más importancia otro tipo de incentivos.

La evitación de castigos, también es un fuerte motivador, pero provoca reacciones defensivas, individuales o grupales, mala calidad en el trabajo, desaconseja la iniciativa y la asunción de riesgos.

Las teorías de las relaciones humanas surgen como reacción a las teorías económicas y a la visión del hombre como no implicable en el trabajo y que trabaja en el mismo simplemente como un mal menor, están representadas por **Elthon MAYO**. Para estos autores, los aspectos sociales como comunicación, relación, atención prestada y participación influyen positivamente en el comportamiento de la persona y esta influencia se traduce en un mejor desempeño.

La jerarquía de necesidades es una de las teorías de motivación más conocida y más ampliamente divulgada. Se debe al psicólogo **Abraham MASLOW**, quién ordenó las necesidades humanas según un orden jerárquico:

- 1. Necesidades Fisiológicas:** básicas para mantener la vida como el alimento, agua, el calor, la vivienda. Mientras no se satisfagan estas

necesidades hasta el grado necesario, no habrá otras que motiven a las personas.

- 2. Necesidades de Estabilidad o Seguridad:** son las que tienen que ver con el hecho de subsistir en el tiempo, como la de estar libre de daños físicos, conseguir empleos estables, seguridad en cuanto a la vivienda, el alimento y la salud entre otras.
- 3. Necesidades de Afiliación o Aceptación:** puesto que las personas son seres sociales, necesitan pertenecer, ser aceptados por los demás.
- 4. Necesidades de Estima:** una vez que las personas comienzan a satisfacer su necesidad de pertenencia, tienden a desear estima, tanto de sí mismas como de los demás. Poder, prestigio y posición social serian algunas de las necesidades de este rango.
- 5. Necesidad de autorrealización:** Maslow la considera como la necesidad más alta en su jerarquía, es el deseo de desarrollar al máximo la propia potencialidad.

Para Maslow las necesidades: Están jerarquizadas por orden de importancia. Hasta que no están satisfechas de un modo aceptable las de inferior, no se activarán las de orden superior. Cuando se satisface un grupo de necesidades este deja de ser motivador; lo cual no quiere decir que en el futuro no se activen necesidades de este tipo y vuelvan a ser motivadoras.

Este concepto de jerarquía de necesidades ha sido objeto de múltiples investigaciones, que no han aportado demasiadas evidencias en favor de todas las hipótesis de Maslow, pero que tampoco han podido desmentir la teoría. Además demostraron que la importancia en la jerarquía varia de unas personas a otras, para unas personas son más importantes las sociales, para otras las de autorrealización. De cualquier modo, esto no empaña el mérito de Maslow de haber propuesto un modelo sencillo y universal, aunque simplista, de la motivación humana.

La teoría de Mc Gregor (1957) es otra perspectiva de la naturaleza de las personas, procede de dos grupos de suposiciones, a las que llamó, para evitar las connotaciones bueno/malo, Teorías X e Y.

En la teoría X, la gente es indolente y vaga por naturaleza, la gente debe ser coaccionada y controlada directamente ya que en el fondo eso es lo que prefieren: evitar responsabilidades, ser dirigidos y obedecer. Para conseguir resultados satisfactorios habrá por tanto, que someterlos a un control externo basado en la amenaza y el castigo.

En la Teoría Y trabajar es para el ser humano tan natural como el descanso y el ocio, la persona no tiene que ser forzada o amenazada necesariamente para que trabaje, pero solo trabajarán eficazmente si se sienten comprometidos y ven satisfacción para cubrir sus necesidades.

La teoría X es fundamentalmente pesimista, estática y rígida y el control es externo. Mientras que la Y es optimista y flexible y hace énfasis en la autodirección. Para evitar malas interpretaciones, McGregor insistió en el carácter de meras suposiciones de ambos postulados.

En el enfoque motivación/higiene, teoría bifactorial, Frederick Herzberg y sus colaboradores, recogiendo el enfoque de Maslow, establecieron una teoría de dos factores de la motivación. Los resultados de sus investigaciones, le llevaron a formular su teoría bifactorial: Los factores que producen satisfacción en el trabajo, al desaparecer, no necesariamente causan insatisfacción; del mismo modo, los factores que causan insatisfacción en el trabajo, al desaparecer no necesariamente producen satisfacción.

A los factores que causan insatisfacción les llamó factores de higiene o de mantenimiento. Estos factores son los que tienen que ver con el **contexto** del puesto: las condiciones del puesto, los salarios, la supervisión y las relaciones

interpersonales. Para Herzberg, la existencia de estos factores no motiva, en el sentido de producir satisfacción, pero su carencia producirá insatisfacción.

Mantenimiento: Política y Gestión de la Empresa. Relaciones interpersonales. Calidad de la Supervisión. Condiciones de trabajo. Seguridad del Empleo / Salarios.

Al segundo grupo de factores les llamó motivantes o de crecimiento, y son los que tienen que ver con el **contenido** del puesto: los retos, el reconocimiento, los logros, el progreso el desarrollo profesional y la responsabilidad. La existencia de estos factores produciría satisfacción, y por tanto motivación, pero su ausencia no produciría insatisfacción. **Crecimiento:** Trabajo desafiante. Logros / Exitos. Desarrollo Profesional. Responsabilidad / Reconocimiento

La teoría de Herzberg ha sido criticada entre otros aspectos por el hecho de no tener en cuenta la teoría de atribución de éxitos y fracasos, pero la validez de sus planteamientos han desembocado en enfoques de motivación en el puesto, como pueden ser los del Enriquecimiento del Puesto de Trabajo.

Teoría de las necesidades de Mc Celland, este autor identificó tres tipos de Necesidades Motivacionales básicas:

- 1. Necesidad de Poder:** Las personas con una elevada necesidad de poder, sienten gran preocupación por ejercer influencia y control sobre los demás, y por lo general buscan puestos de liderazgo. Son buenos conversadores, exigentes, obstinados y disfrutan enseñando y hablando en público.
- 2. Necesidad de Afiliación:** Generalmente, las personas con elevada necesidad en esta área, obtienen satisfacción al sentirse estimados y tienden a evitar el rechazo del grupo social. Son sensibles a la interacción con los demás y se preocupan por

mantener relaciones amistosas agradables.

- 3. Necesidad de Logro:** Las personas con gran necesidad de logro, tienen un intenso impulso hacia la consecución del éxito, al mismo tiempo también un intenso temor al fracaso. Les motivan los retos, la responsabilidad personal por su trabajo y las situaciones complejas.

El valor añadido de los estudios de McClelland radica en las correlaciones que es posible establecer entre los distintos puestos de trabajo de una empresa, lo que motiva a las personas y el nivel de satisfacción de cada una de las necesidades necesario para su desempeño ideal.

3.10.2.2 Teorías de Proceso

Son las que hacen referencia al como se desarrolla el conjunto de comportamientos de la motivación, introducen el análisis de las elecciones conscientes e intencionales¹⁶.

Teorías de las expectativas: una expectativa, es algo que esperamos que ocurrirá en base a unos hechos que observamos o de unos supuestos que pensamos. Las personas antes de elegir determinado curso de acción tienen unas expectativas sobre si esas conductas les llevarán o no al éxito o a las recompensas. Del mismo modo también se valora si el esfuerzo a realizar merece la pena de ser efectuado. Así, la conducta sería consecuencia de una evaluación coste-beneficio, no solo en términos económicos sino psicológicos.

Para **VROOM**, las personas se sentirán motivadas a realizar ciertas actividades, para alcanzar una meta, si creen en el valor de esa meta y si sienten que sus acciones contribuirán a lograrla. De este modo la motivación

de las personas es consecuencia de: **FUERZA = VALOR x EXPECTATIVAS**

De este modo, la fuerza o motivación dependerá tanto del valor como de las expectativas. Esta teoría reconoce la importancia de las necesidades y motivaciones individuales, lo que parece acercarse más a la vida real: las personas y las organizaciones tienen metas diferentes, pero estas se pueden armonizar.

Basándose en este modelo **PORTER y LAWLER**, crearon un modelo más complejo. Para estos autores, la cantidad de esfuerzo, la motivación, depende del valor de la recompensa más la cantidad de energía que la persona cree que se necesita, más la probabilidad de recibir la recompensa.

La teoría de la Equidad se refiere a los juicios subjetivos de una persona sobre lo justo de la recompensa que obtiene en relación con unos referentes (esfuerzo, educación, percepción personal, experiencias...), comparado con las recompensas de los otros (y sus referentes) "Todo hombre espera que las recompensas de cada uno, sean proporcionales a sus inversiones".

El punto central de la teoría propuesta por **J.S. ADAMS**, sería la percepción de una injusticia, que al provocar insatisfacción, desencadena reacciones destinadas a suprimirla. Siendo injusticia, no de modo absoluto, sino falta de equidad relativa por comparación, entendiendo que: Las personas diferencian entre lo que aportan y las recompensas que reciben a cambio. Es necesaria la comparación social para generar el juicio equitativo o no equitativo. Cuando no existe equidad, el individuo actúa para poder reducirla. La intensidad de esta conducta dependería de la cantidad de desigualdad percibida.

¹⁶ Rodríguez J.M. Vélaz J.I. Pérez J.A.

La Teoría del Establecimiento de Metas, considera que los individuos poseen unas metas conscientes que les orientan en el camino y les determinan los objetivos intermedios a alcanzar. Las intenciones de los individuos analizan la relación existente entre las metas conscientemente fijadas y el nivel de ejecución de la tarea, interviniendo como determinante en la explicación motivacional.

Según **E. Locke** y **D. Henne**, las metas son similares a los motivos, pero más específicas, son el mecanismo por el que los motivos se traducen en acción, están más próximas a la acción y predicen la conducta mejor que los motivos y que las necesidades .

Peter Drucker o **Kurt Lewin**, desarrollaron explicaciones relacionadas con el establecimiento y definición de metas. **Cummings** y **Schwab** desarrollan un modelo en el que el logro de metas puede tener influencias sobre la satisfacción, las expectativas y la motivación. Según estos autores, se logra mantener la motivación en el trabajo a lo largo del tiempo gracias a la consecución de ciertas metas.

Hace un par de décadas **Edwin Locke** y sus colaboradores dieron cuerpo a ésta teoría y a su práctica en las organizaciones, con aspectos como la satisfacción en el trabajo, los valores, las necesidades laborales y las preferencias por determinados incentivos.

El logro de metas ejerce un impacto positivo sobre la satisfacción y las aspiraciones del individuo. A su vez la satisfacción influye de manera positiva o negativa, sobre la aspiración a dichas metas en función del sujeto y de las metas. La satisfacción experimentada tras el logro de las metas disminuye la motivación hacia esos objetivos, pero la influencia negativa es neutralizada al surgir la aspiración a nuevas metas, reactivando la motivación. Según Locke las metas tienen dos funciones primordiales: son la base de la motivación y

dirigen la conducta, para que las metas influyan en la motivación han de ser claras, específicas, y siempre que sea posible cuantificables. Un determinado grado de dificultad en el logro de los objetivos produce una beneficiosa influencia sobre la motivación.

3.10.2.3 Teorías cognitivas

En estas teorías se abordan las repercusiones del aprendizaje y el conocimiento sobre la motivación¹⁷. En ellas, al ser humano se le considera planificador, que se propone metas, actúa consciente de las tareas que afronta y tiene pleno sentido de su subjetividad.

En las teorías del aprendizaje social los psicólogos cognitivos piensan que el aprendizaje es complicado y que el condicionamiento clásico y operante no pueden ser las bases del aprendizaje humano. Ni la conducta ni el aprendizaje son el resultado exclusivo de las fuerzas externas.

Entre esta teorías están **los mapas cognitivos de Tolman 1932**, quien manifestó su intuición de que la conducta depende de procesos cognoscitivos y tiene carácter intencional. Tolman entiende que los individuos construyen mapas cognitivos que constan de medios y rutas elaboradas por ellos para alcanzar un objetivo. Este autor ha sido quizás el que ha ocasionado una reevaluación con mayor fuerza de las proposiciones más estrictas del estímulo-respuesta, ocasionando un crecimiento de los procesos cognitivos como explicaciones de la conducta

Kurt Lewin 1935 a partir de un modelo homeostático, pero con enfoque cognitivo, concibe la fuerza motivacional de la conducta como una función de la tensión creada por la necesidad junto a las metas que pueden satisfacer dicha tensión. Introduce algunos aspectos cognitivos :dos tipos de necesidades las

¹⁷ Vélaz J.I.

físicas y las psicológicas que denomina cuasi-necesidades, de la Gestalt concibe la conducta como orientada a resolver problemas de manera intuitiva y como Tolman entiende el comportamiento como un todo, más que un sumatorio de pequeños componentes conductuales. En su modelo del “**campo de fuerzas**” la conducta es entendida como la resultante de todas las fuerzas que actúan sobre el individuo en un momento dado.

Atkinson aplica su **teoría del valor de las expectativas** al motivo de logro , para él la motivación es una tendencia hacia la acción en una situación específica. La tendencia T_s está determinada por tres factores: el motivo de logro M_s la probabilidad del éxito P_s , y el valor del incentivo I_s . Por lo que $T_s = M_s \times P_s \times I_s$. Lo destacable no es la fórmula sino la consideración de que los humanos somos racionales, tomamos decisiones, pensamos y tenemos libertad de elección, de acuerdo con nuestros valores, expectativas, experiencia, creencias , actitudes y valores.

La teoría del aprendizaje social de Bandura avanza más en las diferencias entre el conductismo y las explicaciones instintivistas, y sostiene que “desde la perspectiva del aprendizaje social, el funcionamiento psicológico es una interacción recíproca continua entre determinantes personales, conductuales y ambientales”¹⁸, existiendo una causalidad recíproca entre: la conducta, los factores personales y cognitivos y el entorno, y afirma que “los humanos poseen capacidades anticipatorias que permiten que puedan ser motivados por las consecuencias que prevén de sus respuestas”¹⁹

Todo el aprendizaje no puede estar basado en los ensayos y errores, también en la observación o aprendizaje vicario, este aprendizaje nos evita el tener que experimentarlo todo personalmente y realizar actividades complejas con la ayuda de modelos. El aprendizaje puede influir en los individuos como una de

¹⁸ Vélaz J.I.

¹⁹ Idem.

las consecuencias más importantes de su comportamiento, convirtiéndose en motivo para activar la acción.

En las **teorías de la atribución Bernard Weiner** es el principal representante, quien mantiene que la conducta está en función de las expectativas de alcanzar un objetivo y del valor que el sujeto otorga a ese objetivo, y añade que las expectativas y las evaluaciones dependen de las atribuciones, siendo estas las causas a que el sujeto atribuye sus éxitos y fracasos del pasado.

Las escuelas psicológicas dominantes en el siglo XX tienden a encerrar el desarrollo psicológico del hombre dentro del propio yo, Maslow entre otros con su concepto de la autorrealización, Freud que coloca el placer en el centro de la motivación humana y Adler con su acento en la voluntad de poder, McGregor, McClelland y Bandura, todos ellos se centran en el autointerés del individuo que se moverían por motivos de logro, afiliación y estima y autorrealización, centrados en la partícula auto, en los que la homeóstasis tiene un relevante papel en la conducta humana. Las teorías cognitivas son las que han aportado conceptualizaciones diferentes al respecto.

3.10.2.4 Otras conceptualizaciones de la motivación

Con **Chester Barnard** se inician las **teorías transitivas**, nos dice que los hombres de entrada son cooperativos, y al igual que los motivos de la acción se identifican con sus consecuencias intentadas, el trabajo es intencional, apunta hacia un objetivo más allá de si mismo, los motivos no son "auto" se dirigen hacia el producto o el servicio, lo que interesa a los clientes, a la organización y a todos los trabajadores de cualquier categoría en la empresa, así los objetivos por los que lucha el ser humano van más lejos del autointerés. Aquí se trata de un nuevo grupo de motivos con una fuerte motivación hacia los resultados del trabajo, siendo notable su repercusión para la gestión de las empresas ya que la dirección ha de coordinar los objetivos individuales de los trabajadores con los de la organización.

En esta línea, **Victor Frankl** psiquiatra Vienés, a partir de sus dolorosas experiencias en campos de concentración alemanes durante la Segunda Guerra Mundial, expone que “el hombre es un ser que busca sentido a la vida y que esta voluntad de sentido lo sostiene en la existencia, la autorrealización no puede alcanzarse cuando se considera un fin en sí misma, sino cuando se la toma como efecto secundario de la propia trascendencia”²⁰, es el resultado de la realización de un valor, una consecuencia derivada al buscar mejorar el mundo exterior al yo. Frankl considera que las necesidades están para dirigir y ordenar al sujeto a un ámbito objetivo, al ámbito de los objetos, las necesidades no están para la autosatisfacción, sino para la auto trascendencia, el hombre no es un ser necesitado y determinado por fuerzas interiores y exteriores que escapan de su control. Para Frankl hay tres valores por excelencia: el trabajo, el amor y el sufrimiento. En los valores relativos al trabajo, lo que cuenta no es el tipo de trabajo, sino los motivos por lo que se realiza.

Bormann y Allport consideran que los motivos exocéntricos son los que nos llevan fuera de nosotros mismos, proveen a la personalidad de su rasgo más distintivo, para Allport esos motivos constituyen el núcleo de la personalidad y contribuyen al desarrollo y crecimiento personal, él lo llama **proprium**. Para Allport la motivación constituye el motor de la personalidad que experimenta cambios desde la infancia hasta la edad adulta. Par él la **intención** se refiere a lo que el individuo trata de hacer y se refiere a la satisfacción de necesidades inmediatas pero con mayor propiedad al propósito de ordenar la vida de acuerdo a un código ético, o el encontrar un significado a la existencia. En su teoría motivacional y como punto de partida de los motivos humanos, define que “**La autonomía funcional** se refiere a todo sistema de motivación adquirido en el que las tensiones implicadas no son del mismo tipo que las tensiones antecedentes a partir de las cuales se desarrolló el sistema

adquirido²¹. Allport insiste en que la conducta actual está influida por motivos actuales no por traumas de la infancia o condicionantes genéticos, se opone a las ideas de Freud y Adler respecto a homeostásis, condicionamiento funcional del ambiente y del nacimiento. Para Allport "en el grado en que una motivación presente busca nuevos objetivos, es funcionalmente autónoma"²². La autonomía funcional es el núcleo de la naturaleza intencional del hombre y pretende demostrar que las motivaciones del hombre se modifican en el transcurso de su vida, porque así lo supone la naturaleza misma del hombre.

Juan Antonio Pérez López ha formulado un modelo de la motivación humana en el ámbito de la teoría de las organizaciones, teniendo puntos comunes con Frankl y con la motivación transitiva de Lersch. En su modelo diferencia entre motivación y motivo, agrupa las necesidades, incluye su modelo en un marco social a partir de una racionalidad limitada en la que intervienen los motivos, explica el proceso motivacional a partir de expectativas y valoraciones, fundamenta el dinamismo de la acción a partir del aprendizaje, formaliza la idea del hombre como criatura que solo encuentra el sentido saliendo fuera de sí (motivaciones no centradas en yo) y centra en un esquema lógico las tendencias transitivas.²³

Para Pérez López las necesidades, objetivos, metas y fines los considera **motivos** de esta forma lo que para McGregor son motivaciones extrínsecas y motivaciones intrínsecas para él son motivos extrínsecos y motivos intrínsecos.

LOS MOTIVOS EXTRÍNSICOS: responde a las **Necesidades materiales**, se corresponden con las recompensas o castigos del entorno (McGregor), se

²⁰ Vélaz J.I.

²¹ Idem

²² Idem

²³ Pérez J.A.

basan en las necesidades básicas o existenciales (fisiológicas y seguridad) y están en relación con las necesidades inferiores en la jerarquía de Maslow.

Lo que se espera recibir a cabo de la acción.

LOS MOTIVOS INTRÍNSICOS: responde a las **Necesidades cognoscitivas**, se relacionan con los de crecimiento de Herzberg, y con las necesidades superiores o relacionales/crecimiento (pertenencia, estima, autorrealización), necesidades superiores en la jerarquía de Maslow.

Lo que se espera aprender o disfrutar realizando la acción.

LOS MOTIVOS TRASCENDENTES (PÉREZ LÓPEZ): responden a las **Necesidades afectivas** (ser amado y amar), lo que se espera que otras personas se beneficien de la acción.

Estas tres motivos se encuentran en todas las personas, aunque en proporciones distintas, salvo excepciones. Sin embargo cada una de ellas tiene distinta calidad. No es lo mismo ser movido a una acción por motivos extrínsecos, intrínsecos o trascendentes. Cuando el individuo se mueve por motivos extrínsecos en cierto modo depende de la reacción del entorno, de lo que reciba a cambio, cuando se mueve por motivos intrínsecos está respondiendo a su propia satisfacción personal, con independencia del entorno; cuando se mueve por motivos trascendentes significa que se abre a las necesidades ajenas con independencia de la reacción del entorno y de su propia satisfacción personal, lo cual implica una mayor libertad y una mayor **calidad motivacional**. Esto significa que al **evaluar la motivación** de una persona para una acción, hemos de considerar la «proporción» en que entran cada una de estas motivaciones²⁴.

Este esquema motivacional tiene varias características a destacar:

Pone acento en las intenciones del sujeto, más que en las necesidades que

puedan estar activadas en él, contempla los fines del sujeto y es una teoría voluntarista y finalista al mismo tiempo. Se apoya en el análisis de la estructura misma de la realidad ya que contempla al hombre en relación con el entorno en que tiene la acción y consigo mismo, dimensión de la realidad en que se da la consecuencia que motiva la acción, por encima de las necesidades humanas, placer, seguridad, afecto, logro, etc.

²⁴ Pérez J.A.

4. DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

4.1 Metodología:

Nuestro estudio fue una investigación de campo, de tipo descriptivo, comparativo, que partió de la revisión bibliográfica realizada y la elaboración del marco teórico. Así pudimos pasar a definir lo que entendíamos que era la esencia de las variables de nuestro estudio: Rol Autónomo, Formación Específica y Motivación.

Del mismo modo pudimos seleccionar los indicadores sobre Rol Autónomo, Formación Específica y Motivación que nos parecieron más significativos.

Posteriormente cada indicador se clasificó dentro de una categoría, para poder formar así, los distintos grupos de indicadores, según las categorías.

Para Rol Autónomo se seleccionaron 8 categorías, para Formación Específica se decidió agruparlos en una sola categoría y para Motivación en 3 categorías.

Todo ello nos permitió conocer el nivel de desarrollo de Rol Autónomo, tipo de Motivación y el tipo de Formación realizada por profesionales de enfermería del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. También comparar si existían diferencias en el desarrollo de Rol Autónomo entre el grupo de profesionales que había realizado o no Formación Específica sobre "Plà de Cures" en el hospital.

4.2 Variable dependiente:

Rol Autónomo: Son las distintas actividades, conocimientos, actitudes y valores que ejerce la enfermera al aplicar los cuidados básicos de enfermería. Utilizando una metodología de trabajo en todo el proceso. Identificando los problemas y diagnósticos enfermeros y tomando decisiones al respecto. Es pues, la contribución específica que la enfermera ejerce en el campo de la salud y dentro del equipo multidisciplinar. Aplicando cuidados integrales encaminados a mejorar, mantener o prevenir en las distintas situaciones de salud por las que pasan las personas, familia o comunidad.

4.3 Variables independientes:

Formación Post-básica y Específica: Formación encaminada y dirigida a incrementar el conocimiento y competencias de los profesionales de enfermería, para mejorar el desarrollo de su propia aportación, es decir su propio Rol. De manera que el profesional de enfermería pueda desarrollar sus actitudes y habilidades para asumir las responsabilidades de sus decisiones y acciones, garantizando la calidad de sus cuidados.

Formaciones encaminadas a mejorar la práctica reflexiva, realizar análisis de situaciones y casos, relación de ayuda, metodología del PAE, terapias complementarias entre otros, forman parte del conjunto de materias que se decidió considerar como formación específica dentro de la ciencia enfermera. Las formaciones en cursos de post-grado, de máster y de formación continuada se consideraron como formación post-básica.

Motivación: se concibe como el impulso compulsivo y energético que nos mueve para realizar una acción, basándose en las necesidades, objetivos, deseos y propósitos del individuo, que son los motivos, proporcionando estos

direccionalidad y contenido al impulso. Entendiendo la motivación como un proceso en el que intervienen impulso y motivo.

Los motivos Extrínsecos: se basan en las necesidades materiales, básicas o existenciales, son las fisiológicas y de seguridad. Nos mueven por lo que se espera recibir a cambio de la acción. La motivación extrínseca responde a estos motivos. Su carencia produce insatisfacción.

Los motivos Intrínsecos: se basan en las necesidades cognoscitivas, superiores o de relación/crecimiento, son las de desarrollo, estima, realización, logro, pertenencia y poder. Nos mueven por lo que se espera aprender o disfrutar realizando la acción. La motivación intrínseca responde a estos motivos y genera satisfacción.

Los motivos Trascendentes se basan en las necesidades afectivas, superiores de amar, dar y recibir. Nos mueven por lo que se espera que otras personas se beneficien de la acción. La motivación trascendente responde a estos motivos y genera satisfacción.

4.4 Variables intervinientes:

La elección de las variables sociodemográficas, por su posible influencia en el estudio, fueron las siguientes: Edad, Sexo, Turno de trabajo, Años que lleva en el área de trabajo y Años de ejercicio profesional.

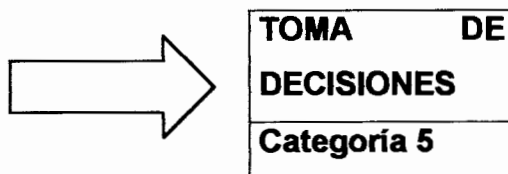
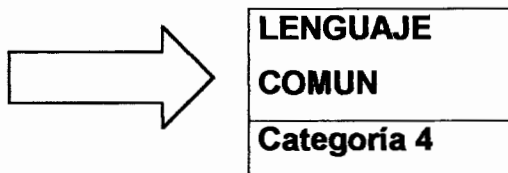
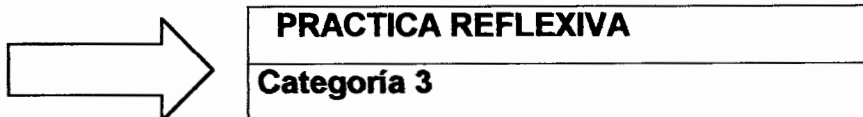
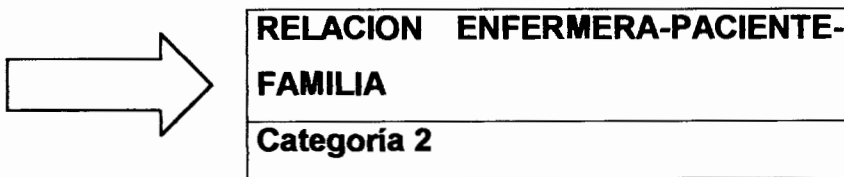
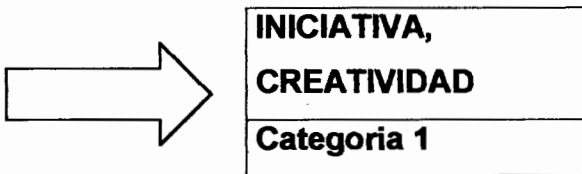
4.5 INDICADORES SOBRE ROL AUTÓNOMO, FORMACIÓN Y MOTIVACION

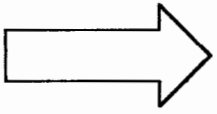
- Cuidados integrales al individuo, familia y comunidad. (6)
- Promoción, prevención, actuación y rehabilitación. (6)
- Componente del equipo de salud. (7)
- Reflexión para plantearse el futuro y perfeccionar todo el proceso de atención, dando una mejor calidad de los cuidados. (3)
- Capacidad de organización y planteamiento de objetivos. (3)
- Conocimiento sobre conceptos de duelo y pérdida. (9)
- Procesos reflexivos y búsqueda de resultados. (3)
- Iniciativa y creatividad. (1)
- Humanismo. (6)
- Metodología del PAE. (9)
- Relación de participación en los cuidados. (2)
- Toma de decisiones. (5)
- Conocimientos de análisis transaccional. (9)
- Relación con el paciente, eje de los cuidados. (2)
- Responsabilidad en las acciones. (5)
- Métodos de análisis de la práctica diaria. (3)
- Efecto terapéutico de la relación cuidador-persona cuidada. (2)
- Conocimientos en técnicas de dinámicas de grupos. (9)
- Análisis de problemas y casos, práctica reflexiva. (3)
- Utilización de los diagnósticos de enfermería. (4)
- Realización del plan de cuidados. (5)
- Evaluación para ver si se consiguen los objetivos planteados. (8)
- Participación con el resto de miembros del equipo multidisciplinar, reuniones de equipo. (7)

- Realización de trabajos de investigación. (8)
- Conocimientos en modelos de enfermería. (9)
- Conocimientos en técnicas de organización del trabajo. (9)
- Utilización de lenguaje común. (4)
- Cuidados individualizados. (6)
- Juicios independientes. (4)
- Cuidados básicos. (6)
- Capacidad de identificar problemas. (6)
- Conocimientos en terapias naturales y complementarias. (9)
- Medir efectos de los cuidados. (8)
- Conocimientos en resolución de problemas. (9)
- Investigación para validar y mejorar la practica. (8)
- Conseguir la independencia de la persona y la prevención en la recaídas en la dependencia. (6)
- Desarrollo de la relación de ayuda. (9)
- Solución de problemas. (5)
- Capacidad de razonar . (3)
- Capacidad de sentir empatía. (6)
- Relación de confianza paciente-enfermera. (2)
- Reconocer la importancia de la persona en el acto del cuidado. (6)
- Pensamiento crítico, innovador. (1)
- Conocimientos en resolución de problemas, y análisis de casos. (9)
- Seguridad en el empleo. (10)
- Salario percibido.(10)
- Promoción profesional. (10)
- Puesto de trabajo. (10)
- Evaluación del desempeño. (10)
- Aprendizaje: desarrollo profesional, adquisición de habilidades. (11)
- Sentido de logro: realización, implicación, expectativas. (11)
- Gusto por el trabajo que se realiza, interesante por su contenido o valor.(11)

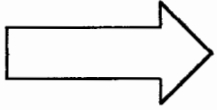
- Estima: prestigio, reconocimiento. (11)
- Responsabilidad. (11)
- Innovación: iniciativa y creatividad. (11)
- Participación. (11)
- Autonomía. (11)
- Competencia. (11)
- Determinación: capacidad de decisión, objetivos. (11)
- Relación con el equipo. (11)
- Poder. (11)
- Realización. (11)
- Servicio a los pacientes y a la sociedad. (12)
- Utilidad a compañeros y a la sociedad. (12)
- Sacrificio. (12)
- Buen servicio a los pacientes. (12)
- Humanismo: consecuencias de su actuar en los demás y saber entender las necesidades ajenas. (12)
- La identificación con la organización. (12)

4.6 GRUPOS DE INDICADORES SOBRE ROL AUTONOMO, FORMACION Y MOTIVACION SEGÚN CATEGORIAS

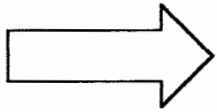




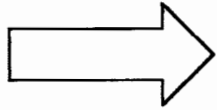
CUIDADOS INTEGRALES
Categoría 6



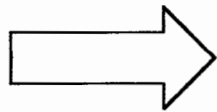
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
Categoría 7



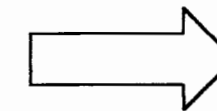
INVESTIGACION
Categoría 8



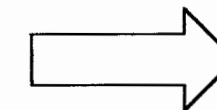
FORMACIÓN BÁSICA, POST- BÁSICA Y ESPECÍFICA DE ROL
Categoría 9



MOTIVACION EXTRÍNSECA
Categoría 10



MOTIVACION INTRÍNSECA
Categoría 11



MOTIVACION TRASCENDENTE
Categoría 12

4.7 Instrumentos de recogida de información:

La clasificación de los distintos indicadores por categorías nos sirvió posteriormente para la elaboración del instrumento de recogida de datos y que fue un cuestionario de creación propia.

El cuestionario antes de ser administrado fue validado por 10 expertos en los criterios de univocidad, pertinencia e importancia.

4.8 Características del cuestionario:

Fue anónimo y constaba de 53 items con respuestas cerradas que se repartió de manera directa a los profesionales de enfermería de las distintas unidades de hospitalización.

Constaba de cuatro partes:

- Datos generales y variables sociodemográficas: en este grupo se incluyeron las preguntas del cuestionario correspondientes a la p/1, p/7 y p/8 (cuantitativas), p/2, p/5, p/6 (cualitativas).
- Desarrollo de Rol Autónomo: Se formularon preguntas que nos permitiesen identificar el desarrollo del Rol Autónomo de los profesionales de enfermería basándonos en las 8 categorías de indicadores seleccionados. Las preguntas del cuestionario fueron de la p/11 a la p/29. Siendo de la p/11 hasta la p/17 cualitativas y desde la 9/18 hasta la p/29 cuantitativas.
- Desarrollo de la Formación: Se formularon preguntas que nos permitiesen detectar el tipo de Formación Básica, Post-básica y Específica realizada, basándonos en la categoría de indicadores de formación. Las preguntas del cuestionario fueron la p/3, p/4, p/9 y p/10 todas ellas cualitativas.

- Motivación de los profesionales de enfermería: Las preguntas sobre motivación agrupaban las 3 categorías de indicadores sobre motivación Extrínseca, Intrínseca y Trascendente, correspondiéndose en el cuestionario desde la p/30 a la p/53, todas ellas cuantitativas.

En el anexo 1 se adjunta un modelo del cuestionario administrado.

Una vez recogidos los cuestionarios, se realizó un análisis estadístico utilizando el programa SPSS.

4.9 Población y muestra:

El estudio se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. La población en estudio fueron los profesionales de enfermería. La selección de la muestra fue intencionada, por áreas del hospital que se consideraron fuesen representativas de la globalidad del centro y estuvo formada por 166 profesionales de enfermería.

Las áreas elegidas fueron las siguientes:

- Medicina
- Cirugía
- Oncohematología
- Pediatría
- Críticos
- Urgencias
- Semicríticos

Los 166 profesionales se clasificaron en 2 grupos: El **grupo A**, profesionales que habían realizado la formación específica sobre el "Pla de Cures", en el hospital, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson y el **grupo B**, profesionales que no habían realizado la formación específica sobre el "Pla de Cures" en el hospital.

El total de profesionales incluidos en el **grupo A** fue de 120 y el total de profesionales incluidos en el **grupo B** fue de 46.

La distribución de la muestra por áreas fue la siguiente:

<u>Área de trabajo</u>	<u>Si Formación</u>	<u>No Formación</u>	<u>Total</u>
<u>Medicina</u>	<u>23</u>	<u>8</u>	<u>31</u>
<u>Cirugía</u>	<u>31</u>	<u>9</u>	<u>40</u>
<u>Oncohematología</u>	<u>22</u>	<u>4</u>	<u>26</u>
<u>Pediatría</u>	<u>6</u>	<u>14</u>	<u>20</u>
<u>Críticos</u>	<u>35</u>	<u>5</u>	<u>40</u>
<u>Urgencias</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
<u>Semicríticos</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>Totales</u>	<u>120</u>	<u>46</u>	<u>164</u>

4.10 HIPÓTESIS

En un inicio, en la presentación del proyecto de investigación nuestra hipótesis fue “el desarrollo del Rol Autónomo está relacionado con la formación específica y la motivación de los profesionales de enfermería”. A lo largo del desarrollo del trabajo y una vez elaborados los objetivos del estudio, consideramos importante el poder valorar la repercusión que tenía la titulación básica, la formación post-básica así como la formación específica para el desarrollo del Rol Autónomo. Todo ello nos llevó a planteamos las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS

- El nivel de desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales de enfermería, está relacionado con la formación y la motivación.

Sub-hipótesis

- Los profesionales de enfermería con titulación básica de Diplomado tienen mejor nivel de Rol Autónomo que los profesionales con titulación de ATS o Convalidado.
- Los profesionales que han realizado formaciones post-básicas, tienen mejor nivel de Rol Autónomo que los que no las han realizado.
- Los profesionales que han realizado formaciones específicas, tienen mejor nivel de Rol Autónomo que los que no las han realizado.
- El nivel de Rol Autónomo, la satisfacción laboral, la motivación para el Rol Autónomo y el tipo de motivación en los profesionales de enfermería, puede estar relacionado con los años de ejercicio profesional y con los años de permanencia en el área de trabajo.
- La motivación para ejercer el Rol Autónomo, la satisfacción en el trabajo y tipo de motivación, influyen en el nivel de desarrollo de Rol Autónomo que ejercen los profesionales de enfermería.

- La realización de formación continuada sobre “Plâ de Cures” de los profesionales del Hospital de Sant Pau, influye en el desarrollo de nivel de Rol Autónomo.

1- Edad

La **edad** de los profesionales estudiados se sitúa en una media de 40 años (con una desviación de 7.19). La distribución puede considerarse normal dentro de las edades profesionales.

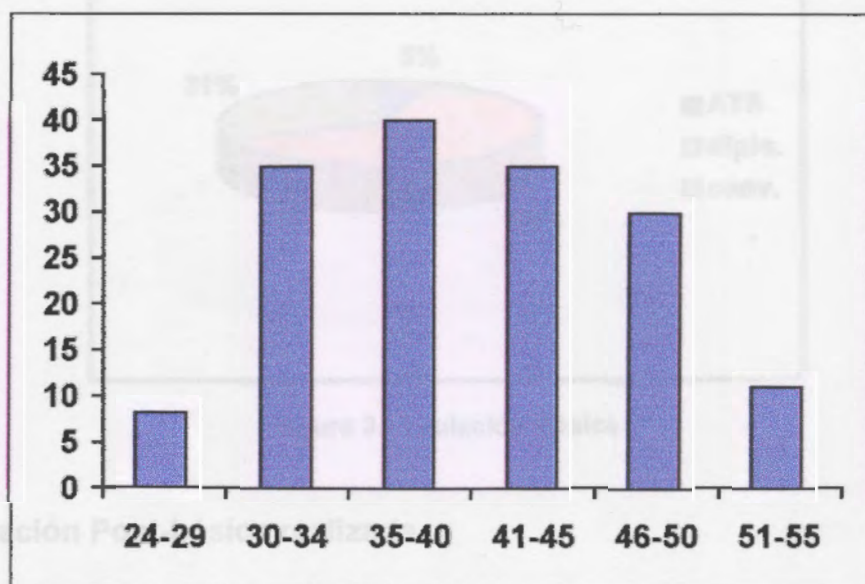


Figura 1.- Distribución de la edad

2- Sexo

El sexo predominante es el femenino (96,9%). Igual que en el caso anterior, podemos considerar que la distribución es representativa dentro de las características sociológicas de esta profesión.

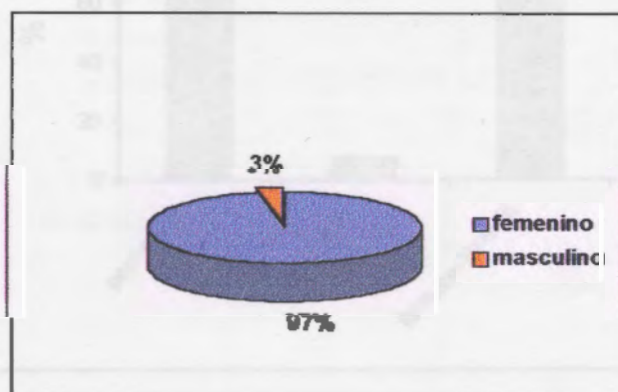


Figura 2.- Sexo

3- Titulación básica

5- Turno de trabajo

En esta variable se clasificaron los profesionales con titulación: ATS 5.4%

Diplomados 63.3% y Convalidados 31.3%

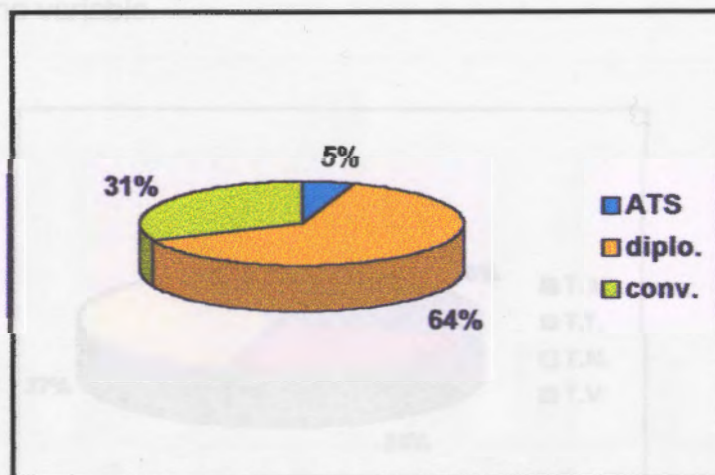


Figura 3.- Titulación Básica

Figura 5- Turno de Trabajo

4- Formación Post-básica realizada

6- Área de trabajo

En la formación post-básica se clasificaron los profesionales que habían realizado: cursos de post-gradado 63.3%; cursos de master 7.8%; formación continuada en el hospital 88% y otro tipo de cursos 62%

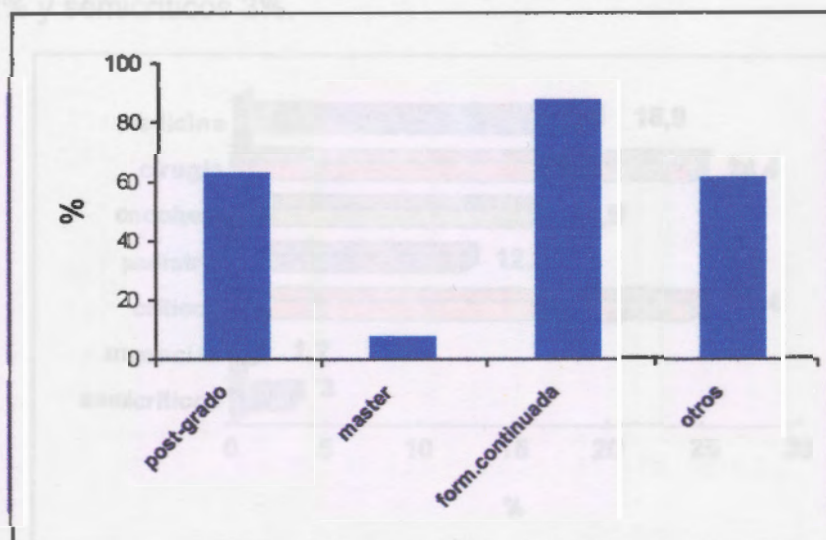


Figura 4.- Formación Post-básica realizada

7- Experiencia en el área

5- Turno de trabajo

La media de años que los profesionales llevan trabajando en el área es de

En la muestra estudiada apareció: un 30,1% de profesionales que trabajan en turno de mañanas; un 24,1% en turno de tardes; un 36,7% en turno de noche y un 9% en turno variable.

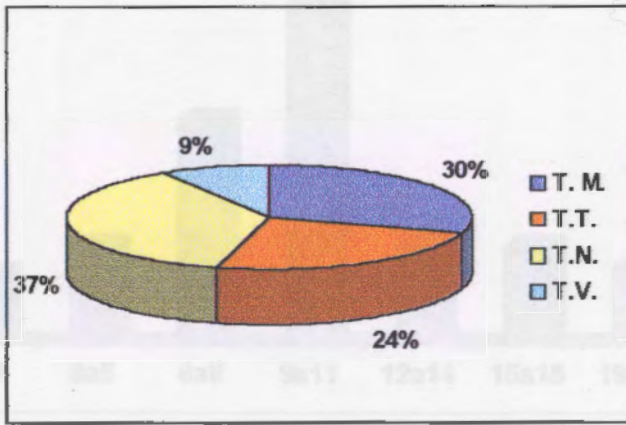


Figura 5.- Turno de Trabajo

6- Area de trabajo

La distribución por áreas de trabajo resultó la siguiente: medicina 18,9%; cirugía 24,4%; oncohematología 15,9%; pediatría 12,2%; críticos 24,4%; urgencias 1,2% y semicríticos 3%.

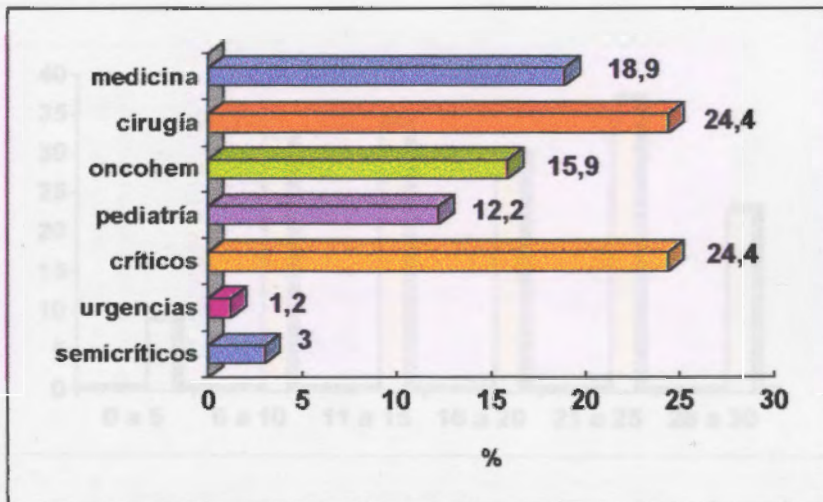


Figura 6.- Area de trabajo

7- Experiencia en el área

La media de años que los profesionales llevan trabajando en el área es de 11,31 (con una desviación de 6,37).

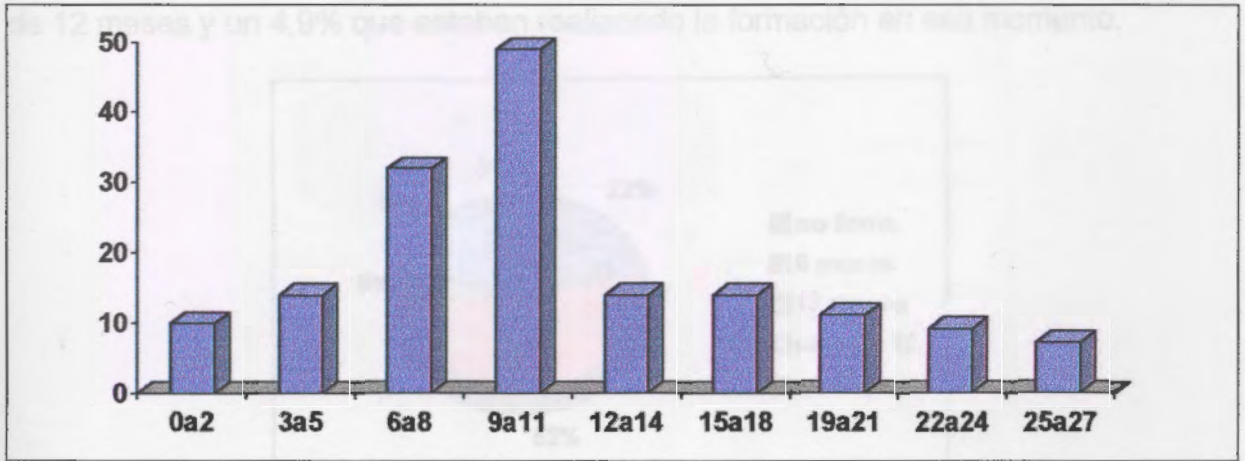


Figura 7.- Años en el área

8- Años de ejercicio profesional

En la muestra de profesionales estudiada la media de años en el ejercicio profesional se situó en 16,85 (con una desviación de 7,35).

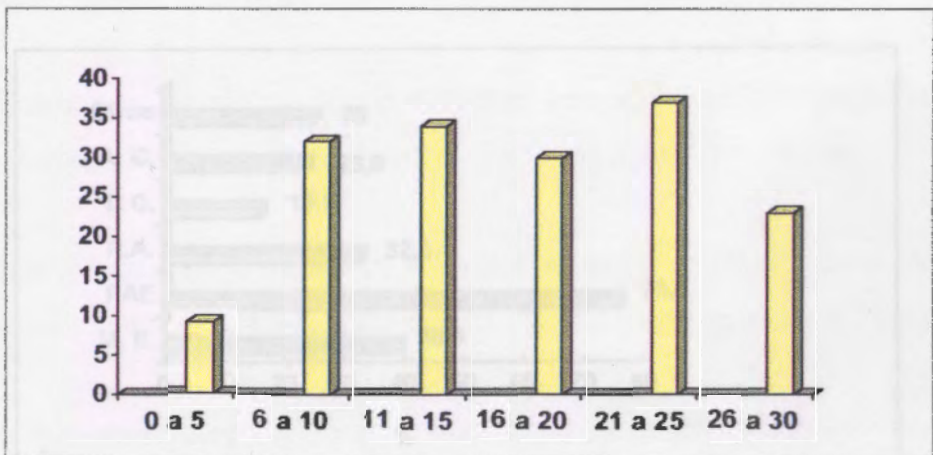


Figura 8.- Años ejercicio profesional

9- Momento de la formación sobre “Pla de Cures” basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson.

En la muestra estudiada apareció un 22% de profesionales que no habían realizado la formación. Un 51,2% que habían realizado la formación hacía un máximo de 6 meses; un 5,5% que habían realizado la formación hacía un máximo de 12 meses; un 16,5% que habían realizado la formación hacía mas de 12 meses y un 4,9% que estaban realizando la formación en ese momento.

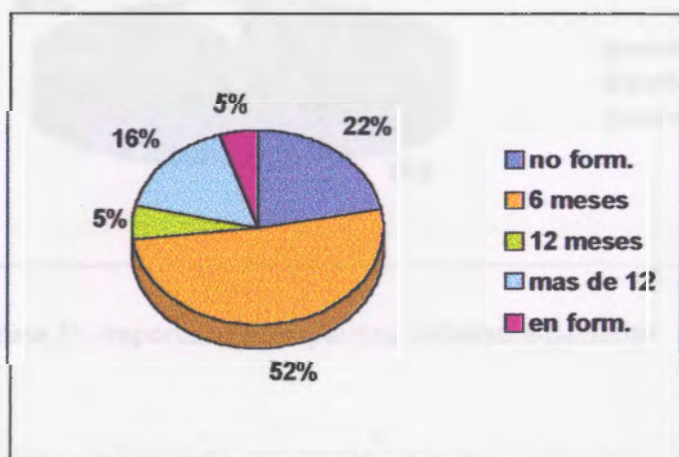


Figura 9.- Tiempo de realización formación “pla de cures”

10- Tipos de formación recibida

En la muestra de profesionales estudiada se valoró la formación específica realizada clasificándola en varios grupos: modelos de enfermería 38,8%; metodología del PAE 75,6%; relación de ayuda 32,5%; terapias complementarias 15,9%; análisis de casos 23,9% y otros tipos de formación 25%.

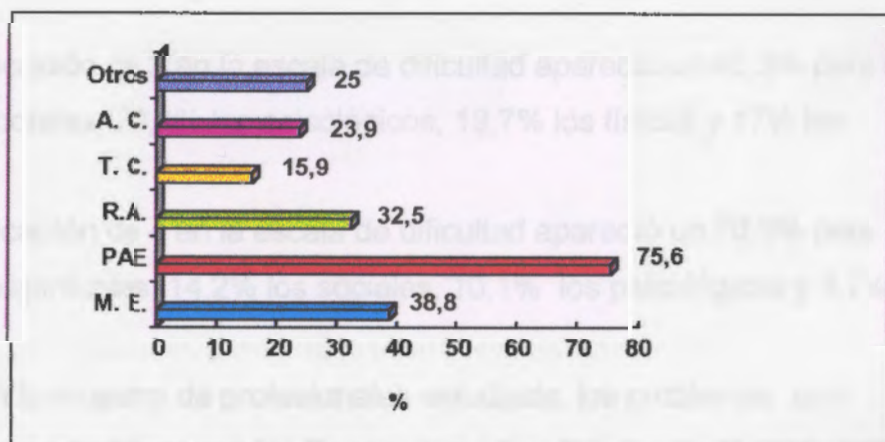


Figura 10.- Formaciones recibidas

11- Importancia terapéutica de la relación enfermera paciente

La mayoría de profesionales 81,2% dieron "mucho" importancia a dicha relación; un 18,2% que le dieron "bastante" importancia y un 6% de profesionales que la consideraron "casi nada" importante.

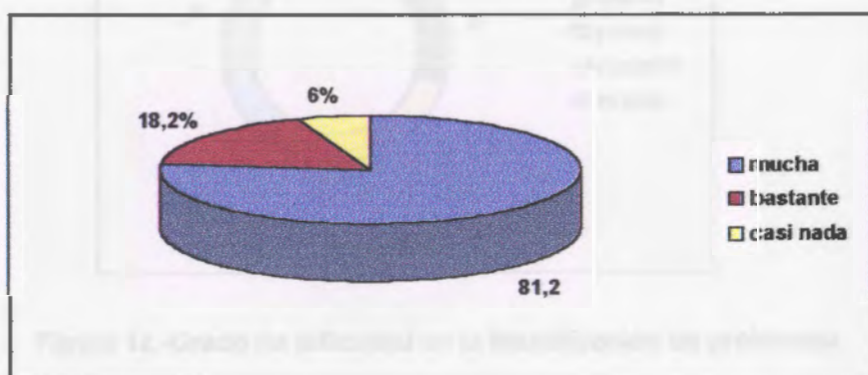


Figura 11.-Importancia terapéutica enfermera-paciente

12- Dificultad en la identificación de problemas

Con la clasificación de 1 en la escala de dificultad apareció un 72,1% para los problemas físicos seguido de un 19% los sociales, 5,4% los psicológicos y un 3,4% los espirituales.

Con la clasificación de 2 en la escala de dificultad apareció un 69,9% para los problemas psicológicos, 22,6% los sociales, 4,1 los espirituales y 3,4% los físicos.

Con la clasificación de 3 en la escala de dificultad apareció un 42,9% para los problemas sociales, 20,4% los psicológicos, 19,7% los físicos y 17% los espirituales .

Con la clasificación de 4 en la escala de dificultad apareció un 70,9% para los problemas espirituales, 14,2% los sociales, 10,1% los psicológicos y 4,7% los físicos.

Así pues , en la muestra de profesionales estudiada, los problemas que cuestan menos identificar son los físicos, seguidos de los psicológicos, sociales y espirituales.

14- Grado de participación en proyectos de mejora de calidad de cuidados

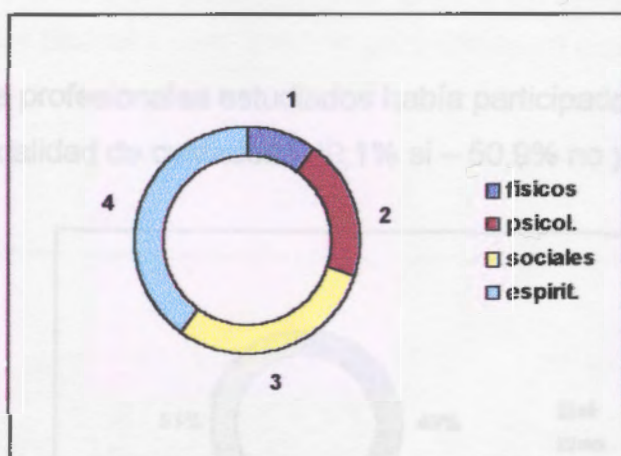


Figura 12.-Grado de dificultad en la identificación de problemas

Figura 14.- Participación en proyectos de mejora de calidad de cuidados

13- Como puedes favorecer la independencia del paciente

15- Motivación en la participación de proyectos de mejora de calidad de

En esta variable se clasificaron: proporcionar conocimientos; estimular la voluntad y ayudar en la fuerza necesaria. Contestando un 89,3% de profesionales que con todos ellos.

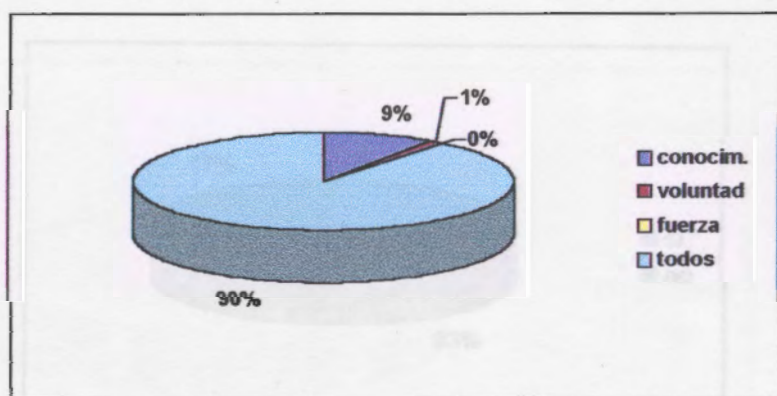


Figura 13.- Favorecer la independencia del paciente

Figura 15.- Motivación en proyectos de mejora de calidad

14- Grado de participación en proyectos de mejora de calidad de cuidados

La mitad de los profesionales estudiados había participado en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados. (49,1% si – 50,9% no)

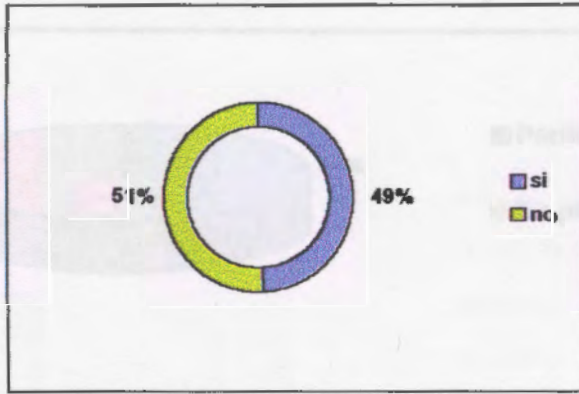


Figura 14.- Participación en proyectos de mejora de calidad de cuidados

15- Motivación en la participación de proyectos de mejora de calidad de cuidados

A la mayoría de los profesionales estudiados les hubiese gustado participar en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados. (83,1% si – 16,9% no)

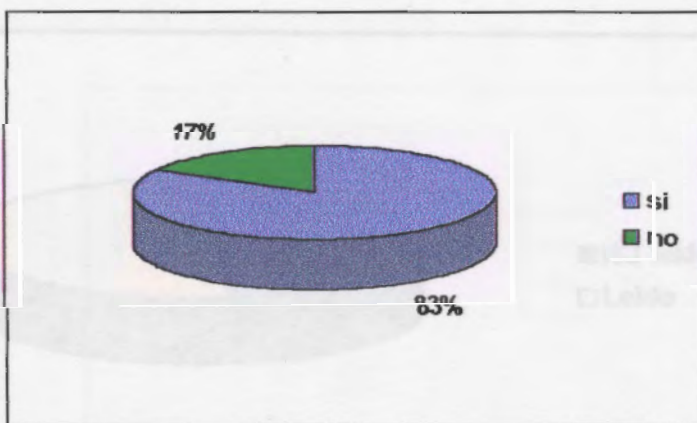


Figura 15.- Motivación en proyectos de mejora de calidad

16- participación de enfermería en trabajos de investigación

El porcentaje de profesionales que han participado en algún trabajo de investigación de enfermería es del 46,5 % de los encuestados frente a un 53,5 % que no han participado nunca en un trabajo de investigación.

siempre 0,0%.

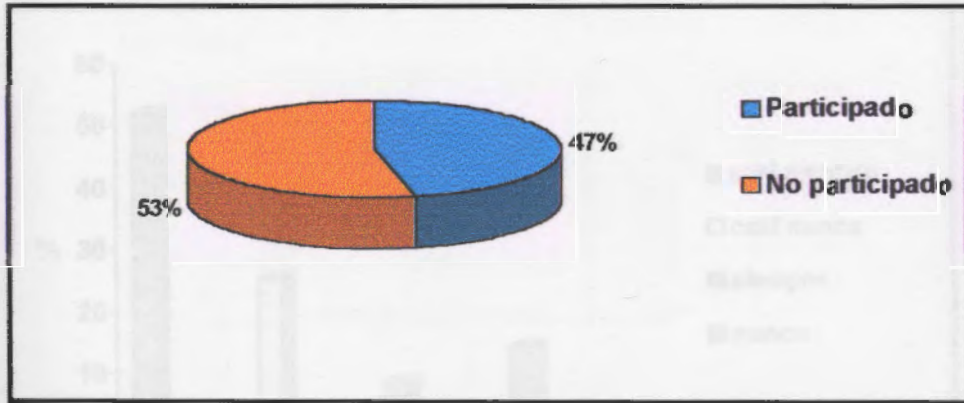


Figura 16.- Participación en trabajos de investigación de enfermería

17- Lectura del código ético por enfermería

La respuesta nos indica que la mitad del personal encuestado ha leído el código de ética de enfermería.

Siendo el 52,8% que lo han leído y el 47,2% que no lo han leído.

Siendo el 52,8% que lo han leído y el 47,2% que no lo han leído.

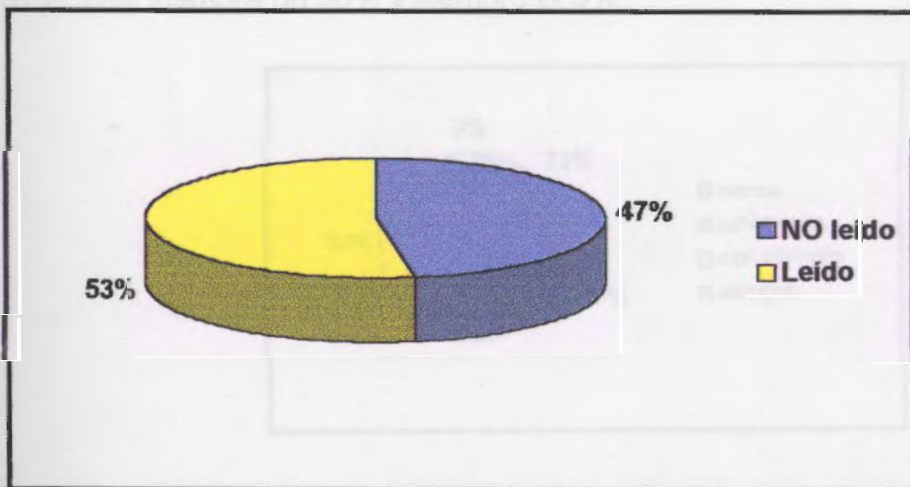


Figura 17.- Lectura del código ético de enfermería

18- Formulación de los diagnósticos de enfermería en la práctica diaria

Para la medición de esta variable se utilizó una escala de 4 frecuencias: 1 nunca, 2 casi nunca, 3 casi siempre, 4 siempre. Siendo el resultado mayoritario casi siempre con un 52,1%, casi nunca 25,2%, nunca 14,1% y siempre 8,6%.

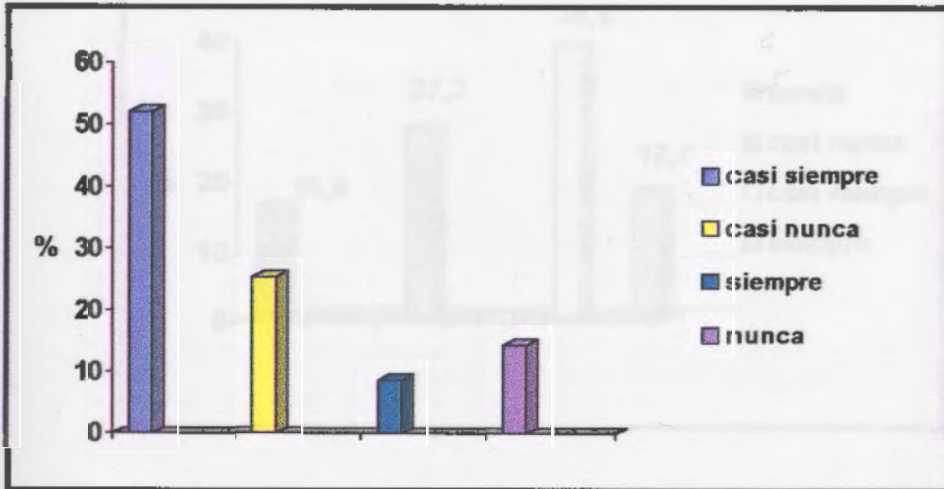


Figura 18.- Formulación de diagnósticos de enfermería

19.- Análisis de casos en la práctica diaria de las enfermeras

El porcentaje de profesionales que realiza análisis de casos es muy escaso el 60% de profesionales no lo realizan, respondiendo nunca un 22%, casi nunca 37%, casi siempre un 38% y siempre el 3%.

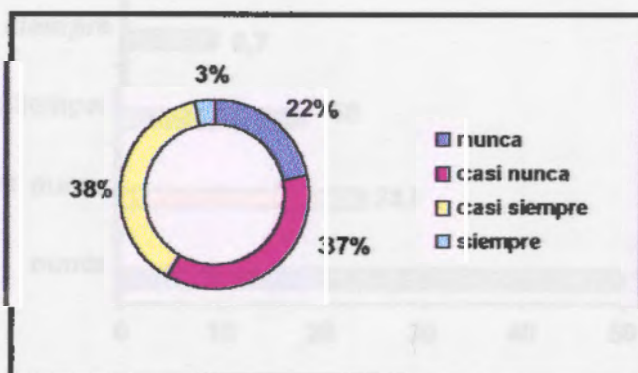


Figura 19.- Realizar análisis de casos

20- Participación en sesiones de enfermería

El 50% de profesionales de enfermería participa en sesiones de enfermería, respondiendo el 38,5% casi siempre y siempre el 17,4%.

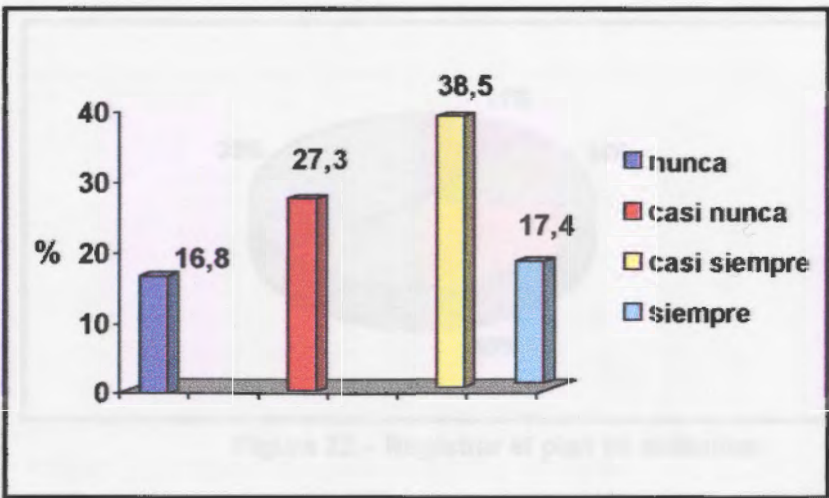


Figura 20.- Participar en sesiones de enfermería

21- Participación de enfermería en sesiones de equipo multidisciplinario

El resultado nos indica que se realizan muy pocas sesiones de equipo multidisciplinario, siendo el resultado nunca 49,7%, casi nunca 23,6%, casi siempre 18,0% y siempre 8,7%.

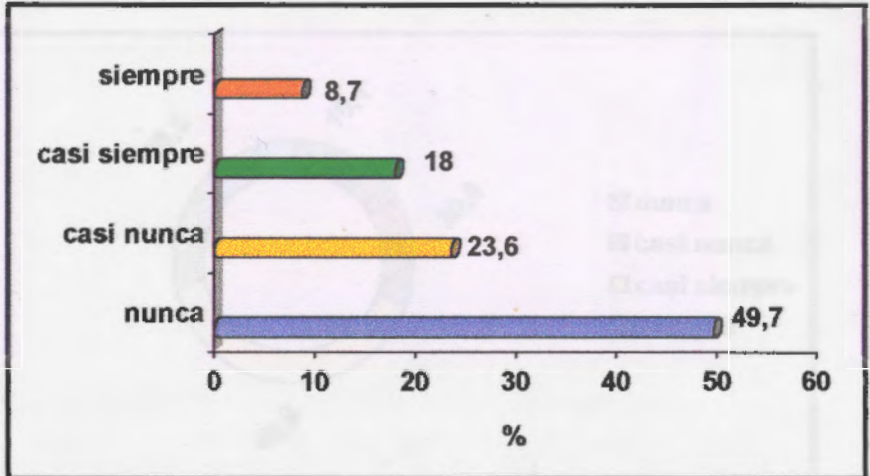


Figura 21.- participar en sesiones equipo multidisciplinar

22- Registro del plan de cuidados en la práctica diaria

Un porcentaje alto de enfermeras registra en su práctica diaria el plan de cuidados, realizándose siempre 35,1% y casi siempre 39,4% el 74,5% de los profesionales los que lo realizan.

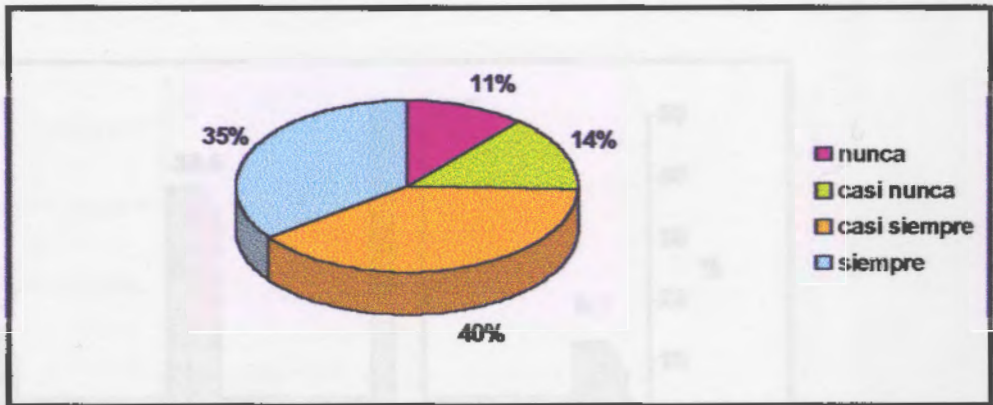


Figura 22.- Registrar el plan de cuidados

Figura 24- Factores objetivos con el paciente

23- Evaluación del plan de cuidados en la práctica diaria

23- objetivos para mejorar los cuidados de enfermería

Una gran mayoría de profesionales de enfermería realiza diariamente la evaluación de las actividades programadas en el plan de cuidados, los profesionales que lo realizan siempre es de 28,3%, casi siempre 40,9%, casi nunca 20,8% y nunca 10,1% el 49,7%.

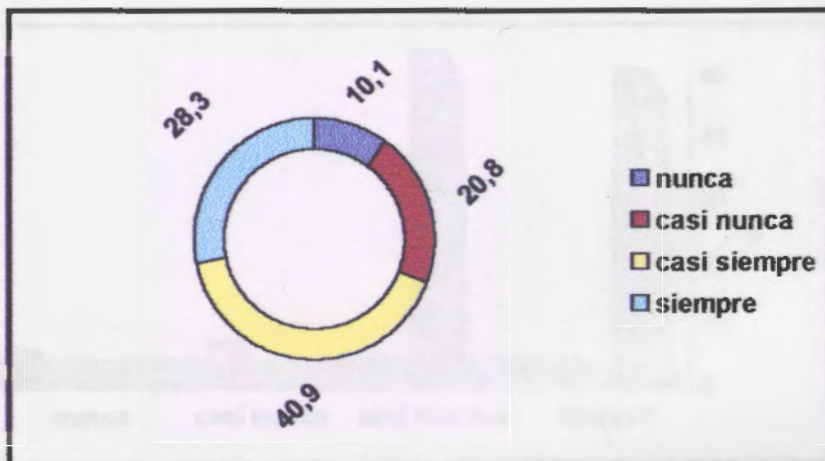


Figura 23.- Evaluar el plan de cuidados

24- Pactar los objetivos de los cuidados con el paciente

26.- Espacios de comunicación de enfermería con el paciente y la familia

La mayoría de los profesionales de enfermería encuestados pacta los objetivos de los cuidados básicos de enfermería con el paciente, siendo el 55,8% de los profesionales los que lo realizan.

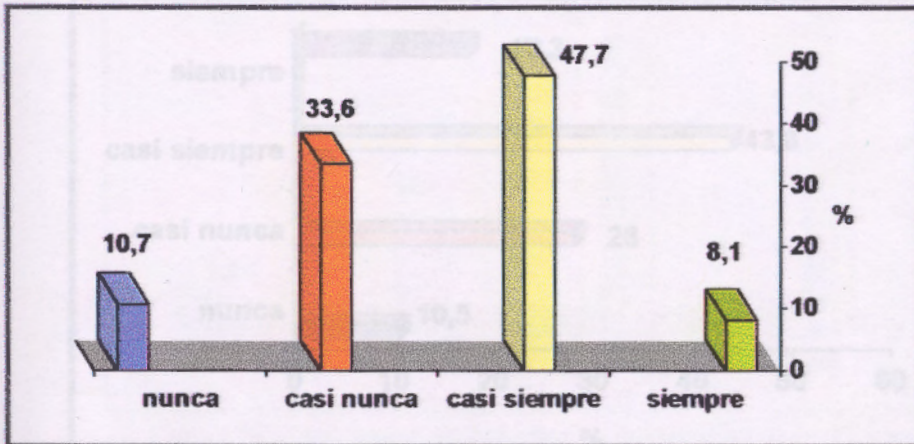


Figura 24.- Pactar objetivos con el paciente

25- objetivos para mejorar los cuidados básicos de enfermería

27.- Fomentar la independencia del paciente

El 86,5% de los profesionales de enfermería, se plantea objetivos de mejora en los cuidados básicos de enfermería, el 1,2% nunca, casi nunca el 2,5%, casi siempre el 46,6% y siempre el 49,7%.

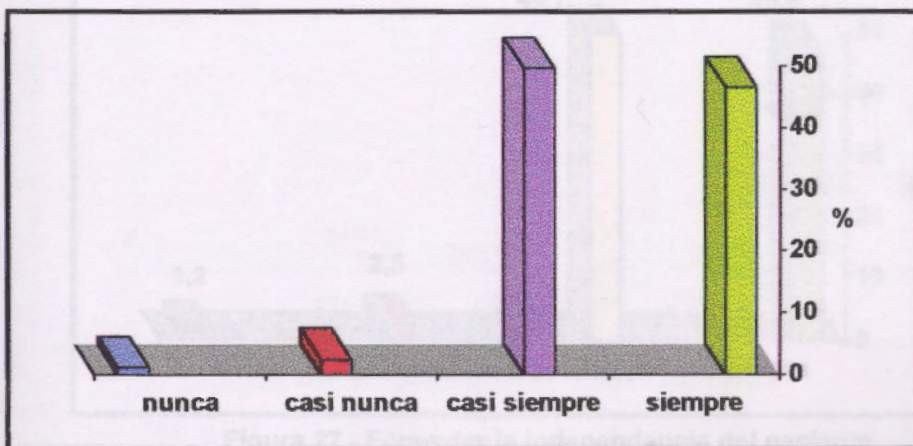


Figura 25.- Objetivos para mejorar los cuidados

26.-Espacios de comunicación de enfermería con el paciente y la familia

De los profesionales de enfermería encuestados un 61,1% programa espacios de comunicación con el paciente y familia en su práctica diaria.

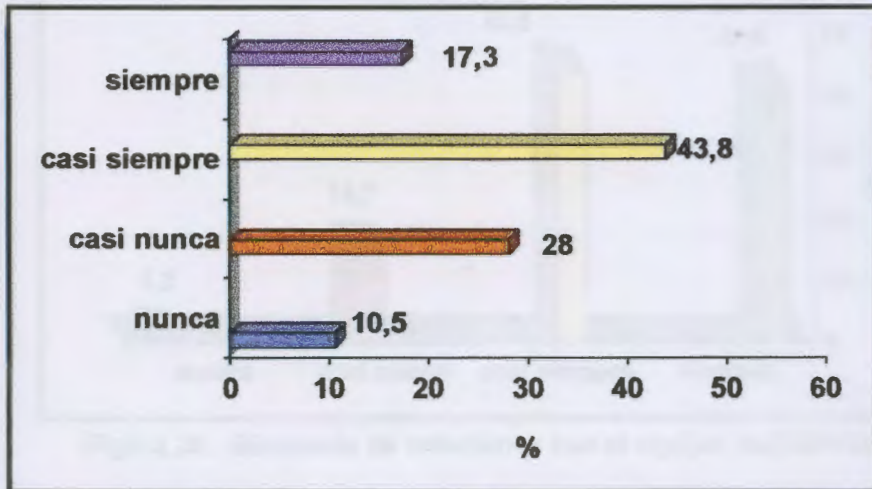


Figura 26.- Espacios para la comunicación paciente y familia

27-Fomentar la independencia del paciente

En el 96,3% de profesionales de la muestra estudiada, sus intervenciones van dirigidas a fomentar la independencia de los pacientes

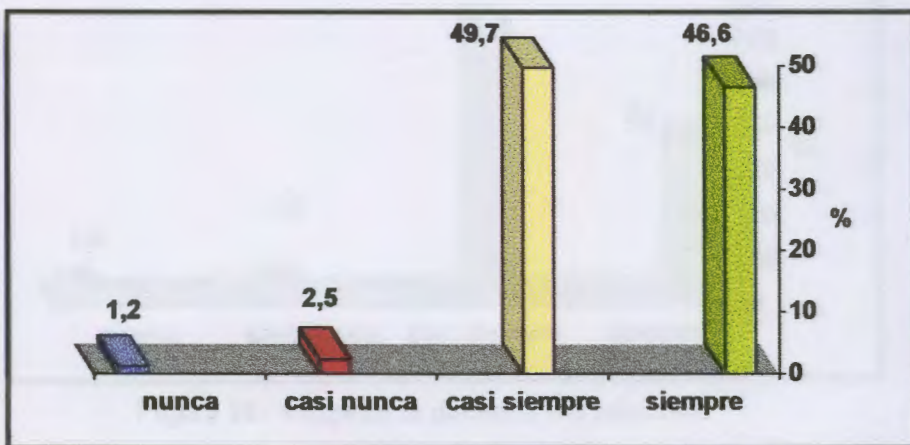


Figura 27.- Fomentar la independencia del paciente.

28- búsqueda de solución a los problemas con el equipo multidisciplinar

Un 84,1% de profesionales hace participe a todo el equipo multidisciplinar para buscar soluciones a los problemas de los pacientes..

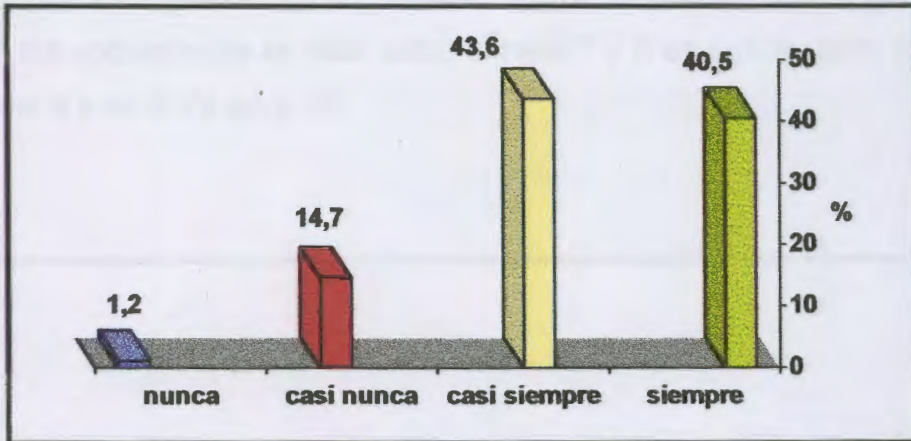


Figura 28.- Búsqueda de soluciones con el equipo multidisciplinar

29- Respetar la decisión del paciente

Un 95% de los profesionales encuestados respetan la decisión del paciente ,es prioritario para ellos , aunque ello comporte modificar el criterio personal.

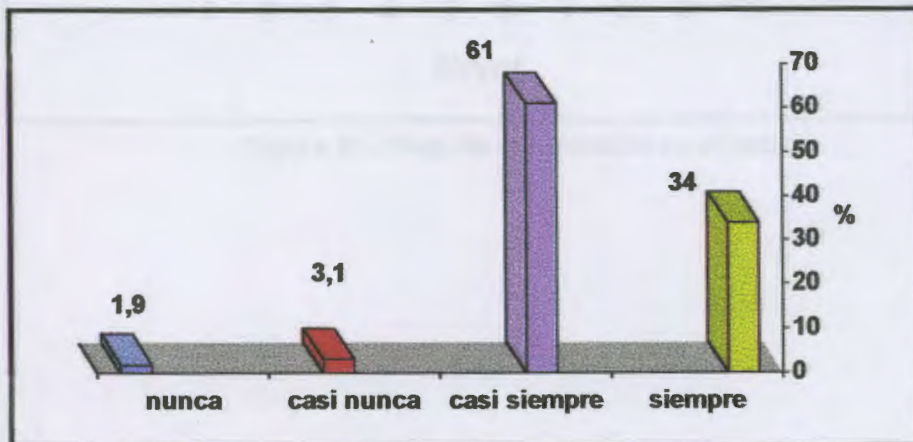


Figura 29.- Respetar la decisión del paciente

30- Nivel de satisfacción en el trabajo:

En una escala del 0 al 10, se obtuvo una **puntuación Media de satisfacción de 7,36** con valor mínimo de 3 y máximo de 10. Desviación típica de 1,47. El 60% de los encuestados se situó entre el nivel 7 y 8 de satisfacción, un 13,4% en el nivel 9 y un 4,9% en el 10.

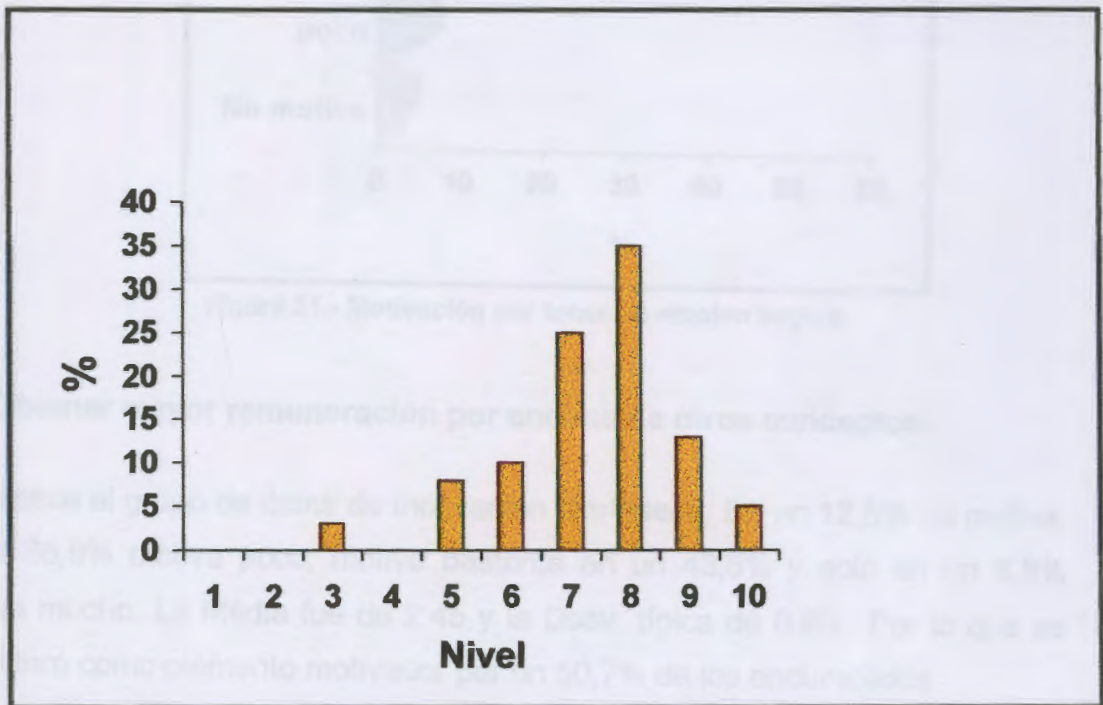


Figura 30.- Nivel de satisfacción en el trabajo

31- Seguridad en el empleo.

Pertenece al grupo de items de motivación extrínseca. En el 58,5% de los encuestados motiva mucho y en el 35,4% bastante, la Media fue de 3,51 y la Desviación típica de 0,67. Siendo la seguridad en el empleo un **elemento motivador**.

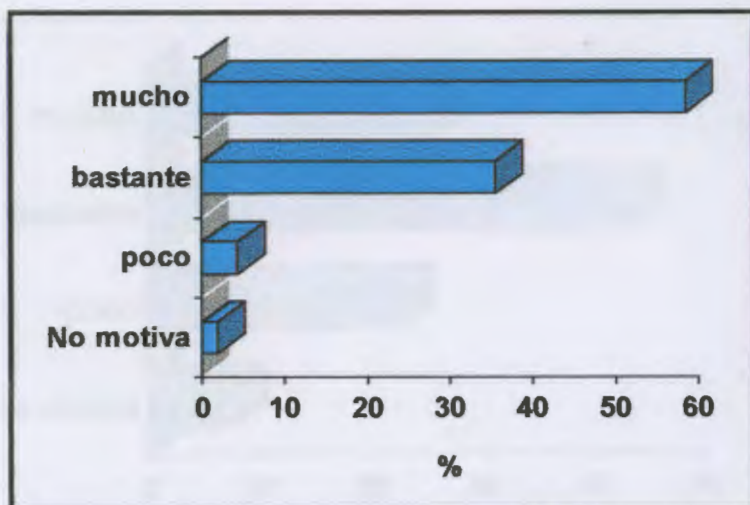


Figura 31.- Motivación por tener un empleo seguro

32- Obtener mayor remuneración por encima de otros conceptos.

Pertenece al grupo de items de motivación extrínseca. En un 12,5% no motiva, en el 36,9% motiva poco, motiva bastante en un 43,8% y solo en un 6,9% motiva mucho. La Media fue de 2,45 y la Desv. típica de 0,80. Por lo que se consideró como elemento motivador por un 50,7% de los encuestados.

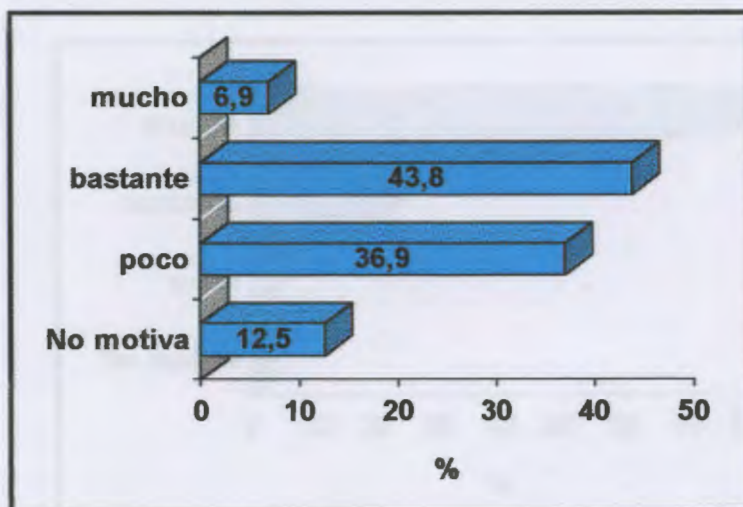


Figura 32.- Motivación por la remuneración del trabajo

33- Promoción profesional.

Pertenece al grupo de items de motivación extrínseca, para el 22,4% motiva poco, en el 43,5% motiva bastante y en el 26,7% motiva mucho. La Media fue de 2,89 y la Desv.típica de 0,88. siendo elemento motivador en un 70%.

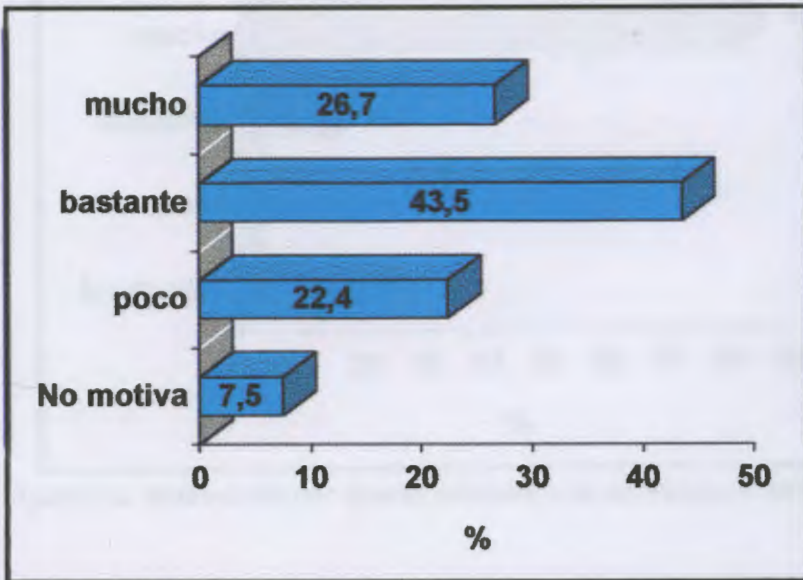


Figura 33.- Motivación por tener promoción profesional

34- Elección del lugar de trabajo.

Pertenece al grupo de items de motivación extrínseca. El **97,6%** lo consideró como **elemento motivador**, obteniendo una puntuación Media de 3,73 y una Desv.típica de 0,52.

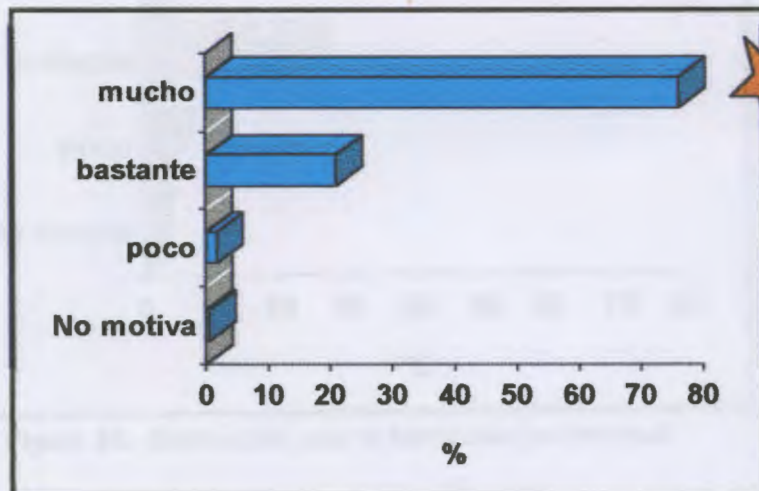


Figura 34.- Motivación por elegir el lugar de trabajo

35- Trabajo interesante por su contenido o valor.

Pertenece al grupo de indicadores de motivación intrínseca. La Media fue de 3,80 y la Desv.típica de 0,47. En el 16% motiva bastante y en el **82,1% motiva mucho**, siendo un **elemento motivador para el 98,1%**.

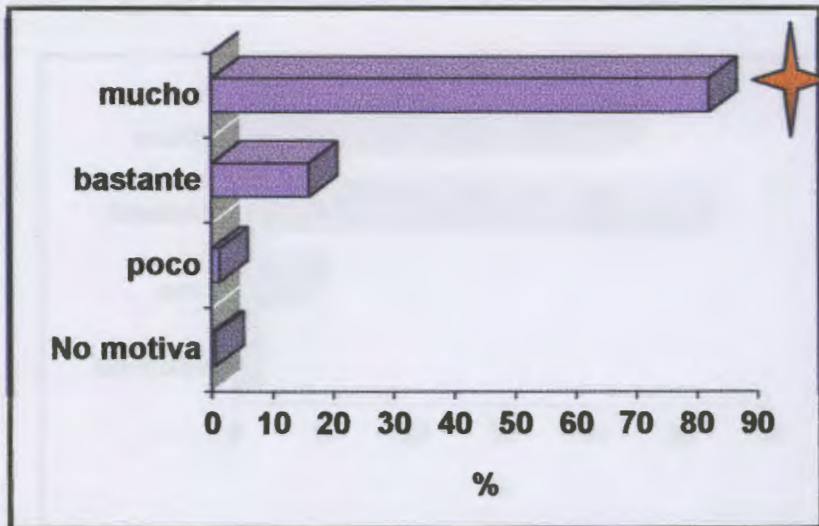


Figura 35.- Motivación por ejercer profesión en un trabajo interesante

36- Adquirir formación para el desarrollo profesional

Pertenece al grupo de indicadores de motivación intrínseca, la Media fue de 3,71 y la Desv.típica de 0,52. Motivando bastante en el 23% y mucho en el 73,9%. Siendo **elemento motivador para el 96,9%**.

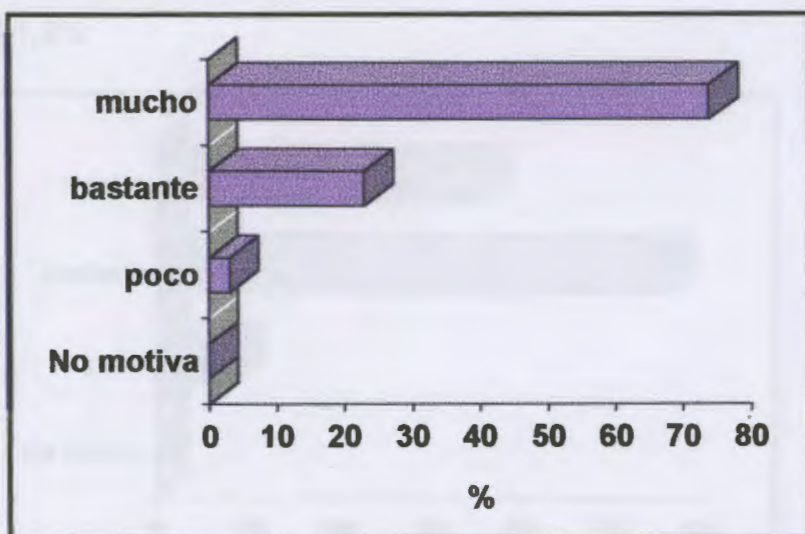


Figura 36.- Motivación para la formación profesional

37- Interés por desarrollar iniciativas de mejora asistenciales.

Pertenece al grupo de indicadores de motivación intrínseca, con una Media de 3,36 y Desv.típica de 0,60. En el 42,4% motiva mucho y en el 50,9% bastante. Siendo para el **93,3%** de los profesionales un **elemento motivador**.

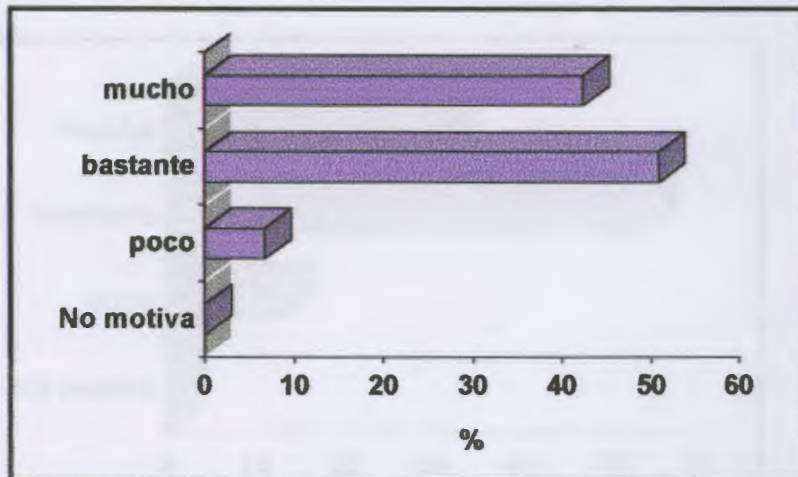


Figura 37.- Motivación para el desarrollo de iniciativas

38- El trabajo en que se ejerce la profesión.

Pertenece al grupo de indicadores de motivación intrínseca. La Media fue de 3,27 y la Desv.típica de 0,61. En el 56% motiva bastante y en el 35,5% mucho. Siendo elevado el número de profesionales **motivados por la realización de su trabajo, 91,5%**.

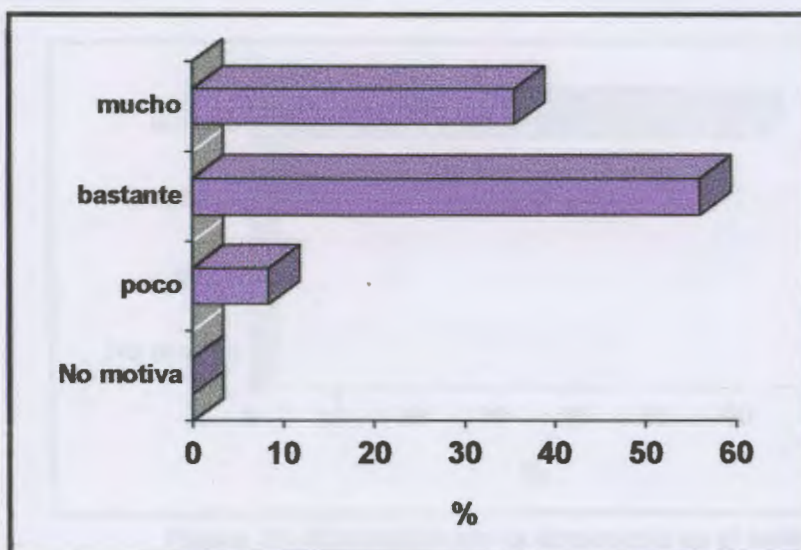


Figura 38.- Motivación por el trabajo

39- Autodeterminación en los criterios profesionales.

Pertenece al grupo de indicadores de motivación intrínseca. La Media fue de 3,17 y la Desv.típica de 0,69. En el 53,9% motiva bastante y en el 32,1% mucho, indicando una **alta motivación para la autodeterminación** en los profesionales encuestados.

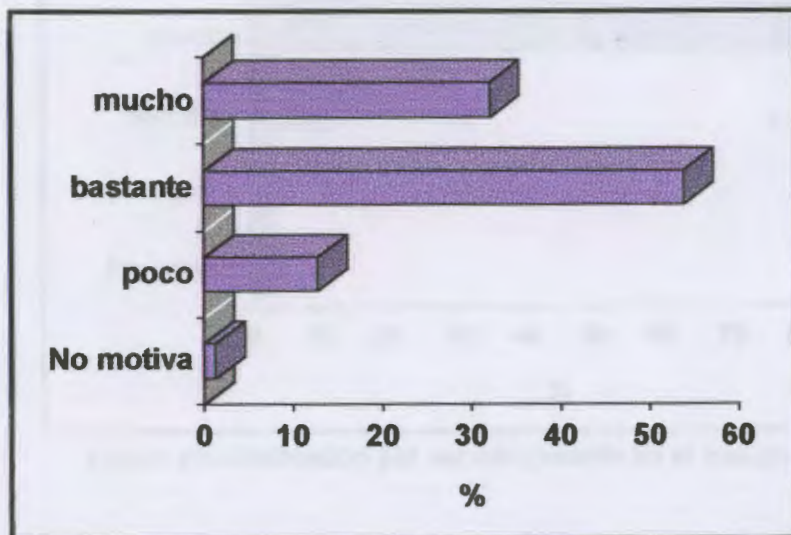


Figura 39.- Motivación para defender criterios profesionales

40- Autonomía en el trabajo.

Pertenece al grupo de indicadores de motivación intrínseca. La Media fue de 3,59 y la Desv.típica de 0,55. En el 34,5% motiva bastante y en el 62,4% motiva mucho, considerando la **autonomía elemento motivador**.

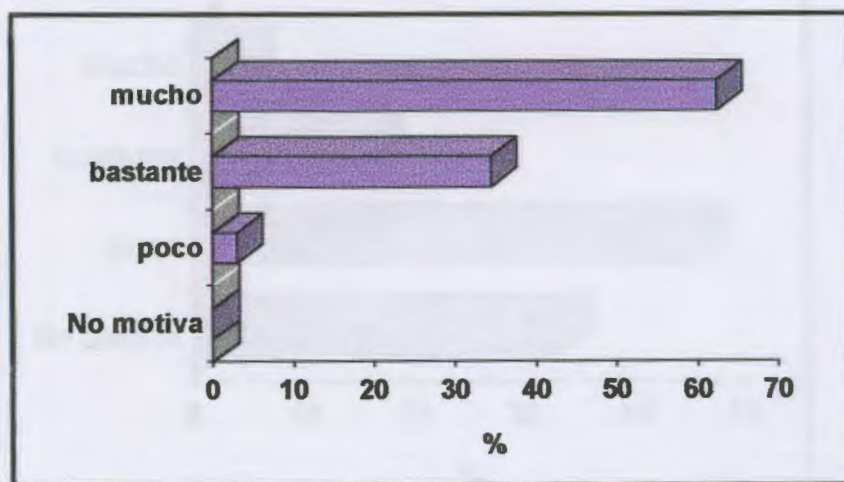


Figura 40.- Motivación por la autonomía en el trabajo

41- Ser competente en trabajo.

Indicador de motivación intrínseca. La Media fue de 3,88 y la Desv.típica de 0,33. En el **87,7%** motiva mucho, siendo un **elemento muy motivador** para los profesionales encuestados.

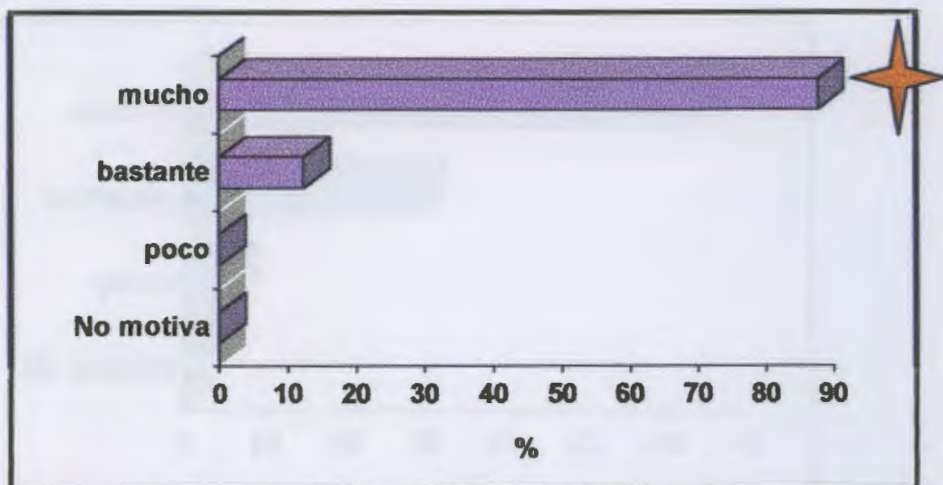


Figura 41.- Motivación por ser competente en el trabajo

42- Tener influencia en el equipo.

Indicador de motivación intrínseca. La Media fue de 1,93 y la Desv.típica de 0,83. No motiva en el 33,3%, poco en el 45,5%, bastante en el 16,4% y mucho en el 4,8%. Siendo para el **78,8%** de los profesionales un **elemento NO motivador**.

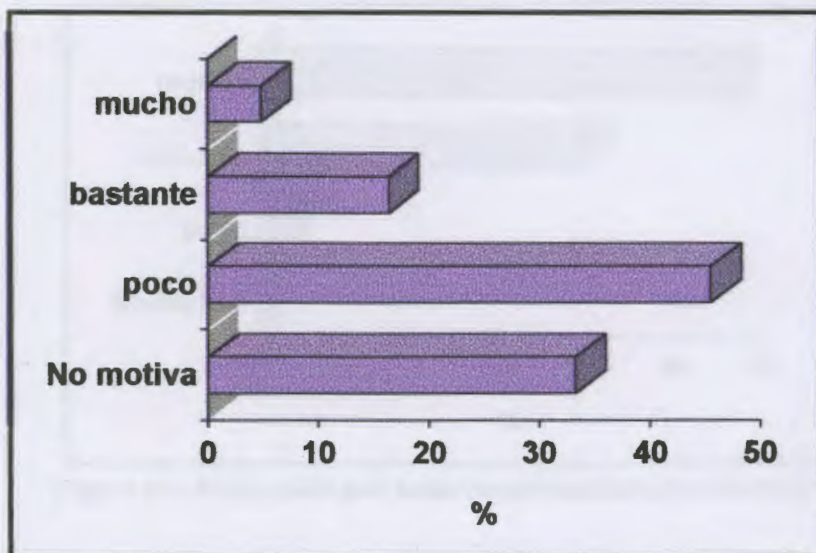


Figura 42.- Motivación por imponer mi opinión en el equipo



43- Reconocimiento del trabajo que se realiza.

Indicador de motivación extrínseca. La Media fue de 3,59 y la Desv.típica de 0,61. En el 64,8% motiva mucho y en el 29% bastante y poco en el 6,2%. Fue un **elemento motivador** para el **93,8%** de los encuestados.

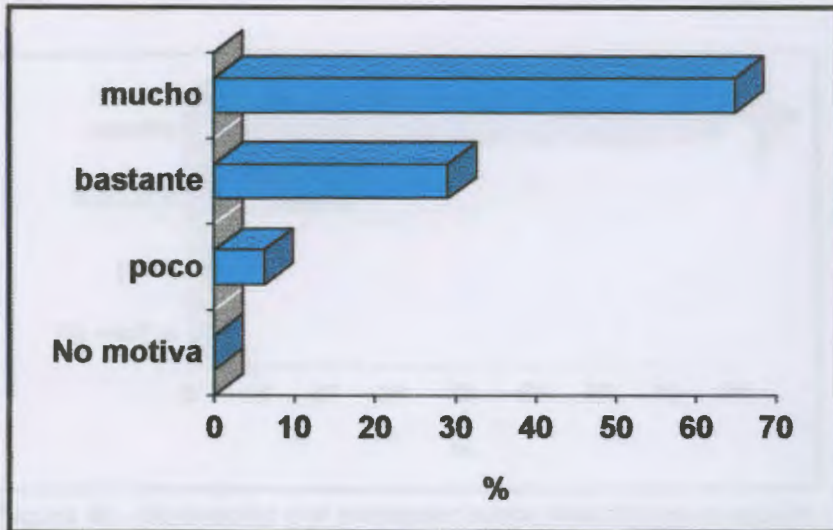


Figura 43.- Motivación por tener reconocimiento profesional

44- Tener responsabilidad en el trabajo.

Indicador de motivación intrínseca. Con una Media de 3,53 y Desv.típica de 0,57. Motiva bastante en el 39,4% y mucho en el 57%, siendo un **elemento motivador** para el **96,4%**.

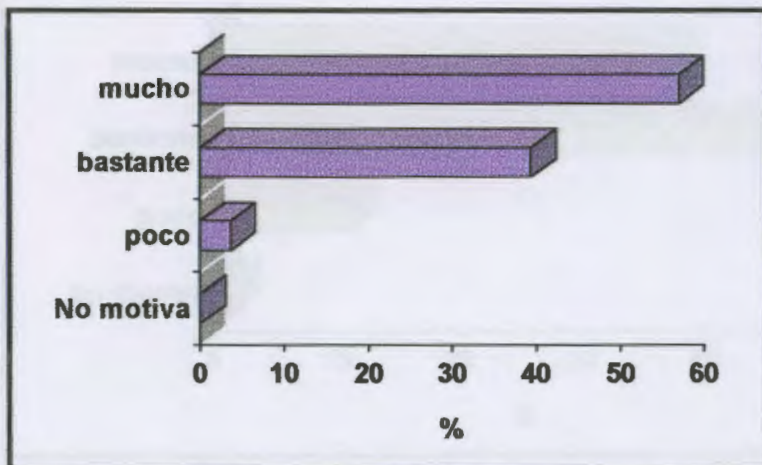


Figura 44.- Motivación por tener responsabilidad profesional

45- Fomentar relaciones positivas en el equipo.

Indicador de motivación intrínseca. La Media fue de 3,74 y la Desv.típica de 0,49. En el 23,2% motiva bastante y mucho en **75,6%**. Siendo un elemento **muy motivador**.

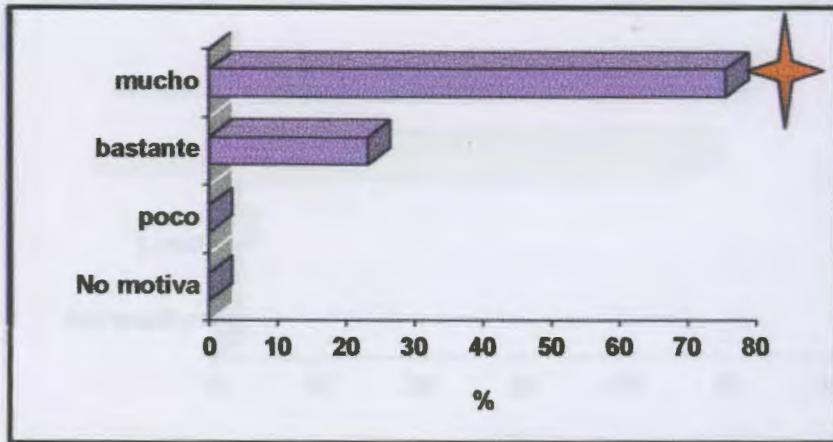


Figura 45.- Motivación por mantener buena relación en el equipo

46- Preocupación por la salud de las personas.

Pertenece al grupo de indicadores de motivación trascendente. La Media fue de 3,23 y la Desv.típica de 0,71. Motiva poco en el 11%, bastante en el 50% y mucho en el 37,2%. Fue elemento **motivador para el 87,2%**.

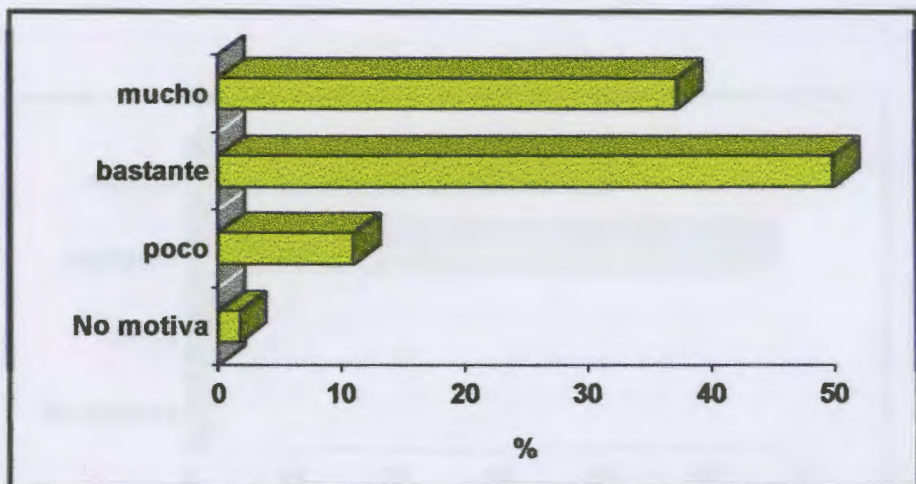


Figura 46.- Motivación por la salud de las personas

47- Esfuerzos por ayudar al equipo en su desarrollo.

Indicador de motivación trascendente. La Media fue de 3,50 y la Desv.típica de 0,54. En el 46,7% motiva bastante y mucho en el 51,5%, siendo **elemento motivador**.

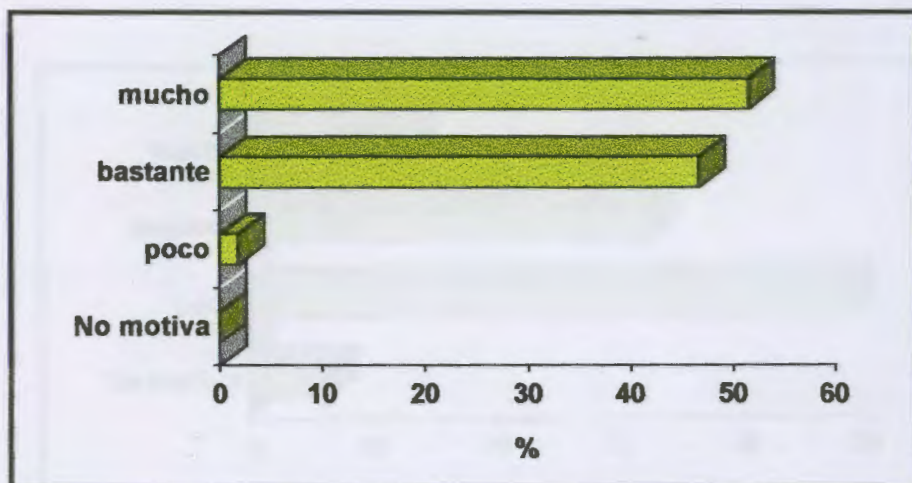


Figura 47.- Motivación por ayudar al equipo

48- Esfuerzos por comprender a las personas.

Indicador de motivación trascendente. Con una Media de 3,37 y Desv.típica de 0,58. En el 3,1% motiva poco, bastante en el 55,2% y mucho en el 41,1%, siendo un **elemento motivador**.

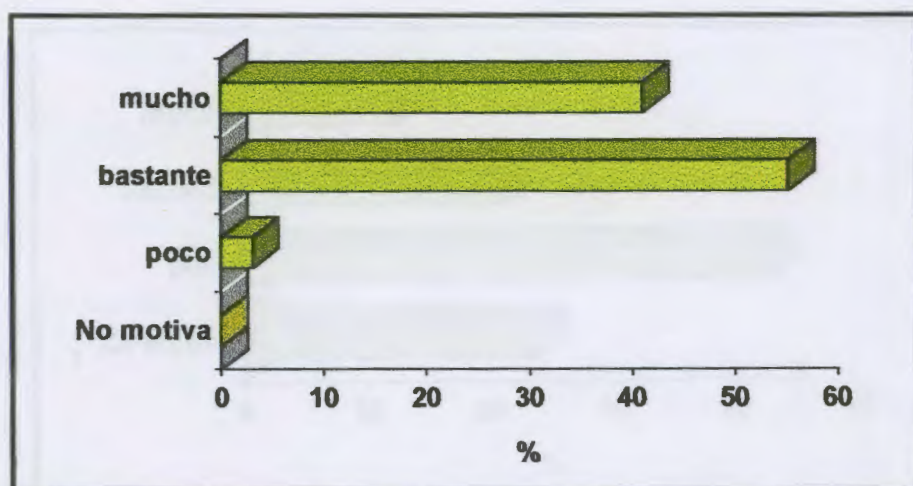


Figura 48.- Motivación por comprender las necesidades de los demás

49- Realizar esfuerzos altruistas para el desarrollo de la profesión.

Indicador de motivación trascendente. La Media fue de 2,52 y la Desv.típica de 0,80. En el 6,4% no motiva, poco en el 48,4%, bastante en el 32,5% y mucho en el 12,7%, siendo un elemento **poco motivador**.

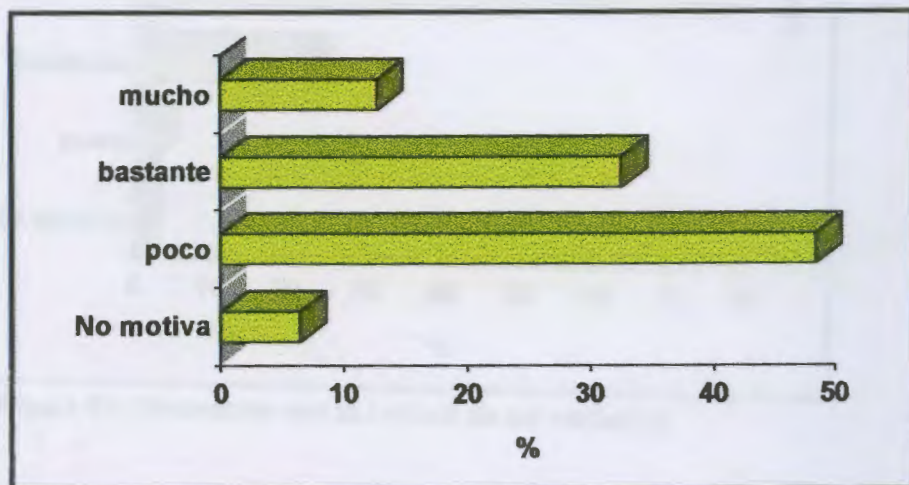


Figura 49.- Motivación altruista por la profesión

50- Solidaridad con los grupos de ayuda a la población.

Indicador de motivación trascendente. Con una Media de 2,23 y Desv.típica de 0,95. En el 23,8% no motiva, poco en el 42,5%, bastante en el 21,3% y mucho en el 12,5%, siendo un elemento **poco motivador**.

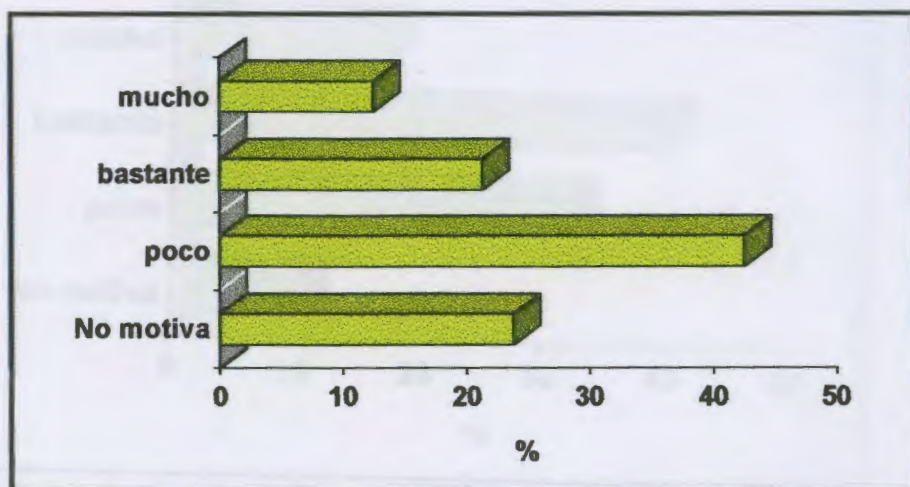


Figura 50.- Motivación por pertenecer a grupos de ayuda

51- Esfuerzos por la calidad en los cuidados de enfermería.

Indicador de motivación trascendente. Con una Media de 3,73 y Desv.típica de 0,50. En el 21,8% motiva bastante y mucho en el **75,8%**, siendo un elemento muy motivador.

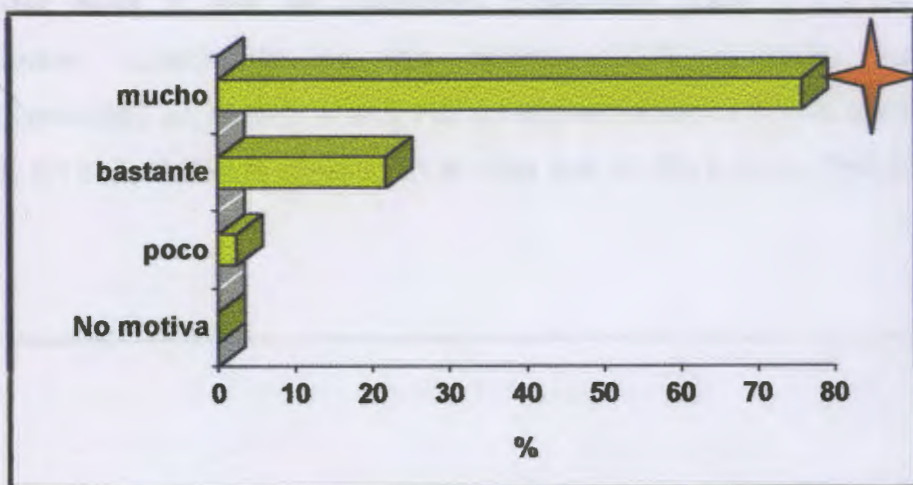


Figura 51.- Motivación por la calidad de los cuidados

52- Identificación con la institución.

Indicador de motivación trascendente. Con una Media de 2,64 y Desv.típica de 0,89. No motiva en el 10,6%, poco en el 32,3%, bastante en el 39,8% y mucho en el 17,4%, fue un elemento motivador en el 57,2% de los profesionales.

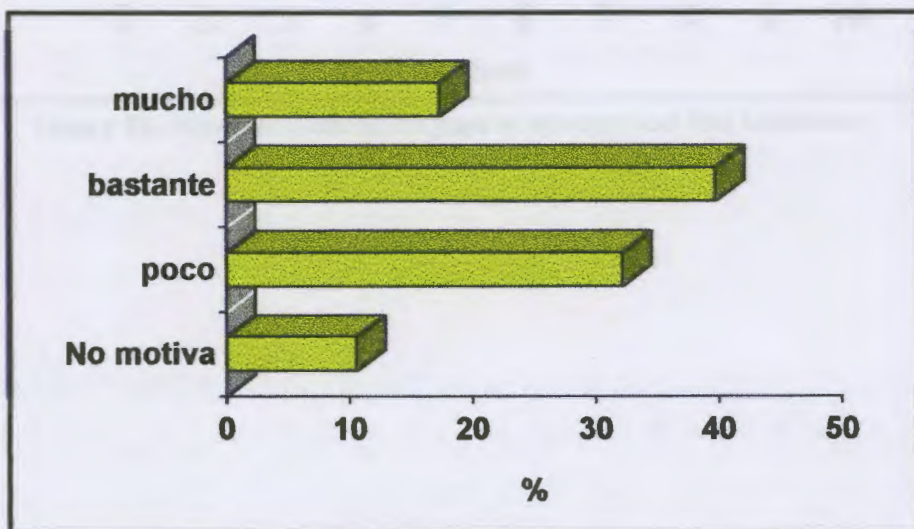


Figura 52.- Motivación por la identificación con el hospital

53- Nivel de motivación para el desarrollo del Rol Autónomo.

En una escala del 0 al 10, se obtuvo una puntuación Media de motivación para el desarrollo del Rol Autónomo de 7,11 con valor mínimo de 0 y máximo de 10, siendo la Desv.típica de 1,59. Considerando este ítem como **motivador a partir del nivel 7**, fue un elemento motivador para el **69,8%** de los encuestados, obteniendo en los niveles 0-2-3 el 0,6% (un caso respectivamente), en el nivel 4 el 3,1%, en el 5 el 8,6%, un 16,7% en el nivel 6, el 27,2% en el 7, el 26,5% en el 8, en el nivel 9 el 10,5% y en el 10 el 5,6%

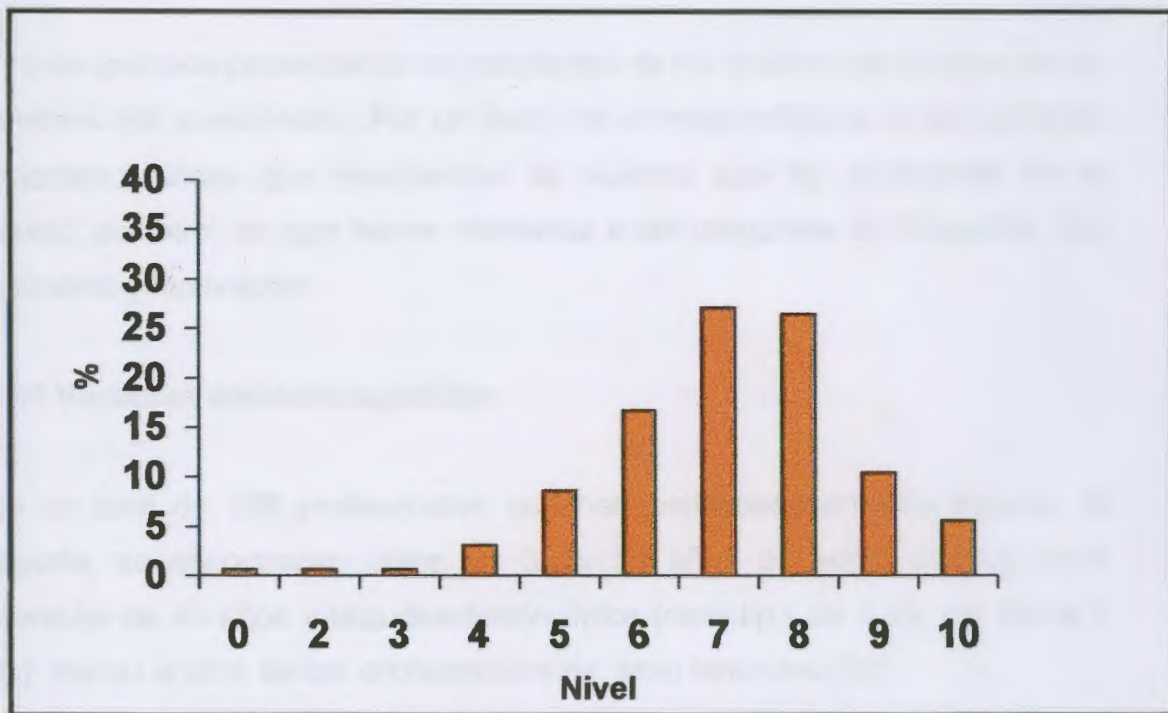


Figura 53.- Nivel de motivación para el ejercicio del Rol Autónomo

6. RESULTADOS

6-1 Análisis descriptivo

En este apartado presentamos los resultados de los análisis estadísticos de las variables del cuestionario. Por un lado, los correspondientes a las variables sociodemográficas que caracterizan la muestra que ha participado en el estudio; por otro, los que hacen referencia a las preguntas de formación, Rol Autónomo y motivación.

6-1-1 Variables sociodemográficas

De un total de 166 profesionales que han participado en este estudio, la mayoría, se encontraban entre los 30 y 50 años de edad, con un valor promedio de 40 años y una desviación típica (desv.tip.) de 7,19, ver figura 1 (f/1), siendo el 96% de los profesionales de sexo femenino (f/2).

El turno de trabajo minoritario fue el variable con un 9% de representación y en el que se obtuvieron un mayor número de respuestas fue en el de noche con un 36% (f/5).

Las áreas de trabajo con mayor representación fueron: medicina el 18% de la muestra, cirugía y críticos con el 24% respectivamente (f/6). La mitad de los profesionales llevaban trabajando en el área entre seis y once años (f/7) y llevaban ejerciendo la profesión entre 16 y 30 años (f/8).

Estos resultados nos indican que nos encontramos con una población predominantemente femenina, de mediana edad, con estabilidad en el área de trabajo y con experiencia profesional.

6-1-2 Variables indicadoras de formación

En este grupo de variables, destacó que el 63,3% de los profesionales encuestados tenían titulación de Diplomado, en relación al 31,3% de Convalidados y el 5,4% con titulación de ATS (f/ 3).

La formación post-básica más realizada fue la formación continuada en el hospital ya que la habían realizado el 88% de los encuestados, seguida de los cursos de post-grado realizados por un 63,3% de profesionales. La formación menos realizada fue la de cursos de máster, realizada solo por un 7% (f/ 4).

La mitad de los profesionales hacía seis meses que habían realizado la formación específica sobre "Plà de Cures" en el hospital, con un 51% de frecuencia (f/9).

Entre las formaciones específicas de Rol Autónomo la más realizada fue la de **"metodología del proceso de atención de enfermería"** con una frecuencia del 75%, por pocos profesionales fue realizada la formación en "relación de ayuda" un 32,5%, también la formación en "análisis de casos" realizada por un 23,9% de los profesionales encuestados. La menos realizada fue la de "formación en terapias complementarias" realizada solo por el 15% de los profesionales (f/10).

Estos resultados nos indican que la mayoría de profesionales tienen titulación de Diplomado, que realizan mayoritariamente la formación continuada en el hospital, más de la mitad han realizado cursos de post-grado, siendo muy pocos los que realizan cursos de máster y que

también mayoritariamente se han formado en metodología del proceso de atención de enfermería.

6-1-3 Variables indicadoras de Rol Autónomo

En este grupo de variables destacó que **la mayoría** de los profesionales, concretamente el 80%, daban mucha importancia a la relación terapéutica enfermera-paciente (f/11). El 89% sabía como favorecer la independencia del paciente (f/13) y **la fomentaba el 93% (f/27)**. Los profesionales que se planteaban **objetivos de mejora en los cuidados fueron el 84% de la muestra (f/25)**. **Solucionaban los problemas del paciente de forma multidisciplinar el 82% (f/28) y respetaban su decisión el 90% de los profesionales (f/29)**. Además el 71% de los profesionales registraban el plan de cuidados (f/22).

Los profesionales que evaluaban las actividades programadas fueron el 69% (f/23) y los que fomentaban la comunicación con el paciente y la familia el 60% (f/26).

Aproximadamente **la mitad** de los profesionales encuestados, el 48% de la muestra, habían participado en proyectos de mejora de calidad asistencial (f/14); En trabajos de investigación el 44% (f/16); El 51% habían leído el código ético de enfermería (f/17); El 52% formulaban diagnósticos de enfermería (f/8); El 54% participaban en sesiones de enfermería (f/20) y el 50% de los profesionales pactaban objetivos de cuidados con el paciente (f/24).

Una minoría de profesionales solo el 25% participaban en sesiones multidisciplinarias (f/21) y realizaban análisis de casos el 36% de los encuestados (f/19).

Los problemas del paciente con mayor dificultad para ser identificados fueron los espirituales para un 70% de profesionales y los de menor dificultad los de carácter físico, con una frecuencia del 4% (f/12).

6-1-3-1 Puntuaciones medias obtenidas en los indicadores de Rol Autónomo.

Los valores promedios (media aritmética) obtenidos en las preguntas indicadoras de Rol Autónomo, de p/18 a p/29 (véase cuestionario, anexo 1), considerando las cuatro modalidades de respuesta de la escala de medición de 1 a 4, donde 1 equivale a Nunca y 4 a la modalidad Siempre, se expresan a continuación en la figura 54.

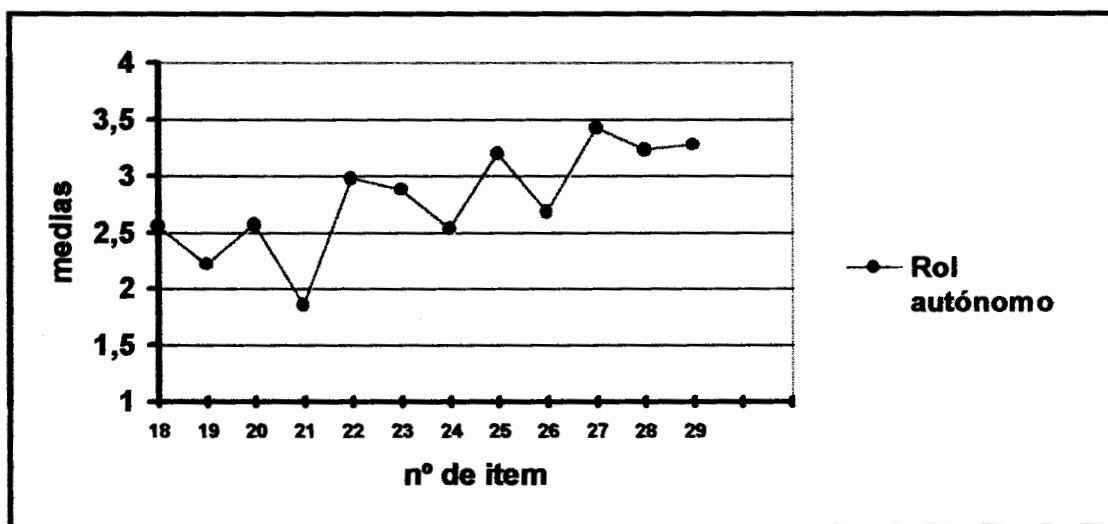


Figura 54.- Valores medios de Rol Autónomo.

En el gráfico, se puede observar que los ítems con un **mayor valor medio**, fueron: el registro del plan de cuidados, el plantearse objetivos de mejora en los cuidados básicos, las intervenciones para fomentar la independencia del paciente, el buscar soluciones a los problemas del paciente de forma multidisciplinar y el respetar la decisión del paciente.

Los items con **menor valor medio**, fueron: la formulación de diagnósticos de enfermera, el realizar análisis de casos, el participar en sesiones de enfermería y multidisciplinarias, el pactar objetivos de cuidados con los enfermos y el programar espacios de comunicación con el paciente y la familia.

A través de los resultados expuestos, apreciamos áreas de dificultad para el desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales de enfermería encuestados. Entre las intervenciones de enfermería con mayor dificultad para su realización, y que han intervenido desfavorablemente en el nivel de Rol de los profesionales, podemos destacar: **el fomentar pocos espacios de comunicación con el paciente y la familia, el realizar pocos diagnósticos enfermera, el pactar pocos objetivos respecto a los cuidados con los enfermos y en la dificultad para identificar los problemas espirituales de los pacientes.** Estas intervenciones entre otros aspectos, pueden mejorarse a través de una mayor formación específica sobre Rol Autónomo, como pueden ser “la relación de ayuda” y “el análisis de casos clínicos”. Siendo éstas formaciones realizadas por pocos profesionales.

Otras áreas de dificultad en los profesionales encuestados y que intervienen desfavorablemente en el nivel de Rol Autónomo son: **el realizar pocos proyectos de mejora de la calidad asistencial y de investigación en enfermería, también el participar poco en sesiones de enfermería o multidisciplinarias y el realizar pocas sesiones para el análisis de casos.** Todos estos aspectos son de relevancia para el ejercicio del Rol Autónomo, y la dificultad en su desarrollo puede relacionarse con la necesidad de una mayor formación así como de una mayor motivación para el ejercicio del Rol Autónomo pero también se pueden relacionar con la necesidad de cambios organizativos y de gestión en la enfermería que favorezcan su realización.

6-1-3-2 Indicador de Nivel de Rol Autónomo en los profesionales.

El **Indicador de nivel de Rol Autónomo**, se genera a partir de las variables del cuestionario p.14, p.16, y desde p.18 a p.29 y se moverá entre los valores de 0 a 100. Al homogeneizar las escalas de medida de todas estas variables se facilita la interpretación de estos resultados.

Para ello, en primer lugar, se asignará a las variables dicotómicas p.14 y p.16 los valores de 0 para la categoría “No” y “NS/ NC”, y el valor 100 para la categoría “Si”.

En el resto de variables se realiza una conversión de la escala, originalmente de 1 a 4 (Nunca, Casi Nunca, Casi siempre, Siempre) a una nueva de 0 a 100.

La fórmula de conversión es la siguiente: $y = (100x-100)/3$

X:	1-Ns/ NC	2	3	4
Y:	0	33,3	66,6	100

Una vez recodificadas las variables que configuran el Nivel de Rol Autónomo, se calcula para cada individuo la puntuación media en las nuevas 14 variables. Esta nueva variable cuantitativa de 0 a 100 se transformará en **cualitativa** a partir de la definición de los siguientes intervalos:

- *0 a 20** : Nivel bajo de Rol Autónomo
- *21 a 40** : Nivel medio bajo
- *41 a 60** : Nivel medio
- *61 a 80** : Nivel medio alto
- *81 a 100**: Nivel alto

Para el total de los profesionales, se obtuvo una puntuación media de nivel de Rol Autónomo de **55,5** con una Desviación típica de 13,75 (valor mínimo de 21,41 y valor máximo de 92,86). No encontrándose ningún profesional en el **nivel bajo** de Rol Autónomo. El **15%** (total de 25 profesionales) en el **nivel medio bajo**. El **52%** (total de 85 profesionales) en el **nivel medio**. El **31%** (total de 52 profesionales) en el **nivel medio alto** y el **2%** (total de 4 profesionales) en el **nivel alto** de desarrollo de Rol Autónomo.

Por tanto, como se aprecia en el gráfico de sectores (ver figura 55), más de la mitad de los profesionales se sitúan en un **nivel de Rol Autónomo MEDIO** que se corresponde con el intervalo de puntuación en una escala de 0 a 100, de **41 a 60 puntos**

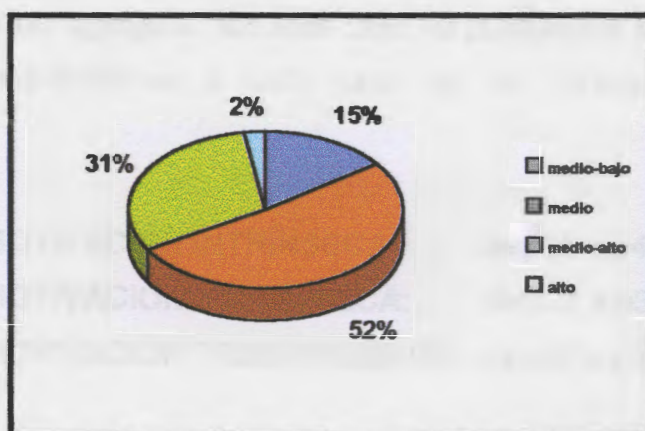


Figura 55.- Profesionales en cada nivel de Rol Autónomo

6-1-4 Variables indicadoras de motivación

6-1-4-1 Satisfacción en el trabajo y motivación para el ejercicio del Rol Autónomo.

En una escala del 1 al 10, se detectó un alto nivel de satisfacción en el trabajo en el total de los profesionales, con un valor medio de 7,36, desv.tip. de 1,47

(f/30). También se obtuvo un alto nivel de motivación para el desarrollo del Rol Autónomo, con un valor medio de 7,11, desv.tip. de 1,59 (f/53).

Por consiguiente, nos encontramos ante unos profesionales bastante satisfechos con su trabajo y bastante motivados para el ejercicio de su Rol Autónomo.

6-1-4-2 Constructos de indicadores de motivación.

A partir del conjunto de las variables del cuestionario de la p31 a la p52, se generan los tres constructos de motivación analizados en el estudio: motivación intrínseca, extrínseca y trascendente. El procedimiento utilizado ha consistido en calcular un dato agregado, en este caso, la puntuación media del grupo de variables correspondientes a cada uno de los conceptos anteriormente mencionados.

***MOTIVACIÓN INTRÍNSECA:** de p35 a p42, p44 y p45.

***MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA:** de p31 a p34 y p43

***MOTIVACIÓN TRASCENDENTE:** de p46 a p52

Se obtuvieron los siguientes resultados que se presentan en la tabla I

PUNTUACIONES MEDIAS SEGÚN TIPO DE MOTIVACIÓN

	Motivación intrínseca	Motivación extrínseca	Motivación trascendente
N	166	166	165
Media	3,39	3,23	3,03
Desv.típica	0,31	0,40	0,42
Mínimo	2,30	2,20	2,00
Máximo	4,00	4,00	4,00

Tabla 1

6-1-4-3 Motivación extrínseca

En la muestra de profesionales que participaron en este estudio, fueron elementos **muy motivadores** entre los indicadores de motivación extrínseca: La seguridad en el empleo para el 93% de los encuestados (f/31). **La elección del lugar de trabajo** para el 97% (f/34) y el reconocimiento profesional para el 93% (f/43).

La promoción profesional motivó al 70% de los profesionales (f/33) y solo la mitad de los profesionales, en concreto el 50% estaba motivado por **la remuneración del trabajo** (f/32).

6-1-4-4 Motivación intrínseca

En los profesionales estudiados, fueron elementos **muy motivadores** entre los indicadores de motivación intrínseca: **El ser competente en el trabajo**, para el 100% de los profesionales (f/41). **El mantener una buena interrelación en el equipo**, para el 98% (f/45) y **el realizar un trabajo interesante**, para el 97% de los profesionales (f/35).

La formación (f/36), la autonomía en el trabajo (f/40) y la responsabilidad (f/44), motivaron al 96% de los encuestados.

En este tipo de motivación fueron **bastante motivadores**: El interés por desarrollar iniciativas de mejora, en el 93% (f/37). El trabajo que se realiza en el 91% (f/38) y la autodeterminación de los profesionales en el 86% de los encuestados (f/39).

Destacó como elemento muy **poco motivador**, **el ejercer influencia en el equipo**, motivando solo al 21% de los profesionales (f/42).

6-1-4-5 Motivación trascendente

En el conjunto de los profesionales encuestados, actuó como elemento **muy motivador** dentro del grupo de indicadores de motivación trascendente **“el realizar cuidados de enfermería de calidad”**, para el 97% de las/os enfermeras (f/51).

En este tipo de motivación fueron **bastante motivadores**: La preocupación por la salud de las personas, en el 87% (f/46). El ser una ayuda para el equipo en el 98% (f/47) y el comprender las necesidades de los demás en el 96% (f/48).

Los elementos de motivación trascendente **poco motivadores** fueron: **El altruismo hacia la profesión** motivando al 45% de los profesionales (f/49). **El pertenecer a grupos de ayuda** actuando como elemento motivador para el 33% (f/50) y **la identificación con el hospital** elemento motivador para el 57% de los profesionales (f/52).

6-1-4-6 Puntuaciones medias obtenidas en motivación.

Los valores promedio obtenidos (media aritmética) en las preguntas indicadoras de motivación, de p/31 a p/52 (véase cuestionario anexo1) considerando las cuatro modalidades de respuesta de la escala de medición de 1 a 4, donde 1 equivale a “no me motiva” y 4 a la modalidad “me motiva mucho”, se expresan a continuación en la figura 56.

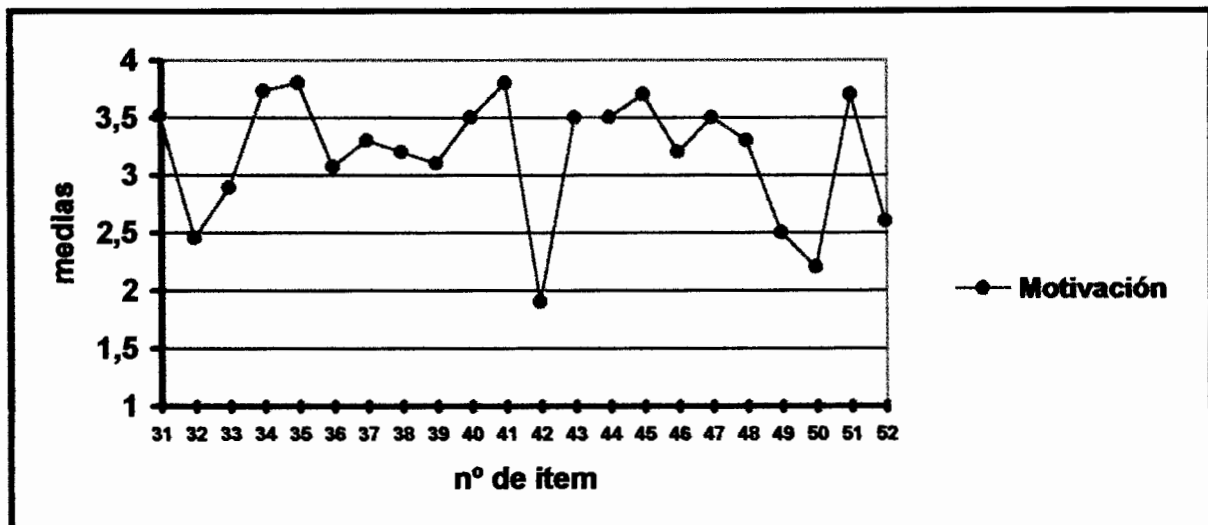


Figura 56.- Valores medios en los indicadores de motivación.

En el gráfico, se detecta que los ítems con **mayor valor medio**, fueron: la elección del lugar de trabajo, el ejercer la profesión en un trabajo interesante por su contenido o valor, el ser competente, la buena relación en el equipo y el realizar cuidados con la mejor calidad posible.

Los ítems con **menor valor medio**, fueron: la remuneración del trabajo por encima de otros conceptos, el influir en el equipo, el altruismo hacia la profesión y el pertenecer a grupos de ayuda de la población.

A través de los resultados obtenidos, consideramos que nos encontramos ante un colectivo poco motivado por el factor económico, pero sí por la seguridad en el empleo.

Son profesionales a los que motiva la competencia profesional, la autonomía en el trabajo, la responsabilidad, la formación y la calidad de los cuidados. La innovación, les importa la buena relación en el equipo de trabajo y el manifestar sus criterios profesionales, todos ellos aspectos favorables para el ejercicio del Rol Autónomo.

También les motiva la elección del lugar de trabajo así como el realizar un trabajo interesante, por lo que la asignación al trabajo que realizan resulta bastante adecuada ya que mayoritariamente están motivados por el.

A pocos encuestados les motiva el ejercer poder o influencia sobre el equipo. El altruismo hacía la profesión, la identificación con el hospital y la solidaridad social.

En el colectivo de profesionales estudiado, se pone de manifiesto que mayoritariamente están motivados por elementos de la motivación intrínseca, seguidos de la extrínseca y en el último lugar de la trascendente, y que según la escala de respuesta utilizada nos encontramos ante unos profesionales a los que mueven bastante los elementos motivadores analizados de los tres tipos de motivación.

6-2 Variables intervinientes

Por su posible influencia en el estudio, se realizó un análisis de las variables: turno de trabajo, años de ejercicio profesional y años de trabajo en el área, divididas en intervalos, por lo que se consideraron cualitativas. Estas variables se relacionaron con las puntuaciones medias obtenidas en: motivación intrínseca, extrínseca y trascendente, nivel de satisfacción, nivel de motivación para el Rol Autónomo y nivel de Rol Autónomo.

6-2-1 Turno de trabajo.

Los turnos analizados fueron: el de mañanas, tardes, noches y el variable. Los resultados obtenidos se expresan en la tabla II. El análisis de los valores promedios, nos indicó que en el **turno de tarde** se obtuvo un mayor nivel de satisfacción en el trabajo, media de 7,75 y desv.típ. de 1,48. La motivación para

ejercer el Rol Autónomo también fue mayor en este turno, media de 7,50 y desv.típ. de 1,45 y a su vez fue mayor el nivel de desarrollo de Rol, con una media de 59,9 y desv. típ. de 11,82 .

Las puntuaciones en los tres constructos de motivación fueron similares en todos los turnos, siendo mayor la intrínseca, seguida de la extrínseca y en último lugar la trascendente.

MOTIVACIÓN, SATISFACCIÓN Y NIVEL DE ROL SEGÚN TURNO DE TRABAJO

Turno		TM	TT	TN	T variable
N		50	40	61	15
Mot. Intrínseca:	Media	3,47	3,42	3,31	3,39
	Desv. Típ.	0,30	0,31	0,33	0,20
Mot. Extrínseca:	Media	3,19	3,21	3,28	3,26
	Desv. Típ.	0,45	0,34	0,40	0,37
Mot. Trascendente:	Media	3,05	3,09	3,03	2,82
	Desv. Típ.	0,47	0,39	0,39	0,44
Satisfacción:	Media	7,39	7,75	7,13	7,14
	Desv. Típ.	1,54	1,48	1,49	0,95
Motivación para Rol autónomo:	Media	7,02	7,50	7,00	6,79
	Desv. Típ.	1,86	1,45	1,53	1,19
Nivel de Rol autónomo:	Media	58,11	59,90	50,75	54,89
	Desv. Típ.	15,61	11,82	13,12	8,32

Tabla 2

6-2-2 Años de ejercicio profesional.

Este análisis se realizó agrupando a los profesionales en intervalos de cinco años, obteniendo seis grupos: (0-5), (6-10), (11-15), (16-20), (21-25) y (26-30). Los resultados se expresan en la tabla III. El análisis de las puntuaciones medias por grupos nos indicó que:

En el grupo de **0 a 5** años de ejercicio profesional se obtuvo la **menor** motivación para el Rol Autónomo, media de 6,56 y desv. típ. de 0,30. También fue bajo el nivel de Rol, media de 52,6 y desv.típ. de 12,6. Obteniéndose en este grupo un **nivel alto** de satisfacción en el trabajo, media de 7,56 y desv.típ. de 1.

En el grupo de **6 a 10** años se obtuvo el **nivel más alto** de motivación para el ejercicio del Rol Autónomo, media de 7,33 y desv.típ. de 1,32.

En el grupo de **16 a 20** años se obtuvo **la mayor** satisfacción en el trabajo, media de 7,60 y desv.típ. de 1,6. También el **mayor nivel** de Rol Autónomo, media de 58,9 y desv.típ. de 12.

En los grupos de **11 a 15** años, de **21 a 25** y de **26-30**, no se obtuvieron datos destacables.

A través de estos resultados consideramos que la satisfacción en el trabajo y el nivel de Rol Autónomo es mayor en el grupo de profesionales que llevan entre 16-20 años de ejercicio profesional y que la motivación para el ejercicio del Rol Autónomo es mayor en los que llevan entre 6-10 años. La motivación fue similar en los seis grupos, siendo mayor la motivación intrínseca, seguida de la extrínseca y por último la trascendente.

MOTIVACIÓN, SATISFACCIÓN Y NIVEL DE ROL SEGÚN AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Años de ejercicio		0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
N		9	32	34	30	37	23
Mot. Intrínseca:	Media	3,32	3,47	3,31	3,39	3,38	3,48
	Desv. Típ.	0,29	0,27	0,35	0,28	0,30	0,31
Mot. Extrínseca:	Media	3,10	3,29	3,20	3,28	3,24	3,21
	Desv. Típ.	0,36	0,42	0,34	0,40	0,42	0,44
Mot. Trascendente:	Media	2,90	3,07	2,92	3,07	3,00	3,21
	Desv. Típ.	0,48	0,45	0,41	0,39	0,45	0,34
Satisfacción:	Media	7,56	7,16	7,29	7,60	7,31	7,43
	Desv. Típ.	1,01	1,53	1,43	1,67	1,56	1,31
Motivación para Rol autónomo:	Media	6,56	7,33	6,91	7,20	7,17	7,09
	Desv. Típ.	0,30	1,32	1,75	1,56	1,52	1,93
Nivel de Rol autónomo:	Media	52,6	55,02	54,03	58,93	56,66	53,38
	Desv. Típ.	12,34	13,40	14,03	12,0	15,89	13,44

Tabla 3

Con el objetivo de saber si existe relación entre los años de ejercicio profesional y la motivación, la satisfacción en el trabajo, la motivación para el Rol Autónomo y el nivel de Rol Autónomo, se realizó un análisis a través de la correlación de Pearson, no obteniéndose relación lineal entre estas variables. Por consiguiente, **el aumento de los años de ejercicio profesional no se corresponde con una mayor motivación, satisfacción en el trabajo, motivación para el Rol y tampoco con un mejor nivel de desarrollo del Rol autónomo.**

6-2-3 Años de ejercicio en el área de trabajo. El análisis se realizó agrupando a los profesionales en intervalos de cinco años, obteniendo cinco grupos: (0-5), (6-10), (11-15), (16-20) y (21-27). Los resultados se expresan en la tabla IV. El análisis de las puntuaciones medias por grupos nos indicó que:

El grupo de **6 a 10** años obtuvo el **mayor** valor promedio de nivel de Rol Autónomo, Media de 57,36 y Desv.típ de 12,5.

El grupo de **11 a 15** años obtuvo **la menor** puntuación en satisfacción, Media de 6,66 y Desv.típ de 1,7. También fue menor la motivación para el ejercicio del Rol Autónomo, Media de 6,48 y Desv.típ de 1,57.

El grupo de **16 a 20** años obtuvo **la mayor** puntuación en satisfacción, Media de 7,79 y Desv.típ de 0,8. Siendo bajo el valor promedio de nivel de Rol Autónomo, Media de 53,37 y Desv.típ de 14,78.

En los grupos de **0 a 5** años y de **21 a 27**, no se obtuvieron datos destacables.

A través de estos resultados consideramos que la motivación para el ejercicio del Rol Autónomo y el nivel de Rol Autónomo fue mayor en el grupo de profesionales que llevaban trabajando en el área entre 6-10 años y que la satisfacción fue mayor en el grupo de entre 16-20 años. La motivación fue similar en los cinco grupos, siendo mayor la motivación intrínseca, seguida de la extrínseca y por último la trascendente.

MOTIVACIÓN, SATISFACCIÓN Y NIVEL DE ROL SEGÚN AÑOS EN EL ÁREA DE TRABAJO

Años de ejercicio		0-5	6-10	11-15	16-20	21-27
N		24	75	29	14	20
Mot. Intrínseca:	Media	3,32	3,41	3,33	3,43	3,47
	Desv. Típ.	0,34	0,27	0,35	0,35	0,29
Mot. Extrínseca:	Media	3,17	3,28	3,14	3,31	3,19
	Desv. Típ.	0,44	0,35	0,44	0,51	0,36
Mot. Trascendente:	Media	2,95	3,09	2,91	3,05	3,08
	Desv. Típ.	0,47	0,41	0,41	0,33	0,47
Satisfacción:	Media	7,18	7,57	6,66	7,79	7,60
	Desv. Típ.	1,22	1,52	1,72	0,80	1,31
Motivación para Rol autónomo:	Media	6,96	7,45	6,48	7,14	7,00
	Desv. Típ.	1,08	1,53	1,57	1,46	2,30
Nivel de Rol autónomo:	Media	54,83	57,36	53,82	53,37	55,21
	Desv. Típ.	10,99	12,54	14,72	14,78	17,98

Tabla 4

Con el objetivo de saber si existe relación entre los años de trabajo en el área y la motivación, la satisfacción en el trabajo, la motivación para el Rol Autónomo y el nivel de Rol Autónomo, se realizó un análisis a través de la correlación de Pearson no obteniéndose relación lineal entre estas variables. Por consiguiente, **el aumento de los años de permanencia en el área de trabajo no se corresponde con una mayor motivación, satisfacción en el trabajo, motivación para el Rol y tampoco con un mejor nivel de desarrollo del Rol Autónomo.**

6-3 Relación entre Rol Autónomo y formación

6-3-1 Indicadores de nivel de Rol Autónomo según titulación básica.

Con la finalidad de observar las diferencias de los valores promedios obtenidos en los indicadores de nivel de Rol Autónomo según la titulación básica (ATS, Convalidado y Diplomado), se relacionaron las dos variables. Como puede observarse en figura 57, las respuestas de los profesionales nos indicaron que:

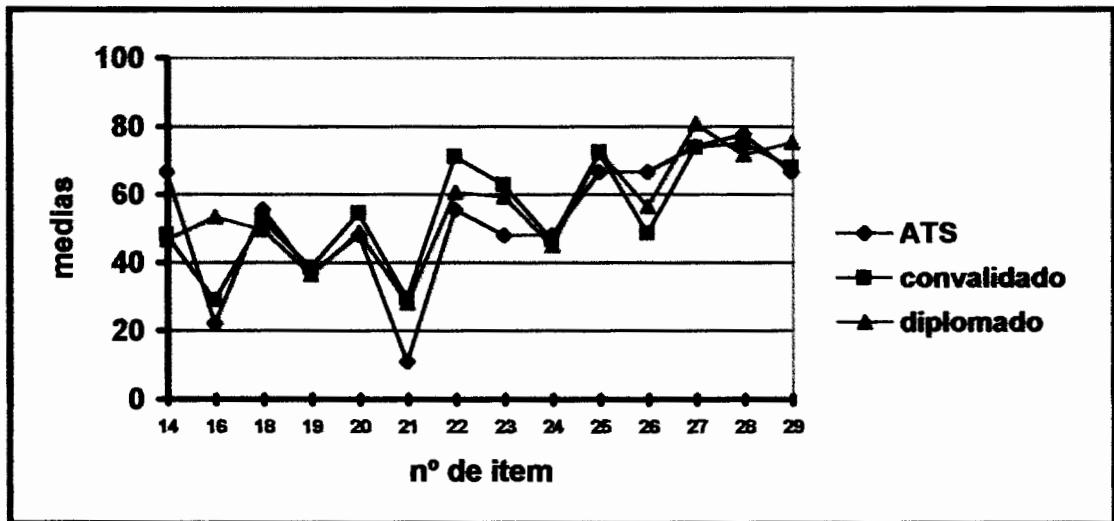


Figura 57.- Indicadores de nivel de Rol Autónomo según titulación.

Los profesionales con **titulación de ATS** (9 enfermeras/os), son los que más habían participado en proyectos de mejora de la calidad asistencial, variable 14 (v/14), media de 66,66 y desv.típ. de 50,0. Los que programaban más espacios

de comunicación con el paciente y la familia (v/26), media de 66,62 y desv.típ. de 28,8. También los que menos habían participado en sesiones multidisciplinarias (v/21), media de 11,10 y desv.típ. de 23,5.

Los profesionales con **titulación de Convalidado** (52 enfermeras/os) registraban más el plan de cuidados, (v/22), media de 71,12 y desv.típ. de 32,3. También participaban más en sesiones de enfermería (v/20), media de 54,45 y desv.típ. de 36,1.

Los profesionales con **titulación de Diplomado** (105 enfermeras/os) fueron los que más trabajos de investigación habían realizado (v/16), media de 53,33 y desv.típ. de 50,12. Los que más fomentaban la independencia del paciente (v/27), media 80,6 y desv.típ. de 22. También los que más respetaban su decisión (v/29), media 75,1 y desv.típ. de 23,5.

Los profesionales de las **tres titulaciones** realizaban pocas sesiones para el análisis de casos (v/19) y pactaban pocos objetivos de cuidados con los pacientes, (v/24).

6-3-2 Nivel de Rol Autónomo según titulación básica

Las titulaciones de ATS, Convalidado y Diplomado, se relacionaron con los valores de las puntuaciones medias obtenidas en las 14 variables que configuran el indicador de nivel de Rol Autónomo.

Se obtuvo un valor promedio de nivel de Rol Autónomo para los profesionales con titulación de ATS de 53,14 con una desv.típ. de 15,3. Los Convalidados obtuvieron un nivel promedio de 55,00 con una desv.típ. de 14,6 y las enfermeras/os Diplomados obtuvieron el valor promedio **más alto** de nivel de Rol Autónomo siendo de 56,02 con una desv.típ. de 13,2. Estos resultados se observan en la figura 58.

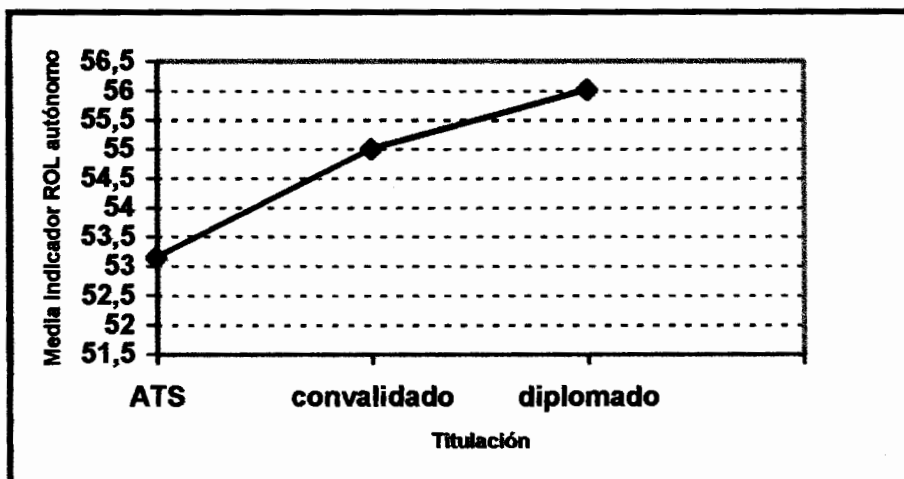


Figura 58.- Nivel de Rol Autónomo según titulación

Se realizó un análisis de la varianza (Anova), con el objetivo de comparar los valores medios obtenidos de nivel de Rol por cada grupo según titulación básica. En este análisis no se obtuvo significación estadística, por lo que se considera que **no hay diferencias significativas entre la titulación básica y el nivel de desarrollo del Rol Autónomo que realizan los profesionales estudiados, obteniendo un mayor valor promedio de nivel de Rol Autónomo los profesionales con titulación de Diplomados.**

6-3-3 Relación entre nivel de Rol Autónomo y formación post-básica

Con el objetivo de saber si existían diferencias significativas de nivel de Rol Autónomo entre los grupos de profesionales que habían realizado las diferentes formaciones post-básicas estudiadas y los que NO, se realizó un análisis de comparación de medias a partir de la T de Student, entre el nivel de Rol Autónomo de los profesionales que SI y que NO habían realizado cursos de Post-Grado, Máster, Formación continuada en el hospital y otros.

En el análisis de las diferencias de medias de nivel de Rol Autónomo de los profesionales, agrupados según la formación post-básica realizada, no se

obtuvieron diferencias significativas entre los profesionales que **SI** habían realizado estas formaciones y los que **NO**, considerando que estas formaciones no influyen significativamente en un mejor nivel de desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales estudiados, aunque obtuvieron un mayor valor promedio de nivel de Rol los profesionales que habían realizado cursos de máster.

6-3-4 Relación entre nivel de Rol Autónomo y formaciones específicas de Rol

Con el objetivo de saber si existían diferencias significativas de nivel de Rol Autónomo entre los grupos de profesionales que **SI** habían realizado las diferentes formaciones específicas de Rol estudiadas y los que **NO**, también se realizó un análisis de comparación de medias a partir de la T de Student, entre el nivel de Rol Autónomo de los profesionales que **SI** y que **NO** habían realizado formación en Modelos de enfermería, Metodología del PAE, Relación de ayuda, Terapias complementarias, Análisis de casos y Otros. Los resultados se presentan en la tabla V.

ROL AUTÓNOMO Y FORMACIONES ESPECÍFICAS DE ROL.

	SI \bar{X} Rol	NO \bar{X} Rol	Sig.	Desv.típica SI	Desv.típica NO
Modelos de enfermería	57,41	54,33	-	13,37	13,98
Metodología del PAE	55,67	55,38	-	14,39	11,93
Relación de ayuda	59,85	53,69	0,007	13,07	13,73
Terapias complementarias	59,40	54,90	-	13,95	13,68
Análisis de casos	64,55	52,90	0,000	11,85	13,20
Otros	55,60	55,62	-	11,82	14,41

p<0,05

Tabla.- 5

En el análisis de las diferencias de medias de nivel de Rol Autónomo de los profesionales, agrupados según la formación específica de Rol realizada, no se obtuvieron diferencias significativas entre los profesionales que **SI** y que **NO** habían realizado formación en Modelos de enfermería, Metodología PAE, Terapias complementarias y otros, por lo que **estas formaciones no influyen significativamente en un mejor nivel de desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales estudiados, siendo mayor el valor promedio de nivel de Rol de los profesionales que habían realizado cursos sobre terapias complementarias y modelos de enfermería.**

Se obtuvieron diferencias Significativas con un $\alpha=0,05\%$ entre los profesionales que **SI** y que **NO** habían realizado formación en **relación de ayuda** $p = 0,007$, y formación en **análisis de casos** $p = 0,000$. Considerando que **la realización de estas formaciones influye significativamente en un mejor nivel de desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales estudiados.**

6-4 Relación entre nivel de Rol Autónomo y motivación

Con el objetivo de saber si existe relación entre el nivel de Rol Autónomo, la motivación intrínseca, la motivación extrínseca, la motivación trascendente, la motivación para el ejercicio del Rol Autónomo y la satisfacción en el trabajo, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables descritas. Los resultados se expresan en la tabla VI.

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ROL, MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN

	Nivel de ROL	Mot. Intrínseca	Mot. Extrínseca	Mot. Trascendente	nivel motivación ROL	Satisfacción
Nivel de ROL Sig.						
Mot. Intrínseca Sig.	0,005					
Mot. Extrínseca Sig.	NO	0,000				
Mot. Trascendente Sig.	0,01	0,000	0,001			
Nivel de motivación ROL Sig.	0,002	0,002	NO	0,000		
Satisfacción Sig.	0,000	0,000	0,011	0,000	0,000	

$p < 0,05$

Tabla.- 6

Se obtuvo la mayor correlación lineal de $r_{xy} = 0,543$ y $p = 0,000$ entre el nivel de satisfacción en el trabajo y el nivel de motivación para el desarrollo del Rol Autónomo, indicando que a mayor satisfacción también mayor nivel de motivación para el ejercicio del Rol Autónomo y viceversa.

Se obtuvieron correlaciones Significativas con un $\alpha = 0,05\%$. entre: nivel de Rol Autónomo y motivación intrínseca $p = 0,005$, trascendente $p = 0,011$, nivel de motivación para el Rol Autónomo $p = 0,002$ y nivel de satisfacción $p = 0,000$. Ello nos indica que hay relación lineal positiva entre estas variables por lo que a un mayor nivel de Rol Autónomo corresponde una mayor motivación intrínseca, trascendente, nivel de motivación para el Rol Autónomo y de satisfacción en el trabajo y viceversa.

No se obtuvo correlación entre la motivación extrínseca y el nivel de Rol Autónomo de los profesionales, tampoco con el nivel de motivación para su desarrollo, por lo que los aspectos considerados en esta motivación como son: la seguridad en el empleo, su retribución, la promoción profesional, la elección del lugar de trabajo y la evaluación del desempeño, **no intervienen como elementos motivadores para el ejercicio del Rol Autónomo.**

6-5 Análisis de la formación realizada en el hospital sobre “Plà de Cures”

6-5-1 Variable indicadora de SI / NO formación en “Plà de Cures”.

A partir de la variable **V9** (tiempo que has realizado en el hospital la formación sobre “El Plà de Cures” basado en el modelo de V.Henderson) de 5 categorías, se crea una nueva variable dicotómica (**Si formación/ No formación**) como resultado de agrupar para el caso afirmativo las modalidades “De 0 a 6 meses”, “De 7 a 12 meses”, “Más de 12 meses”, y para el negativo “la estoy realizando”, “no la he realizado”.

Los resultados fueron: **“SI”** habían realizado la formación sobre Plà de Cures en el hospital **120** profesionales un **73%** de la muestra, **Grupo A** y **“No”** habían realizado la formación **46** profesionales un **27%** de la muestra, **Grupo B**, ver figura 59.

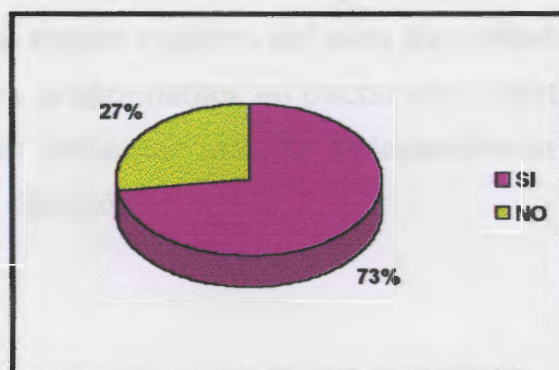


Figura 59.- Formación sobre Plà de Cures

6-5-2 Indicadores de nivel de Rol en los dos grupos: SI formación (A) y NO formación (B):

Se realizó un análisis descriptivo entre los dos segmentos de profesionales, grupo **A (SI formación en "Plà de Cures")** y grupo **B (NO formación)**, según las puntuaciones promedio obtenidas en las 14 variables que configuran el nivel de Rol Autónomo. Su finalidad fue la de analizar posibles diferencias en el desarrollo del Rol Autónomo entre los dos grupos, relacionadas con la formación realizada.

Se obtuvieron diferencias en las variables indicadoras de nivel de Rol, destacando las puntuaciones del grupo que **SI** había realizado la formación (grupo A), siendo el valor promedio de nivel de Rol Autónomo en los profesionales de este grupo de 57,31 con una desv.típ. de 13,48. El valor promedio de nivel de Rol en el grupo de **NO** formación (grupo B) fue de 50,95 con una desv.típ de 23,52

Como se aprecia en la figura 60, el grupo de profesionales que si habían realizado la formación presenta valores promedio superiores en casi la totalidad de items.

El nivel de Rol más alto obtenido en el grupo **A** se fundamentó en; **una mayor realización de proyectos de mejora de la calidad asistencial, también en la realización de más diagnósticos enfermera, en el asistir a más sesiones de enfermería, un mayor registro del plan de cuidados y de la evaluación de las actividades programadas, en pactar más objetivos de cuidados con los enfermos, en fomentar más la independencia del paciente y en respetar más su decisión.**

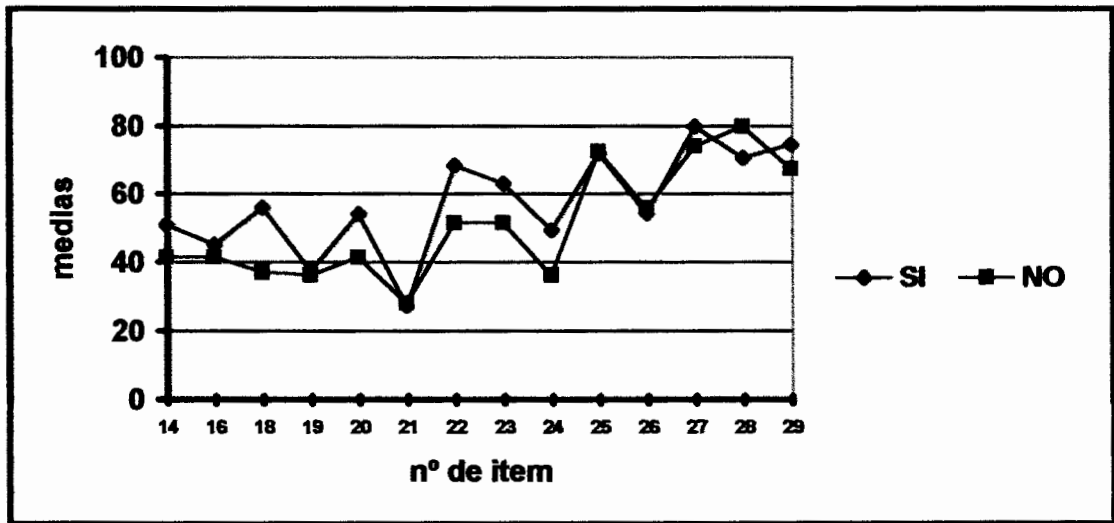


Figura 60.- Rol Autónomo según SI formación, NO formación

6-5-3 Indicadores de motivación en los dos grupos: SI formación (A) y NO formación (B):

Se relacionaron los dos grupos de profesionales (A y B) con los indicadores de motivación, con la finalidad de analizar posibles diferencias entre los dos grupos relacionadas con la realización de la formación sobre "Plà de Cures".

Como se puede observar en la figura 61, en el análisis de los valores promedio obtenidos en los indicadores de motivación, solo se observaron **diferencias de motivación** respecto a la **seguridad en el empleo**, siendo un elemento más motivador en el grupo que **SI** había realizado la formación sobre "Plà de Cures" (A).

Intervinieron como elementos **muy poco motivadores** en ambos grupos la remuneración del trabajo, el ejercer influencia en el equipo y el pertenecer a grupos de ayuda de la población.

Fueron elementos **muy motivadores** en ambos grupos, la competencia en el trabajo y el realizar cuidados de enfermería de calidad.

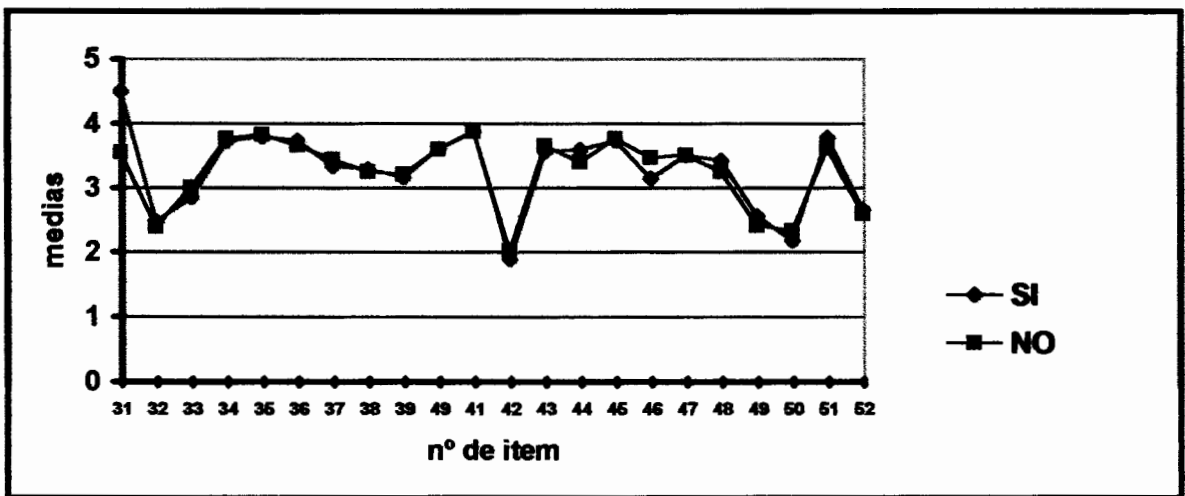


Figura 61.- Motivación según SI formación, NO formación

6-5-4 Relación entre la formación sobre “Plà de Cures” y la edad de los profesionales, años de ejercicio profesional y años en el área de trabajo.

Se realizó un análisis de comparación de medias a partir de la T de Student entre los dos grupos de profesionales, con el objetivo de saber si existían diferencias significativas entre los profesionales que **SI** habían realizado la formación sobre “Plà de Cures” (**grupo A**) y los que **NO** (**grupo B**), según la edad, los años de ejercicio profesional y los años de permanencia en el área de trabajo,

No se obtuvieron resultados significativos con un $\alpha = 0,05\%$, por consiguiente **no existen diferencias significativas entre los dos grupos a nivel de la edad, los años de ejercicio profesional ni en los años de permanencia en el área de trabajo, por lo que estas variables no influyen en los profesionales que SI y No han realizado la formación sobre el “Plà de Cures”.**

6-5-5 Relación entre nivel de Rol Autónomo y la formación sobre “Plà de Cures”

Con el objetivo de saber si existía relación entre el nivel de Rol Autónomo de los profesionales y la formación realizada sobre “Plà de Cures”, se relacionó la variable de **Rol Autónomo** cualitativo de cinco categorías (**nivel muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto**), con la variable cualitativa de dos categorías **formación en “Plà de Cures” (SI y NO)**.

Para este análisis se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado, en el que como se puede observar en la tabla VII, un mayor número de profesionales que **SI** habían realizado la formación, se situaban en un mejor nivel de Rol Autónomo, (**grupo A**).

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ROL AUTÓNOMO Y LA FORMACIÓN EN PLÀ DE CURES.

Grupos		A>B	
		A	B
Nivel Medio Bajo de Rol	N	13	12
	% obtenido en el grupo	10,8	26,1
	% obtenido en el nivel	52	48
Nivel Medio de Rol	N	59	26
	% obtenido en el grupo	49,2	56,5
	% obtenido en el nivel	69,4	30,6
Nivel Medio Alto de Rol	N	45	7
	% obtenido en el grupo	37,5	15,2
	% obtenido en el nivel	86,5	13,5
Nivel Alto de Rol	N	3	1
	% obtenido en el grupo	2,5	2,2
	% obtenido en el nivel	75	25

p = 0,01

A: Si formación

B: No formación

Tabla.- 7

Con un $\alpha = 0,05\%$ se obtuvo una $p = 0,01$, por lo que **existe relación entre un mayor nivel de Rol Autónomo en los profesionales y la realización de la formación sobre el “Plà de Cures” realizada en el hospital, encontrándose más profesionales en mejor nivel de Rol Autónomo y que SI habían realizado esta formación.**

6-5-6 Relación entre la formación sobre “Plà de Cures” y Satisfacción, motivación para Rol Autónomo, nivel de Rol y motivación.

Con la finalidad de conocer si existían diferencias en el Nivel de Rol Autónomo, Motivación Intrínseca, Motivación Extrínseca, Motivación Trascendente, nivel de Satisfacción y de Motivación para el desarrollo del Rol Autónomo, entre los profesionales que **SI** y que **NO** habían realizado la formación sobre “Plà de Cures”, también se realizó un análisis de comparación de medias a partir de la T de Student, entre el **grupo A** (SI formación en “Plà de Cures”) y el **grupo B** (NO formación).

Como se puede observar en la tabla VIII, se obtuvieron diferencias significativas con un $\alpha = 0,05\%$, en la diferencias de medias entre el nivel de Rol Autónomo de los profesionales y la realización de la formación sobre el “Plà de Cures”, $p = 0,007$.

PRUEBA T ENTRE FORMACIÓN “PLÀ DE CURES”, NIVEL DE ROL AUTÓNOMO, MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN. A>B

	SI (A) \bar{x}	NO (B) \bar{x}	Sig.	Desv.típica SI (A)	Desv.típica NO (B)
Nivel de satisfacción	7,47	7,07	-	1,36	1,71
Nivel de motivación Rol	7,22	6,83	-	1,60	1,54
Nivel de Rol autónomo	57,31	50,95	0,007	13,48	13,52
Motivación intrínseca	3,39	3,39	-	0,32	0,30
Motivación extrínseca	3,22	3,27	-	0,39	0,42
Motivación trascendente	3,04	3,01	-	0,42	0,42

$p < 0,05$

A: Si formación B: No formación

Tabla.- 8

Por consiguiente, la realización de esta formación influye en las diferencias de nivel de Rol Autónomo de los profesionales estudiados, obteniendo un mejor nivel los profesionales que han realizado la formación sobre “Plà de Cures”.

Los valores promedios en la motivación para el ejercicio del Rol Autónomo y la satisfacción en el trabajo, fueron menores en el grupo que No había realizado la formación sobre el “Plà de Cures” (B), como puede observarse en la tabla VIII y en la figura 62.

Se realizó un análisis a través de la correlación de Pearson con el objetivo de saber si existía relación entre la formación sobre el “Plà de Cures” y estas variables. En este análisis no se obtuvo relación lineal, por lo que no existen diferencias entre ambos grupos a nivel de motivación para el ejercicio del Rol Autónomo y de satisfacción en el trabajo, relacionadas con la formación sobre el “Plà de Cures”, por consiguiente esta formación no se relaciona con una mayor motivación para el ejercicio del Rol Autónomo ni con una mayor satisfacción laboral.

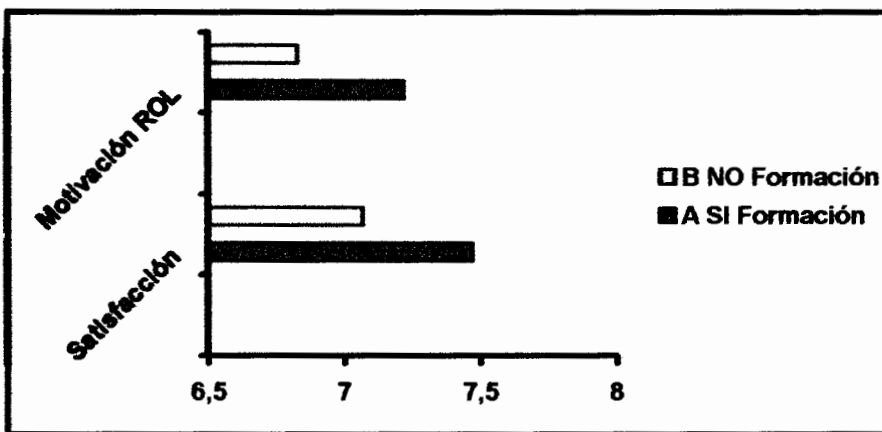


Figura 62.- Satisfacción laboral y motivación para Rol, grupo A y B

7. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Diversos autores ponen de manifiesto la relevancia de la **formación** como eje del cuerpo de conocimientos disciplinares que configuran a una profesión para su caracterización y desarrollo y que conjuntamente con los **valores**, la **motivación personal, profesional y laboral** del colectivo, en nuestro caso, los profesionales de enfermería, hace que una profesión se proyecte en la sociedad con un sentido, originalidad y con la necesidad de estos profesionales para la población. (C.Domínguez Alcón, M.Teixidor, S.Kérouac, F.Collière). Todo ello hace que las enfermeras nos esforcemos por consolidar nuestro Rol Autónomo, ya que es el que nos diferencia de los otros profesionales de la salud y analicemos las dificultades que tenemos para su desarrollo.

A través del análisis conceptual y empírico realizado sobre el desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales de enfermería, en relación con la influencia que puede tener la formación realizada y la motivación de los profesionales en su desempeño, nos lleva a considerar que:

La población estudiada y como es habitual en la profesión, mayoritariamente es femenina, de mediana edad, con estabilidad en el área de trabajo, con experiencia profesional y con una titulación básica más frecuente de Diplomado. En estos profesionales **los años de ejercicio profesional y de permanencia en el área de trabajo, aspectos considerados por su posible influencia en el estudio, no se relacionan significativamente con su tipo de motivación, satisfacción en el trabajo, motivación para el Rol**

Autónomo ni con su nivel de desarrollo del Rol Autónomo, por lo que consideramos que no actúan como factores moduladores en los resultados obtenidos. Siendo mejores las puntuaciones de los profesionales que están ejerciendo la profesión entre 16 y 20 años y que permanecen en el área de trabajo entre 6 y 10, aunque la satisfacción también es mayor en los profesionales que permanecen en el área de trabajo entre 16-20 años.

Según **turno de trabajo**, el mayor nivel de satisfacción en el trabajo, de motivación para ejercer el Rol Autónomo y de nivel de desarrollo del Rol Autónomo, es en el **de tardes**, por lo que se plantea la necesidad de otro análisis en el futuro, para averiguar si estos resultados son significativos, saber qué formaciones han realizado estos profesionales y qué otros factores pueden influir en el turno de trabajo ya que la motivación intrínseca, extrínseca y trascendente es similar en todos los turnos.

La mayoría de los profesionales estudiados el 52%, se encuentran en un nivel medio de desarrollo del Rol Autónomo y el 31% en el nivel medio-alto. Correspondiendo al total de los profesionales estudiados, un valor promedio de 55,5 (mínimo de 21,41 y máximo de 92,86), considerando que es un nivel aceptable de desarrollo del Rol Autónomo el que realizan los profesionales, dado que nos encontramos con dificultades derivadas del hecho de ser una profesión relativamente joven, en 1977 se inician las promociones con titulación de Diplomado en España, en la que se está consolidando el cuerpo de conocimientos, el desarrollo de la metodología científica, los cambios en la gestión y los culturales en los profesionales.

Consideramos que a través de los criterios seguidos para su valoración y medición, la homogeneización en la escala de medida de los indicadores de nivel de Rol Autónomo y su agrupación en cinco intervalos, nos ha facilitado una determinación más exacta del nivel de Rol en el que se encuentran los profesionales, disminuyendo el error de una sobrevaloración.

Al analizar el desarrollo del Rol Autónomo, se detectan áreas de dificultad en su desarrollo a nivel de: **fomentar espacios de comunicación con el paciente y la familia, realizar diagnósticos enfermera, pactar objetivos respecto a los cuidados con los enfermos, la identificación de los problemas espirituales de los pacientes, realizar proyectos de mejora de la calidad asistencial y de investigación en enfermería, también en la participación en sesiones de enfermería o multidisciplinares y en la realización de sesiones para el análisis de casos.**

Entre las intervenciones de Rol Autónomo mejor realizadas por los profesionales, podemos destacar: **la importancia terapéutica que dan a la relación paciente-enfermera/o, el favorecer la independencia del paciente, el solucionar los problemas de forma multidisciplinar, el respetar la decisión del paciente, plantearse objetivos de mejora en los cuidados básicos de enfermería y el registro de la práctica diaria.**

Al analizar el nivel de Rol Autónomo de los profesionales según la titulación básica: **ATS, Convalidado o Diplomado, no se obtienen diferencias significativas, por lo que en este estudio, la titulación no interviene en un mejor nivel de desarrollo del Rol Autónomo de los profesionales, siendo algo mayor el nivel de Rol de los profesionales con titulación de Diplomado (media de 56 y Desv.típ. de 13,2).** Este es un aspecto a considerar ya que desde 1977 en que se inició, son ocho las promociones con esta titulación, nuestros resultados nos hacen reflexionar sobre su consistencia en el fomento del desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales más jóvenes y en plantear la necesidad de cambios en los programas de pre-grado, buscando otras estrategias educativas que acerquen más a los alumnos a la realidades de la profesión y **como plantea el Consejo General de Colegios de Cataluña** : la formación ha de adecuar y mantener los diversos niveles de formación de acuerdo con las demandas sociales y los avances científicos y tecnológicos y con las nuevas oportunidades de

ocupación para la profesión, como son las **especialidades o el derecho a acceder a niveles de la licenciatura y el doctorado.**

En el análisis según la **titulación básica**, detectamos que los profesionales con **titulación de ATS, con un 5% de representación en el estudio**, destacan por su participación en proyectos de mejora de la calidad asistencial y por la programación de espacios de comunicación con el paciente y la familia. Estos resultados los podemos atribuir al hecho de que estos profesionales llevan más años de ejercicio lo que les confiere una gran experiencia profesional.

Los profesionales con **titulación de Convalidado, con un 31,3% de representación en el estudio**, destacan por registrar el plan de cuidados y participar en sesiones de enfermería. Ello, se atribuye a que en este grupo de profesionales se realizó una gran incidencia educativa sobre la necesidad de mejorar los registros y las intervenciones de enfermería, así como de mejorar sus competencias profesionales con los avances de la profesión, estimulando notablemente su motivación para mejorar su formación.

Los profesionales con **titulación de Diplomado, con un 63,3% de representación en el estudio**, destacan por fomentar la independencia del paciente, respetar su decisión y realizar trabajos de investigación, interpretando que en estos profesionales se ha realizado una mejor formación académica a este nivel y un mejor desarrollo humanístico de la profesión.

Los profesionales de las **tres titulaciones** realizan pocas sesiones multidisciplinarias y también para el análisis de casos. Consideramos que estos aspectos en muchas ocasiones requieren de un gran esfuerzo por parte de los profesionales, dado el sistema organizativo/funcional en enfermería en el que se contempla con gran relevancia la función asistencial, dificultando el ejercicio de las otras actividades que configuran el Rol Autónomo.

Al analizar las diferencias de nivel de Rol Autónomo entre los profesionales con y sin **formación post-básica** sobre: cursos de post-grado, máster, formación continuada en el hospital y otros, **no se obtienen diferencias significativas entre los que si y que no las han realizado, por lo que estas formaciones no influyen notablemente en el nivel de desarrollo del Rol Autónomo de los profesionales estudiados**, aunque obtienen un mejor nivel los profesionales que si las han realizado, por lo que estas formaciones pueden influir en el desarrollo de las competencias en los profesionales.

Las formaciones post-básicas más realizadas son: la formación continuada en el hospital, por el 88% de los encuestados y los cursos de post-grado, por el 63,3%. La formación menos realizada, son los cursos de máster, realizada solo por el 7% de los profesionales. Entre este grupo de formaciones, son los profesionales que han realizado cursos de máster los que obtienen un mayor valor **promedio de nivel de Rol Autónomo 58,2 y desv.típ de 10,9** considerando que es una de las formaciones post-básicas a potenciar entre los profesionales. La baja incidencia de esta formación la atribuimos al hecho de su alta especificidad con poca respuesta a nivel laboral, su duración, el elevado esfuerzo que requieren y su elevado coste dado el colectivo al que van dirigidos.

Al analizar las diferencias de nivel de Rol Autónomo, entre los profesionales con y sin **formación específica de Rol Autónomo** sobre: modelos de enfermería, metodología PAE, terapias complementarias y otras formaciones, **no se establecen diferencias significativas entre los profesionales que si y que no las han realizado, por lo que estas formaciones no influyen notablemente en un mejor nivel de desarrollo del Rol Autónomo de los profesionales estudiados**, destacando el nivel de Rol de los profesionales que han realizado formación sobre **modelos de enfermería y terapias complementarias**, considerando que estas formaciones pueden influir en el desarrollo de las competencias en los profesionales.

La formación en **metodología del proceso de atención de enfermería, realizada por un 75% de profesionales**, es la más realizada entre las formaciones específicas de Rol Autónomo, siendo bajo el nivel promedio de Rol Autónomo obtenido por los profesionales que la realizan. Este resultado lo atribuimos a la necesidad desarrollada por los profesionales en los primeros años de profesionalización para integrar el método científico como primer objetivo para mejorar el desarrollo de sus intervenciones en el proceso salud-enfermedad, la consecución de su autonomía y de sus competencias profesionales. En la práctica, esta formación es muy teórica y no se corresponde con las realidades prácticas de los profesionales, por lo que los esfuerzos a realizar a este nivel en la profesión aún son relevantes.

Entre las **formaciones específicas**, constatamos que las realizadas sobre **relación de ayuda, realizada por el 32,5% de los profesionales y el análisis de casos, realizada por el 23,9%**, se corresponden **significativamente con un mejor nivel de desarrollo del Rol Autónomo de los profesionales, por consiguiente influyen en su nivel, siendo por otro lado formaciones realizadas por pocos profesionales.**

Consideramos que la formación en **análisis de casos con una $p = 0,000$** tiene una gran significancia para el desarrollo del Rol Autónomo, los profesionales con esta formación tienen el **mayor valor promedio de Rol 64,5** y Desv.típ de 11,8. A través de esta formación, los profesionales pueden avanzar en el desarrollo de los diagnósticos enfermera/o, en sus intervenciones, realizar propuestas de investigación, favorecer el desarrollo de sus competencias y acercarse a la realidad de la práctica.

La formación en relación de ayuda, con una $p = 0,007$ también es muy significativa, siendo el nivel de Rol de los profesionales que han realizado esta formación similar a los que la han realizado sobre terapias complementarias, siendo su **valor promedio de nivel de Rol de 59,8** y Desv.típ. de 13. La

formación en relación de ayuda, puede proporcionar un mejor conocimiento del ser humano, facilita las relaciones de comunicación, soporte psicoemocional, crecimiento personal y una mejor adaptación a los procesos de salud-enfermedad, siendo todos ellos, aspectos que proporcionan mayor competencia humanística en la profesión.

En el análisis de la formación realizada sobre "Plà de Cures" en el hospital, no se obtienen diferencias significativas entre los profesionales que si y que no han realizado esta formación, a nivel de: edad, los años de ejercicio profesional y los años de permanencia en el área de trabajo. Tampoco hay diferencias significativas entre los profesionales que si y que no han realizado esta formación a nivel de los tres tipos de motivación analizados en el estudio, ni a nivel de la motivación para el ejercicio del Rol Autónomo y de su satisfacción en el trabajo, por lo que estas variables no influyen en los profesionales que SI y que No han realizado esta formación.

En este análisis se obtiene relación significativa entre un mayor nivel de Rol Autónomo en los profesionales y la realización de la formación sobre el "Plà de Cures" realizada en el hospital, ya que hay un mayor número de profesionales en un mejor nivel de Rol Autónomo y que han realizado esta formación. Además el nivel de Rol de los profesionales que han realizado esta formación, es significativamente mayor respecto a los profesionales que no la han realizado.

El nivel de Rol más alto en el grupo que si ha realizado la formación en "Plà de Cures", se fundamenta en; **una mayor realización de proyectos de mejora de la calidad asistencial, también en la realización de más diagnósticos enfermera, en el asistir a más sesiones de enfermería, un mayor registro del plan de cuidados y de la evaluación de las actividades programadas, en pactar más objetivos de cuidados con los enfermos, en fomentar más la independencia del paciente y en respetar más su decisión.**

Consideramos que tanto los profesionales como las instituciones han de orientar y dirigir los esfuerzos de formación hacia las temáticas en que se ha constatado mejoran el nivel de Rol Autónomo en las enfermeras/os, como son: **análisis de casos; relación de ayuda; formación continuada sobre un modelo conceptual; cursos de máster y de terapias complementarias.**

En el análisis motivacional, detectamos que según la ponderación realizada por los propios profesionales en una escala visual analógica, **el 70% de profesionales están bastante motivados para el ejercicio del Rol Autónomo, con un valor promedio de motivación sobre el total de encuestados de 7,11 y Desv.típ. de 1,59. También tienen bastante satisfacción laboral el 78% de los encuestados, con un valor promedio de satisfacción sobre el total de encuestados de 7,36 Desv.típ de 1,47. Entre estas variables se establece la mayor correlación $r_{xy} = 0,543$ ello nos indica bastante relación entre las dos variables por lo que a mayor satisfacción en el trabajo, también mayor nivel de motivación para el ejercicio del Rol Autónomo y viceversa.**

En el colectivo estudiado, se pone de manifiesto que los profesionales de nuestro centro, están más motivados por la motivación intrínseca, seguida de la extrínseca y en el último lugar la trascendente y que las tres motivaciones se relacionan significativamente entre sí. Así que y en ese orden, a mayor motivación de una también de la otra y viceversa.

Destaca la baja motivación de los profesionales por el factor económico, siendo alta su motivación por la seguridad en el empleo. **Son profesionales a los que motiva la competencia profesional, la autonomía en el trabajo, la responsabilidad, la formación y la calidad de los cuidados, también les motiva el proponer innovaciones, la buena relación en el equipo de trabajo y el manifestar sus criterios profesionales, todos ellos aspectos favorables para el ejercicio del Rol Autónomo.**

También les **motiva la elección del lugar de trabajo** así como el **realizar un trabajo interesante**, por lo que la **asignación al trabajo que realizan resulta bastante adecuada**, ya que los profesionales a los que su trabajo motiva bastante y mucho son el 91,5% de los encuestados.

El altruismo hacia la profesión, la identificación con el hospital y la solidaridad social, son aspectos a mejorar como elementos motivadores de las/os enfermeras en el hospital. Su logro, podría mejorar el nivel de motivación trascendente de los profesionales, así como una mejor satisfacción en las necesidades y en los motivos que originan la motivación intrínseca y extrínseca centradas en el **YO**, actuando los profesionales en mayor libertad de realización y de evolucionar hacia las necesidades externas a ellos. Aquí como plantea C. Domínguez Alcón "las enfermeras nos planteamos el dilema de cómo establecer un lazo entre altruismo y profesión". De todo ello, podemos extraer que la activación de más elementos motivadores de motivación trascendente en los profesionales de nuestro centro, puede facilitar una mayor y mejor proyección de la institución y de la profesión enfermera/o en los usuarios y en la sociedad, así como del humanismo en la profesión.

En el análisis global y según la escala de valoración utilizada en la motivación, consideramos que nos encontramos ante unos profesionales a los que mueven bastante los elementos motivadores pertenecientes a los tres tipos de motivación analizados, por lo que consideramos que están bastante motivados a nivel de la motivación intrínseca, extrínseca y trascendente.

Un MAYOR nivel de Rol Autónomo en los profesionales del estudio, se relaciona significativamente con una MAYOR motivación intrínseca y trascendente, también con un MAYOR nivel de motivación para el Rol Autónomo y de satisfacción en el trabajo y viceversa. La motivación

intrínseca es la predominante en los profesionales estudiados, los elementos pertenecientes a esta motivación están centrados en el YO y son: los retos, el reconocimiento, los logros, el progreso, el desarrollo profesional y la responsabilidad, para Herzberg estos factores producen satisfacción y por lo tanto son motivadores pero su carencia no genera insatisfacción, no actuarían como elementos que mueven a la persona y ocasionarían falta de motivación.

La motivación extrínseca no se relaciona en nuestro estudio con el nivel de Rol Autónomo de los profesionales y tampoco con el nivel de motivación para su desarrollo, por lo que los aspectos analizados en este estudio pertenecientes a este tipo de motivación, como son: la seguridad en el empleo, su retribución, la promoción profesional, la elección del lugar de trabajo y la evaluación del desempeño, **no intervienen como elementos motivadores para el ejercicio del Rol Autónomo, ni con el nivel de Rol alcanzado por los profesionales**. Según Herzberg a estos aspectos los denomina de mantenimiento, también lo son la política y la gestión de la empresa así como la calidad de la supervisión, no siendo elementos motivadores, pero su carencia causa insatisfacción en las personas, según el nivel de sus expectativas, valores, estatus social y cultural. Como hemos visto anteriormente la satisfacción en el trabajo está muy relacionada con la motivación para el ejercicio del Rol y el nivel de desarrollo de Rol Autónomo que ejercen los profesionales, por lo que los aspectos componentes de la motivación extrínseca se han de tener presentes justo en la medida en que no generen insatisfacción en los profesionales de la institución.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que los profesionales con mayor nivel de Rol Autónomo, en nuestro estudio, son los que están más satisfechos con su trabajo, con más motivación intrínseca y trascendente y los que están más motivados para ejercer el Rol Autónomo.

A través de nuestro estudio, entendemos que **“las enfermeras/os necesitan de una sólida formación y de la suficiente calidad motivacional, que las capacite para desarrollar su Rol Autónomo en plenitud con la finalidad de ocupar el lugar que les corresponde en los programas sanitarios de la población. Como dice la Sra.M.Teixidor “ El producto de nuestra actuación profesional ha de llegar a satisfacer las demandas sociales existentes con eficacia, rigor y en definitiva con calidad que nos haga no solamente necesarias sino imprescindibles”**

Por todo lo expuesto podemos concluir en que **“ la formación Si que influye en el desarrollo de las competencias de los profesionales de enfermería, siendo más relevante la influencia de las formaciones realizadas sobre “análisis de casos”, “relación de ayuda” y “Plá de Cures” y que un mejor desarrollo del Rol Autónomo en los profesionales está relacionado con una “mayor satisfacción laboral”, con una “mayor motivación para el ejercicio del Rol Autónomo” y con una “mayor motivación intrínseca y trascendente”, sin menospreciar la motivación extrínseca ya que influye en la satisfacción laboral de los profesionales y esta a su vez en la motivación para el ejercicio del Rol Autónomo.**

8. RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA ENFERMERÍA DEL SIGLO XXI: **ROL AUTONOMO, FORMACION Y MOTIVACION:**

En un mundo actual cambiante, con avances científico-tecnológicos importantes e inmersos en una Sanidad orientada al mercado y que compite por sus clientes, que actualmente están: más informados y/o formados, son más exigentes y con diversidad religiosa y cultural, los profesionales de enfermería nos enfrentamos ante nuevos retos para dar respuesta. Todo ello va a implicar procesos de reflexión para la búsqueda de los resultados más óptimos.

En el desarrollo de nuestra profesión como enfermeras hemos pasado por diversas etapas, en las cuales la tecnificación de los cuidados asistenciales han ganado muchas veces espacios a la atención de las personas, con lo cual se ha desviado la finalidad de la profesión de enfermera. Esto ha sucedido simultáneamente con el gran desarrollo de los hospitales con alta tecnología, unos conocimientos estructurados, con capacidades y aptitudes concretas y una formación humana y social junto con una ética profesional. Todo ello para enmarcar nuestra práctica disciplinar.

Las enfermeras debemos colaborar de manera efectiva con el resto de profesionales de la salud, de tal forma que nuestras aportaciones tengan el reconocimiento de ser aportaciones imprescindibles en el marco del proceso de atención a los individuos, familia y comunidad que requieren una respuesta a sus necesidades.

La tendencia en los próximos años a fomentar los centros hospitalarios super-especializados necesitará de enfermeras expertas, con una sólida formación para poder ofrecer unos cuidados de máxima calidad en un tiempo que además cada vez es más corto, debido a la ya actual disminución de las estancias medias. El incremento de centros de estancia media para pacientes crónicos y que precisen convalecencia; hospitales de día; centros de cirugía ambulatoria y de asistencia primaria así como la hospitalización a domicilio y los hoteles hospital supondrán cambios en la prestación de la asistencia. Del mismo modo los avances tecnológicos que nos facilitaran instrumentos de soporte para nuestro trabajo como internet , pocket PC, conexiones por e-mail paciente-médico, paciente-enfermera y centros de asistencia.

Todo ello hace necesario e imprescindible que las propias enfermeras seamos conscientes de nuestra autonomía y responsabilidad profesional si queremos dar respuesta acertada a dichos cambios, y que además utilicemos la reflexión como herramienta profesional de futuro para poder perfeccionar en el proceso de atención, asegurando la mejor calidad en los cuidados prestados. Es importante que para evolucionar seamos capaces de compartir los saberes, de debatir, confrontar situaciones, investigar, de manera que todo ello pase a formar parte de nuestro conocimiento.

Todas las profesiones tienen un cuerpo de conocimientos específico lo que les permite aportaciones exclusivas, el profesional de enfermería debe tener una formación específica y rescatar el humanismo de la profesión. Con la formación se consigue el progreso y es parte esencial del proceso de profesionalización. Una formación cualificada contribuirá a tener un espacio de actuación e independencia a la hora de trabajar.

La sensibilidad de algunas instituciones, junto con la demanda de formación de los propios profesionales está haciendo realidad algo que hasta hace poco tiempo era una utopía, como es la organización de cursos y sesiones

formativas, de tal forma que incrementan el valor añadido a la profesión y sirven de elemento motivador al personal de enfermería.

Dentro de las organizaciones sanitarias los procesos de adaptación y cambio son ya una realidad constante y en ellas las personas que trabajan son los elementos claves para conseguir una calidad en la asistencia. Implicarnos como profesionales de la salud en los procesos de gestión de cuidados, gestión de recursos y gestión clínica va a suponer una estrategia de éxito para mejorar la eficiencia y la calidad de los resultados. A la vez la implicación en proyectos de gestión clínica va a significar compromiso, pero también será una oportunidad para poder desarrollar y demostrar nuestra aportación específica, asegurando que los cuidados de enfermería cubran las demandas y expectativas de nuestros clientes de hoy.

Por todo ello los profesionales de enfermería en este ya iniciado siglo XXI nos enfrentamos ante el gran reto de nuestra profesión: "Consolidar nuestra identidad profesional", identificando en primer lugar lo que hacemos, cómo y para quién lo hacemos y porqué son necesarios nuestros servicios. Es pues primordial y necesario que las enfermeras definamos las situaciones que son de nuestra competencia, dentro de las cuales el profesional de enfermería tiene derecho a decidir, ejerciendo un conjunto de funciones que le corresponden y para las que posee capacidades para una práctica competente.

Estamos en pleno proceso de profesionalización, aún en ocasiones tenemos dudas a la hora de ejercer nuestra autonomía profesional, ejerciendo en ocasiones aún tareas delegadas. Es importante que las enfermeras avancemos en nuestro Rol Autónomo: " Utilizando una metodología de trabajo en el proceso de cuidados, identificando los problemas y diagnósticos enfermeros y tomando decisiones al respecto", sin olvidarnos también del avance que supone la investigación clínica de nuestro trabajo, basada en la evidencia de nuestra práctica, y que nos va a permitir consolidar el

conocimiento y mejorar en la práctica de los cuidados, enmarcando el desarrollo de la profesión enfermera. Desarrollo profesional que va ligado tanto al desarrollo de la responsabilidad como al desarrollo de la competencia profesional. Sin olvidarnos de los recursos que son y seguirán siendo escasos. Y deberemos ser capaces de conjugar humanismo y tecnología dando respuesta durante todo el proceso de salud de las personas, facilitando la continuidad asistencial y garantizando la prevención y la educación en salud a los pacientes y sus familias.

Tal como analiza la Sra M Teixidor en la conferencia pronunciada en la "Asamblea Nacional de París", cada vez es más frecuente la implicación en la práctica del proceso de cuidados de enfermería en el marco de un modelo conceptual y de los diagnósticos de enfermería, todo ello se ha ido desarrollando gracias a los esfuerzos de los colegas profesionales, asociaciones y a grupos de trabajo para el desarrollo de la profesión.

En la Europa del futuro, las enfermeras deberán ser capaces de responder con competencia ante la demanda de la sociedad, dando un servicio de calidad. Calidad que podrá ser evaluada según la satisfacción de los ciudadanos, así como de los mismos profesionales de enfermería.

9. PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

Esta primera valoración del desarrollo del Rol Autónomo realizada en nuestro centro, facilita el planteamiento de las **estrategias necesarias para mejorar su desarrollo** y la posibilidad de realizar un **seguimiento que nos oriente en el futuro sobre su evolución en los profesionales.**

También nos preguntamos **¿si el turno de trabajo influye en el desarrollo de las competencias de las enfermeras/os?** planteándonos la necesidad de otro análisis. Con la finalidad de averiguar si los resultados obtenidos son significativos, saber qué formaciones han realizado estos profesionales y qué otros factores pueden influir en el turno de trabajo ya que la motivación intrínseca, extrínseca y trascendente es similar en todos los turnos.

A partir de este estudio, nos planteamos la conveniencia de investigar otros aspectos de interés, para averiguar **si son causas de dificultad y cómo influyen en el desarrollo del Rol Autónomo de los profesionales**, factores como: las relaciones con otros profesionales de la salud, las políticas, las académicas, las económicas, las de gestión de los servicios de salud, los valores de los profesionales, la presión asistencial, el estrés y el clima laboral.

Ante estos resultados en los que se detectan diferencias tan relevantes en el nivel de Rol Autónomo, también sería conveniente averiguar qué formaciones han realizado los profesionales con mayor nivel, sus características de personalidad, sus actitudes, habilidades y sus valores, **con el**

objetivo de aumentar el conocimiento de su perfil profesional y humano. De forma que los docentes y gestores de enfermería puedan activar la proyección de este perfil en los profesionales, desarrollando las estrategias adecuadas que fomenten el Rol Autónomo en los profesionales.

10.- BIBLIOGRAFIA

Abascal E., Grande I. Métodos multivariantes para la investigación comercial. Ariel, 1989

Adam E. Hacia donde va la enfermería. Méjico: Interamericana, 1982

Balderas. Administración de los servicios de enfermería. Interamericana, 1995.

Baraona R. Un modelo de diagnóstico de clima social para empresas en proceso de cambio profundo y/o reingeniería de procesos. Revista Capital Humano 1996; Enero, nº 85: 46-52

Barrio Cantalejo J. M. Carol Gilligan y la ética del cuidado. Un referente para la ética de enfermería. Enfermería Clínica 1999; Marzo-Abril, 9(2): 71-76

Busquets Surribas M. Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal. Enfermería Clínica 1998; En-Feb. , 8(1): 29-33

Cabrera Jaime S, Guil Ortíz R, Lax Vazquez P. Asertividad en enfermería: ¿Una característica de la profesión?. Enfermería Clínica 1998; May-Jun , 8(3): 98-103

Campbell C. Tratado de enfermería. Diagnósticos y métodos. Barcelona: Doyma, 1987

Carpenito J.L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1994

Carrasco Jose L., Hernán Miguel A. Estadística multivariante en las ciencias de la vida. Centro de investigación bioestadística. Editorial Ciencia 3

Collière M.F. Promover la vida. Madrid: Interamericana, 1993

Collière M.F. Le premier art de la vie. Paris: Inter. Editions, 1996

Colomar Pueyo G. La enfermera y la autonomía del paciente. Enfermería Clínica 2000; Nov-Dic-, 10(6): 233-234

Comelles, J. M. Cuidar y Curar. Revista Rol de Enfermería 1992; Diciembre nº 172: 35-41

Consell de Colegis d'infermeria de Catalunya. Papers d'infermeria 2000; Maig, nº 1

Davis A.J. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enfermería Clínica 1999; En-Feb., 9(1): 21-28

Domínguez Alcon C. Sociología del cuidado. Enfermería Clínica 1999; Jul-Agt., 9(4): 174-181

Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera. Madrid: Piramide, 1986

Domínguez Alcón C. La percepción del cuidar. Revista Rol de enfermería 1989; nº 127: 25-27

Eberhard. La motivación, problema, resultados y aplicaciones. Barcelona: Herder, 1982

Expertos de toda España buscan un lenguaje común para la práctica de la enfermería. Enfermería Actualidad 2000; Diciembre, nº 49

Fargues I., Tey R., Mestre C., De Fuenmayor D., Llorens D. Història de la Infermeria a L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, textos de la taula rodona. Fundació Privada Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, Octubre 2001

Fernandez Ferrin C. Valores humanistas en la obra de Virginia Henderson. Enfermería Clínica 1996; Sep-Oct., 6(5): 207-211

Fernández Mérida M.C. Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. Enfermería Clínica 1998; En-Feb., 8(1): 24-28

Girard. Trabajo motivaciones y valores sociales. Madrid: Ediciones de la revista de trabajo

Goulet Olive. La profession infirmière. Gaëtan Morin, 1993

Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Nacional de Enfermeras, 1971

Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Interamericana-Mc/Graw-Hill, 1994

Hernández González A.M, Mirabent Domingo J, Sariol Codina T, Boix López E. Asertividad de los profesionales de enfermería frente a situaciones conflictivas

de tipo relacional con el enfermo y/o los familiares. *Enfermería Clínica* 1997; Sep-Oct. , 7(5): 212-216

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996

Lamata F., Checa I. La motivación: su aplicación a las organizaciones públicas. *Revista Rol de Enfermería*, nº 139: 15-20

Lebart L., Morineau A., Fenelon J.P. Tratamiento estadístico de datos. Marcombo, 1985

Llopis Aliaga S., Rosales I., Soler R. Motivación laboral, creación de círculos de calidad. *Revista Rol de Enfermería*, 1993; Abril nº 176: 33-38

López Ruiz J. Reflexiones en torno a la idea de vocación como atributo de la enfermería. *Enfermería Clínica* 2000; Sep-Oct., 10(5): 181-184

Marqués Andrés S. Cuidar con cuidado. *Enfermería Clínica* 1995; Nov-Dic., 5(6): 266-268

Marriner – Tomey . Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Doyma, 1994

Marriner Tomey A. Administración y liderazgo en enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby-Doyma, 1996

Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y practicas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona: Laertes, 1998

Morin P. La motivación: como mejorarla en la empresa. Barcelona:Gestión 2000,1998

Ortún Rubio V. Incentivos. Revista Rol de Enfermería 1993; Junio; nº 178: 20-22

Pérez López J. A. Teoría de la acción humana en las Organizaciones. La acción personal. Madrid: Rialp, 1991

Pérez López J. A. Fundamentos de la Dirección de Empresas. 4ª ed. Madrid: Rialp, 2000

Poletti R. Cuidados de enfermería. Barcelona: Rol, 1980

Pont E. Documento de trabajo: Orientacions pels professors responsables del desenvolupament de materials didàctics pel curs de Capacitació Docent i en Tutoria Académica per a professionals d'infermeria. Barcelona febrer 2001. Escola d'infermeria Santa Madrona. Fundació "La Caixa"

Ribo X. Dia internacional de la enfermera. Colegio de enfermería de Barcelona 2000; Abril-Junio, nº 23: 11-13

Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana-Mc/Graw-Hill, 1993

Rodriguez Porras J. M.. El Factor humano en la empresa. Bilbao: Ediciones Deusto, 1992

Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral. Jano 1995; Marzo, XLVIII(1117): 55-64

Stinglhamber-Vander Borgh B.. Infirmière, Genèse et réalité d'une profession, 2º édition. Bruxelles: De Boek-Wesmael, 1994

Teixidor Freixa M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Enfermería Clínica* 1997; May-Jun.,7(3): 126-136

Teixidor Freixa M. Europa: un nou espai per a la infermeria. *Revista informativa el col.legi d'infermeria de Barcelona* 2000; Oct.-Dec. (25): 17-22

Tejada Fernández J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundación la Caixa, 1997

Tomás Vidal A.M. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario I. *Enfermería Clínica* 1999; Mar-Abr., 9(2): 65-76

Tomás Vidal A.M. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario II. *Enfermería Clínica* 1999; May-Jun.,9(3): 121-127

Torralba Roselló F. Antropología del cuidar. Barcelona:Fundación Mafre Medicina,1998

Ubeda Bonet I, Roca Roger M, Garcia Viñets L. Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica* 1998; May-Jun., 8(3): 116-121

Vázquez M.A, Casals J.L, Aguilar P, Ramírez M^a.J, Gómez M^a I, Villarín V. Percepción por el usuario de la imagen de enfermería. *Enfermería Clínica* 1997; May-Jun.,7(3): 105-111

Vélaz Rivas J. Ignacio. Motivos y motivación en la empresa. Madrid: Diaz de Santos, 1996

Zabalagui Yarnoz A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enfermería Clínica* 2000; Nov-Dic., 10(6): 263-266

11. ANEXOS

Influencia de la formación y de la motivación en el desarrollo del Rol Autónomo

ANEXO 1

CUESTIONARIO

**Influencia de la formación y de la motivación en el
desarrollo del Rol Autónomo**

CUESTIONARIO FORMO 2001

El presente cuestionario tiene por finalidad recoger información para la elaboración de un trabajo de investigación, titulado: **“Influencia de la formación y de la motivación sobre el desarrollo del Rol Autónomo de enfermería en un hospital de tercer nivel” (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau)**. Esta investigación se realiza en el marco del Master en Administración y Gestión de Enfermería de la Escuela Universitaria de Santa Madrona, de la 11ª promoción.

El valor de la información depende de la sinceridad de su respuesta. Dado que el cuestionario es totalmente anónimo, lo que garantiza la confidencialidad de los datos, le rogamos que conteste con la **máxima sinceridad posible**.

Si necesita alguna aclaración puede llamarnos a las extensiones: 9301, 9214 y 9306. Agradecemos su colaboración.

Equipo Investigador: Nuria Guardia (Ucipo Cardiaca)
Charo Laborda (Hematología Clínica)
Silvia Santiago (Cardiología)

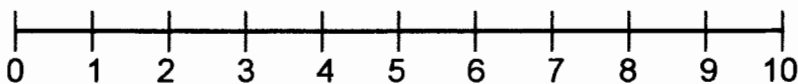
Marca lo que corresponda.

<p>1. EDAD :años.</p>	<p>2. SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</p>
<p>3. TITULACIÓN BÁSICA: <input type="checkbox"/> ATS <input type="checkbox"/> Diplomado en Enfermería <input type="checkbox"/> Convalidado</p>	<p>4. FORMACION POST-BÁSICA DE ENFERMERÍA REALIZADA: <input type="checkbox"/> Cursos de Post-Grado <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Formación continuada en el hospital <input type="checkbox"/> Otros</p>
<p>5. TURNO DE TRABAJO: <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Turno diurno variable</p>	<p>6. AREA DE TRABAJO: <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Semicríticos <input type="checkbox"/> Oncología/Hematología <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Críticos</p>
<p>7. AÑOS QUE LLEVAS EN EL ÁREA:.....</p>	<p>8. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL: </p>
<p>9. ¿ Cuanto tiempo hace que has realizado en el hospital la formación sobre "El Pla de Cures" basado en el modelo de V. Henderson ? <input type="checkbox"/> No la he realizado. <input type="checkbox"/> De 0 a 6 meses <input type="checkbox"/> De 7 a 12 meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> La estoy realizando</p>	<p>10. ¿ Cual de estas formaciones has realizado ? <input type="checkbox"/> Modelos de enfermería <input type="checkbox"/> Metodología del PAE <input type="checkbox"/> Relación de ayuda <input type="checkbox"/> Terapias complementarias <input type="checkbox"/> Análisis de casos <input type="checkbox"/> Otros</p>
<p>11. ¿ Qué importancia terapéutica le das a la relación enfermera-paciente? <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Casi nada <input type="checkbox"/> Ninguna</p>	<p>12. Enumera del 1 al 4 los problemas que te cuesta más identificar (1 menor dificultad, 4 mayor dificultad) <input type="checkbox"/> Psicológicos <input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> Sociales <input type="checkbox"/> Espirituales</p>
<p>13. ¿ Indica como puedes favorecer la independencia del paciente ? <input type="checkbox"/> Proporcionándole los conocimientos necesarios <input type="checkbox"/> Ayudándole a desarrollar la fuerza necesaria <input type="checkbox"/> Estimulando su voluntad <input type="checkbox"/> Todos ellos</p>	

Marca con una cruz donde corresponda	SI	NO
¿Has participado en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados en el hospital?		
¿Te hubiese gustado participar en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados en el hospital?		
¿Has participado en algún trabajo de investigación de enfermería?		
¿Has leído el código ético de enfermería?		

Marca con una cruz donde corresponda	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
¿Formulas los diagnósticos de enfermería en tu trabajo?				
¿Realizas análisis de casos en tu práctica diaria?				
¿Participas en sesiones de enfermería?				
¿Participas en sesiones de equipo multidisciplinario?				
¿Registras en tu práctica diaria el plan de cuidados?				
¿Realizas diariamente la evaluación de las actividades programadas en el plan de cuidados?				
¿Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente?				
¿Te planteas objetivos de mejora en los cuidados básicos de enfermería?				
¿Programas espacios de comunicación con el paciente y la familia en tu práctica diaria?				
¿Tus intervenciones van dirigidas a fomentar la independencia del paciente?				
¿Buscas soluciones a los problemas de los pacientes, conjuntamente con otros miembros del equipo multidisciplinario?				
¿Respetas la decisión del paciente, aunque esta te obligue a modificar tu actuación?				

10. Señala con una cruz sobre la línea, el nivel de satisfacción que te proporciona tu trabajo:



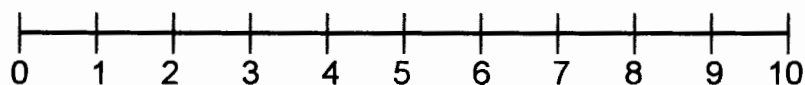
0 Nada satisfecho/a

10 Muy satisfecho/a

Marca con una cruz donde corresponda	SI	NO
¿Has participado en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados en el hospital?		
¿Te hubiese gustado participar en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados en el hospital?		
¿Has participado en algún trabajo de investigación de enfermería?		
¿Has leído el código ético de enfermería?		

Marca con una cruz donde corresponda	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
¿Formulas los diagnósticos de enfermería en tu trabajo?				
¿Realizas análisis de casos en tu práctica diaria?				
¿Participas en sesiones de enfermería?				
¿Participas en sesiones de equipo multidisciplinario?				
¿Registras en tu práctica diaria el plan de cuidados?				
¿Realizas diariamente la evaluación de las actividades programadas en el plan de cuidados?				
¿Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente?				
¿Te planteas objetivos de mejora en los cuidados básicos de enfermería?				
¿Programas espacios de comunicación con el paciente y la familia en tu práctica diaria?				
¿Tus intervenciones van dirigidas a fomentar la independencia del paciente?				
¿Buscas soluciones a los problemas de los pacientes, conjuntamente con otros miembros del equipo multidisciplinario?				
¿Respetas la decisión del paciente, aunque esta te obligue a modificar tu actuación?				

9. Señala con una cruz sobre la línea, el nivel de satisfacción que te proporciona tu trabajo:



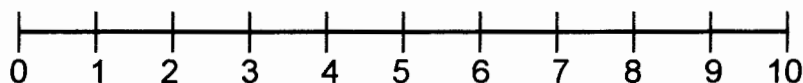
0 da satisfecho/a

Muy satisfecho/a

Marca con una cruz donde corresponda		SI	NO
1.	¿Has participado en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados en el hospital?		
2.	¿Te hubiese gustado participar en algún proyecto de mejora de calidad de cuidados en el hospital?		
3.	¿Has participado en algún trabajo de investigación de enfermería?		
7.	¿Has leído el código ético de enfermería?		

Marca con una cruz donde corresponda		Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
18.	¿Formulas los diagnósticos de enfermería en tu trabajo?				
19.	¿Realizas análisis de casos en tu práctica diaria?				
20.	¿Participas en sesiones de enfermería?				
21.	¿Participas en sesiones de equipo multidisciplinario?				
22.	¿Registras en tu práctica diaria el plan de cuidados?				
23.	¿Realizas diariamente la evaluación de las actividades programadas en el plan de cuidados?				
24.	¿Pactas los objetivos de los cuidados con el paciente?				
25.	¿Te planteas objetivos de mejora en los cuidados básicos de enfermería?				
26.	¿Programas espacios de comunicación con el paciente y la familia en tu práctica diaria?				
27.	¿Tus intervenciones van dirigidas a fomentar la independencia del paciente?				
28.	¿Buscas soluciones a los problemas de los pacientes, conjuntamente con otros miembros del equipo multidisciplinario?				
29.	¿Respetas la decisión del paciente, aunque esta te obligue a modificar tu actuación?				

30. Señala con una cruz sobre la línea, el nivel de satisfacción que te proporciona tu trabajo:



Nada satisfecho/a

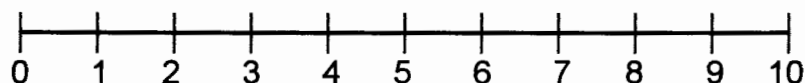
Muy satisfecho/a

Valora de 1 a 4 en qué medida te motivan los siguientes items.

Teniendo en cuenta que 1 equivale a "no me motiva", 2 equivale a "me motiva poco", 3 equivale a "me motiva bastante" y 4 equivale a "me motiva mucho".

Marca con una cruz donde corresponda	1	2	3	4
31. Tener un empleo seguro.				
32. Ganar el máximo dinero posible con mi trabajo, por encima de otros conceptos.				
33. Tener promoción profesional.				
34. Poder elegir mi lugar de trabajo.				
35. Ejercer mi profesión en un lugar de trabajo que considere interesante por su contenido o valor.				
36. Adquirir la formación necesaria para mejorar mi desarrollo profesional.				
37. Proponer innovaciones o iniciativas de mejora asistencial en la unidad.				
38. El trabajo que realizas en tu práctica diaria.				
39. Defender mi opinión profesional aunque sea diferente.				
40. Disponer de la suficiente autonomía para el desarrollo de mi trabajo profesional.				
41. Ser competente en la realización de mi trabajo profesional.				
42. Imponer mi opinión profesional en el equipo.				
43. Tener reconocimiento de la calidad de mi trabajo profesional.				
44. Tener la responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con el trabajo profesional que desarrollo.				
45. Mantener una buena relación interpersonal con los miembros del equipo.				
46. Preocuparme por la salud de las personas: familia, amigos, sociedad en general.				
47. Ser una ayuda para los miembros del equipo.				
48. Esforzarme por comprender las necesidades de los demás.				
49. Realizar esfuerzos y dedicación de manera altruista para mejorar el desarrollo de la profesión.				
50. Pertenecer a algún grupo o asociación de ayuda: ONG, voluntariado, etc.....				
51. Esforzarme por realizar los cuidados de enfermería con la mejor calidad posible.				
52. Identificarme con el hospital				

53. Señala con una cruz sobre la línea, el nivel de motivación profesional que tienes en el ejercicio de tu Rol Autónomo.



Nada motivado/a

Muy motivado/a

ANEXO 2

DATOS DE SPSS

Influencia de la formación y de la motivación en el desarrollo del Rol Autónomo

ANEXO 2.1

Indicador de Rol Autónomo

Frecuencias

Estadísticos

	INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO O 5 CATEG.
N Válidos	166	166
Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia

INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 21,41	1	,6	,6	,6
23,79	2	1,2	1,2	1,8
23,79	1	,6	,6	2,4
26,17	1	,6	,6	3,0
28,56	1	,6	,6	3,6
30,92	1	,6	,6	4,2
30,94	2	1,2	1,2	5,4
30,94	1	,6	,6	6,0
33,30	1	,6	,6	6,6
35,68	2	1,2	1,2	7,8
35,69	1	,6	,6	8,4
38,06	1	,6	,6	9,0
38,06	1	,6	,6	9,6
38,08	1	,6	,6	10,2
38,09	1	,6	,6	10,8
40,44	1	,6	,6	11,4
40,44	1	,6	,6	12,0
40,45	1	,6	,6	12,7
40,45	2	1,2	1,2	13,9
40,46	1	,6	,6	14,5
40,46	1	,6	,6	15,1
42,81	2	1,2	1,2	16,3
42,82	2	1,2	1,2	17,5
42,83	1	,6	,6	18,1
42,84	1	,6	,6	18,7
42,84	3	1,8	1,8	20,5
45,19	1	,6	,6	21,1
45,20	1	,6	,6	21,7
45,20	2	1,2	1,2	22,9
45,21	1	,6	,6	23,5
45,22	1	,6	,6	24,1
45,23	1	,6	,6	24,7
47,58	1	,6	,6	25,3
47,59	1	,6	,6	25,9
47,59	1	,6	,6	26,5
47,59	1	,6	,6	27,1
47,59	1	,6	,6	27,7
47,59	1	,6	,6	28,3

INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 47,60	1	,6	,6	28,9
47,61	1	,6	,6	29,5
49,95	2	1,2	1,2	30,7
49,96	1	,6	,6	31,3
49,96	2	1,2	1,2	32,5
49,96	4	2,4	2,4	34,9
49,97	1	,6	,6	35,5
49,97	1	,6	,6	36,1
49,98	1	,6	,6	36,7
49,99	1	,6	,6	37,3
52,34	3	1,8	1,8	39,2
52,34	2	1,2	1,2	40,4
52,36	1	,6	,6	41,0
52,36	1	,6	,6	41,6
52,37	1	,6	,6	42,2
54,71	1	,6	,6	42,8
54,71	1	,6	,6	43,4
54,72	1	,6	,6	44,0
54,73	2	1,2	1,2	45,2
54,73	1	,6	,6	45,8
54,73	1	,6	,6	46,4
54,74	1	,6	,6	47,0
54,74	1	,6	,6	47,6
54,75	1	,6	,6	48,2
54,76	1	,6	,6	48,8
57,09	3	1,8	1,8	50,6
57,10	1	,6	,6	51,2
57,10	1	,6	,6	51,8
57,11	2	1,2	1,2	53,0
57,11	4	2,4	2,4	55,4
57,12	2	1,2	1,2	56,6
57,13	1	,6	,6	57,2
57,13	2	1,2	1,2	58,4
59,48	2	1,2	1,2	59,6
59,48	1	,6	,6	60,2
59,49	1	,6	,6	60,8
59,49	2	1,2	1,2	62,0
59,49	2	1,2	1,2	63,3
59,49	1	,6	,6	63,9
59,50	2	1,2	1,2	65,1
59,51	2	1,2	1,2	66,3
61,86	1	,6	,6	66,9
61,86	1	,6	,6	67,5
61,87	2	1,2	1,2	68,7
61,88	1	,6	,6	69,3
61,89	1	,6	,6	69,9
64,23	1	,6	,6	70,5
64,24	1	,6	,6	71,1
64,24	2	1,2	1,2	72,3
64,24	1	,6	,6	72,9
64,25	3	1,8	1,8	74,7
64,25	1	,6	,6	75,3

INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 64,26	1	,6	,6	75,9
64,27	1	,6	,6	76,5
64,28	1	,6	,6	77,1
66,62	1	,6	,6	77,7
66,63	1	,6	,6	78,3
66,63	1	,6	,6	78,9
66,64	1	,6	,6	79,5
66,64	3	1,8	1,8	81,3
66,64	3	1,8	1,8	83,1
66,65	1	,6	,6	83,7
66,65	1	,6	,6	84,3
69,01	1	,6	,6	84,9
69,01	1	,6	,6	85,5
69,02	2	1,2	1,2	86,7
71,39	1	,6	,6	87,3
71,41	1	,6	,6	88,0
71,41	1	,6	,6	88,6
73,79	3	1,8	1,8	90,4
73,79	1	,6	,6	91,0
76,16	1	,6	,6	91,6
76,16	1	,6	,6	92,2
76,16	1	,6	,6	92,8
76,17	1	,6	,6	93,4
78,53	1	,6	,6	94,0
78,54	1	,6	,6	94,6
78,55	2	1,2	1,2	95,8
78,57	1	,6	,6	96,4
80,92	1	,6	,6	97,0
80,94	1	,6	,6	97,6
83,31	1	,6	,6	98,2
83,31	1	,6	,6	98,8
88,07	1	,6	,6	99,4
92,86	1	,6	,6	100,0
Total	166	100,0	100,0	

INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO 5 CATEG.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nivel Medio-bajo	25	15,1	15,1	15,1
Nivel Medio	85	51,2	51,2	66,3
Nivel Medio-alto	52	31,3	31,3	97,6
Nivel Muy alto	4	2,4	2,4	100,0
Total	166	100,0	100,0	

Estadísticos

INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO

N	Válidos	166
	Perdidos	0
Media		55,5501
Mediana		57,0929
Desv. tip.		13,7529
Mínimo		21,41
Máximo		92,86
Percentiles	25	46,9911
	50	57,0929
	75	64,2536
	100	92,8571

ANEXO 2.2

Titulación Básica

ANEXO 2.3

Formación Post-básica

Estadísticos de grupo

	FORMACIÓN POST-GRADO	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	105	56,7512	13,0515	1,2737
	no	61	53,4827	14,7652	1,8905

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	1,927	,167	1,482	164	,140	3,2686	2,2061	-1,0874	7,6245
	No se han asumido varianzas iguales			1,434	113,358	,154	3,2686	2,2795	-1,2474	7,7846

Estadísticos de grupo

	MASTER	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	13	58,2148	10,9828	3,0461
	no	153	55,3237	13,9691	1,1293

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	,874	,351	,727	164	,468	2,8911	3,9788	-4,9652	10,7474
	No se han asumido varianzas iguales			,890	15,503	,387	2,8911	3,2487	-4,0138	9,7960

Prueba T - V4.3

Estadísticos de grupo

	F.C HOSPITAL	N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	146	55,9555	13,4072	1,1096
	no	20	52,5911	16,1330	3,6075

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tıp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	1,557	,214	1,026	164	,306	3,3644	3,2786	-3,1093	9,8381
	No se han asumido varianzas iguales			,891	22,738	,382	3,3644	3,7742	-4,4482	11,1770

Estadísticos de grupo

	OTROS	N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	103	55,6113	14,3386	1,4128
	no	63	55,4501	12,8493	1,6189

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	,205	,651	,073	164	,942	,1612	2,2063	-4,1953	4,5177
	No se han asumido varianzas iguales			,075	142,252	,940	,1612	2,1487	-4,0863	4,4086

ANEXO 2.4

Formación Específica

Estadísticos de grupo

FOR-MODELOS DE ENFERMERIA		N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	64	57,4104	13,3721	1,6715
	no	101	54,3322	13,9843	1,3915

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	,091	,763	1,401	163	,163	3,0782	2,1970	-1,2600	7,4164
	No se han asumido varianzas iguales			1,415	138,631	,159	3,0782	2,1749	-1,2221	7,3785

Prueba T - V10.2

Estadísticos de grupo

	FOR-METODLOGIA PEA	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO	si	124	55,6733	14,3905	1,2923
CUANTITATIVO	no	40	55,3879	11,9358	1,8872

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO	Se han asumido varianzas iguales	2,084	,151	,113	162	,910	,2854	2,5165	-4,6840	5,2548
CUANTITATIVO	No se han asumido varianzas iguales			,125	78,665	,901	,2854	2,2873	-4,2676	4,8384

Estadísticos de grupo

	RELAC AYUDA	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	53	59,8540	13,0779	1,7964
	no	110	53,6935	13,7300	1,3091

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	,276	,600	2,725	161	,007	6,1605	2,2611	1,6952	10,6258
	No se han asumido varianzas iguales			2,772	107,441				,007	6,1605

Estadísticos de grupo

	TERAP COMPLEMENTARIAS	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	26	59,4055	13,9576	2,7373
	no	138	54,9045	13,6832	1,1648

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	,016	,899	1,534	162	,127	4,5010	2,9345	-1,2938	10,2958
	No se han asumido varianzas iguales			1,513	34,666	,139	4,5010	2,9748	-1,5403	10,5423

Estadísticos de grupo

	ANAL CASOS	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	39	64,5590	11,8509	1,8977
	no	124	52,9093	13,2013	1,1855

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	,985	,323	4,921	161	,000	11,6497	2,3675	6,9744	16,3250
	No se han asumido varianzas iguales			5,206	70,148	,000	11,6497	2,2375	7,1872	16,1122

Prueba T - V10.6

Estadísticos de grupo

	OTROS	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	si	41	55,6002	11,8283	1,8473
	no	123	55,6240	14,4198	1,3002

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	1,136	,288	-,010	162	,992	-2,3868E-02	2,4831	-4,9471	4,8994
	No se han asumido varianzas iguales			-,011	82,787	,992	-2,3868E-02	2,2590	-4,5170	4,4693

ANEXO 2.5

**Motivación
Satisfacción
Motivación para Rol**

Correlaciones

Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típica	N
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	55,5501	13,7529	166
MOTIVACIÓN INTRÍNSECA	3,3973	,3157	166
MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA	3,2398	,4021	166
MOTIVACIÓN TRANSCENDENTE	3,0386	,4257	165
NIVEL DE MOTIVACIÓN ROL	7,11	1,59	162
NIVEL SATISFACCIÓN	7,36	1,47	164

Correlaciones

		INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	MOTIVACIÓN INTRÍNSECA	MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA	MOTIVACIÓN TRANSCENDENTE	NIVEL DE MOTIVACIÓN ROL	NIVEL SATISFACCIÓN
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1,000 , 166	,219 ,005 166	,020 ,795 166	,197 ,011 165	,241 ,002 162	,286 ,000 164
MOTIVACIÓN INTRÍNSECA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,219 ,005 166	1,000 , 166	,435 ,000 166	,425 ,000 165	,239 ,002 162	,319 ,000 164
MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,020 ,795 166	,435 ,000 166	1,000 , 166	,255 ,001 165	,080 ,311 162	,198 ,011 164
MOTIVACIÓN TRANSCENDENTE	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,197 ,011 165	,425 ,000 165	,255 ,001 165	1,000 , 165	,292 ,000 162	,305 ,000 163
NIVEL DE MOTIVACIÓN ROL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,241 ,002 162	,239 ,002 162	,080 ,311 162	,292 ,000 162	1,000 , 162	,543 ,000 160
NIVEL SATISFACCIÓN	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,286 ,000 164	,319 ,000 164	,198 ,011 164	,305 ,000 163	,543 ,000 160	1,000 , 164

ANEXO 2.6

Comparativo “Plà de Cures”

Prueba T

Estadísticos de grupo

	FORMACIÓN	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
años ejercicio prof.	SI FORMACION	119	17,39	6,89	,63
	NO FORMACION	46	15,43	8,33	1,23

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
años ejercicio prof.	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4,959	,027

Prueba T

Estadísticos de grupo

	FORMACIÓN	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
edad	SI FORMACION	115	40,22	7,16	,67
	NO FORMACION	44	38,73	7,24	1,09
area de trabajo	SI FORMACION	119	3,05	1,58	,14
	NO FORMACION	45	3,40	1,79	,27
años en el area	SI FORMACION	118	11,06	6,03	,56
	NO FORMACION	44	11,98	7,24	1,09

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
edad	Se han asumido varianzas iguales	,001	,980	1,170	157	,244	1,49	1,27	-1,03	4,01
	No se han asumido varianzas iguales			1,165	77,190	,248	1,49	1,28	-1,06	4,04
area de trabajo	Se han asumido varianzas iguales	,725	,396	-1,220	162	,224	-,35	,29	-,92	,22
	No se han asumido varianzas iguales			-1,152	71,387	,253	-,35	,30	-,95	,26
años en el area	Se han asumido varianzas iguales	4,138	,044	-,815	160	,416	-,92	1,13	-3,14	1,31
	No se han asumido varianzas iguales			-,750	66,532	,456	-,92	1,22	-3,36	1,53

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
FORMACION * INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO 5 CATEG.	166	100,0%	0	,0%	166	100,0%

Tabla de contingencia FORMACIÓN * INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO 5 CATEG.

			INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO 5 CATEG.				Total
			Nivel Medio-bajo	Nivel Medio	Nivel Medio-alto	Nivel Muy alto	
FORMACIÓN N	SI FORMACION	Recuento	13	59	45	3	120
		Frecuencia esperada	18,1	61,4	37,6	2,9	120,0
		% de FORMACIÓN	10,8%	49,2%	37,5%	2,5%	100,0%
		% de INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO 5 CATEG.	52,0%	69,4%	86,5%	75,0%	72,3%
	% del total	7,8%	35,5%	27,1%	1,8%	72,3%	
	NO FORMACION	Recuento	12	26	7	1	46
		Frecuencia esperada	6,9	23,6	14,4	1,1	46,0
		% de FORMACIÓN	26,1%	56,5%	15,2%	2,2%	100,0%
% de INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO 5 CATEG.		48,0%	30,6%	13,5%	25,0%	27,7%	
% del total	7,2%	15,7%	4,2%	,6%	27,7%		
Total	Recuento	25	85	52	4	166	
	Frecuencia esperada	25,0	85,0	52,0	4,0	166,0	
	% de FORMACIÓN	15,1%	51,2%	31,3%	2,4%	100,0%	
	% de INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO 5 CATEG.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% del total	15,1%	51,2%	31,3%	2,4%	100,0%		

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,774 ^a	3	,013
Razón de verosimilitud	11,064	3	,011
N de casos válidos	166		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,11.

Estadísticos de grupo

	FORMACIÓN	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
NIVEL SATISFACCIÓN	SI FORMACION	119	7,47	1,36	,13
	NO FORMACION	45	7,07	1,71	,26
NIVEL DE MOTIVACIÓN ROL	SI FORMACION	116	7,22	1,60	,15
	NO FORMACION	46	6,83	1,54	,23
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	SI FORMACION	120	57,3102	13,4846	1,2310
	NO FORMACION	46	50,9587	13,5226	1,9938
MOTIVACIÓN INTRÍNSECA	SI FORMACION	120	3,3978	,3207	2,928E-02
	NO FORMACION	46	3,3959	,3056	4,506E-02
MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA	SI FORMACION	120	3,2271	,3957	3,612E-02
	NO FORMACION	46	3,2728	,4211	6,208E-02
MOTIVACIÓN TRANSCENDENTE	SI FORMACION	119	3,0425	,4280	3,923E-02
	NO FORMACION	46	3,0285	,4243	6,256E-02

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error ttp. de la diferencia	Inferior	Superior
NIVEL SATISFACCIÓN	Se han asumido varianzas iguales	1,334	,250	1,574	162	,117	,40	,26	-,10	,91
	No se han asumido varianzas iguales			1,422	66,276	,160	,40	,28	-,16	,97
NIVEL DE MOTIVACIÓN ROL	Se han asumido varianzas iguales	,020	,888	1,440	160	,152	,40	,28	-,15	,94
	No se han asumido varianzas iguales			1,466	85,913	,146	,40	,27	-,14	,94
INDICADOR DE ROL AUTÓNOMO CUANTITATIVO	Se han asumido varianzas iguales	,005	,943	2,714	164	,007	6,3515	2,3402	1,7306	10,9723
	No se han asumido varianzas iguales			2,711	81,374	,008	6,3515	2,3432	1,6896	11,0134
MOTIVACIÓN INTRÍNSECA	Se han asumido varianzas iguales	,001	,976	,034	164	,973	1,884E-03	5,491E-02	-,1065	,1103
	No se han asumido varianzas iguales			,035	85,269	,972	1,884E-03	5,373E-02	-,1049	,1087
MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA	Se han asumido varianzas iguales	,337	,562	-,655	164	,513	-4,5743E-02	6,985E-02	-,1837	9,218E-02
	No se han asumido varianzas iguales			-,637	77,270	,526	-4,5743E-02	7,183E-02	-,1888	9,727E-02
MOTIVACIÓN TRANSCENDENTE	Se han asumido varianzas iguales	,017	,895	,189	163	,851	1,399E-02	7,413E-02	-,1324	,1604
	No se han asumido varianzas iguales			,189	82,481	,850	1,399E-02	7,385E-02	-,1329	,1609