

PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES SOBRE LA ENFERMERA Y SU TRABAJO. ESTUDIO CUALITATIVO EN UN HOSPITAL DE SEVILLA

De Nova de la Mata, Laura
Departamento de Enfermería
Universidad de Sevilla
luradenova@yahoo.es

Vargas-Machuca Guerrero, Francisca Antonia
Departamento de Enfermería
Universidad de Cádiz
pavargasmachucaa@hotmail.com

RESUMEN

Las enfermeras forman parte de una profesión que tiene problemas tanto en el campo de la identidad profesional como en el de la identificación social, probablemente, consecuencia uno de otro. La sociedad tiene claro que existe la profesión enfermera, sin embargo podríamos preguntarnos si su visión es la adecuada. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es explorar la imagen social de la enfermera que existe entre los pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Virgen Macarena para intentar conocer con más detalle las percepciones de los usuarios sobre la enfermera y el trabajo que lleva a cabo.

Este trabajo es un estudio exploratorio en el que se han llevado a cabo entrevistas semi-estructuradas a 15 sujetos durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 2010.

Los resultados del estudio señalan que la percepción de los pacientes sobre la cualificación de una enfermera tiene que ver principalmente con sus habilidades interpersonales más que con las habilidades técnicas o de pensamiento crítico.

Las conclusiones alcanzadas indican que existe en la sociedad una visión borrosa y perviven ciertos estereotipos, eminentemente “femeninos”, sobre la figura de la enfermera y el trabajo que desempeña, por lo que desde el propio colectivo habría que trabajar para lograr una adecuada identificación social.

PALABRAS CLAVE

Enfermería; identidad profesional; identificación social; género.

1. INTRODUCCIÓN

Saber qué es una enfermera¹ y cuáles son sus funciones pueden parecer a simple vista cuestiones sencillas, sin embargo, las enfermeras forman parte de una profesión que tiene serios problemas tanto en el campo de la identidad profesional como en el de la identificación social, probablemente, consecuencia uno de otro. La sociedad tiene claro que existe la profesión enfermera, sin embargo podríamos preguntarnos si su visión es la adecuada.

Los problemas con la denominación de la profesión se arrastran desde hace años. Es significativo que los nombres de dos titulaciones como practicante, que desapareció en 1952 y, ATS que lo hizo en 1977, continúen actualmente identificando tanto a los profesionales de enfermería en la sociedad como entre ellos mismos.² Y, aunque no identificarse con el nombre de la profesión es preocupante, más lo es la falta de identidad con los contenidos de la misma, con los modelos enfermeros o con la metodología de trabajo, esto es, con el proceso enfermero (García Morales, 2001).

El papel que tradicionalmente se ha asignado a la enfermera es el de ayuda y soporte al diagnóstico y tratamiento médico. Algunos autores defienden que desde el propio colectivo se debe reivindicar la defensa del cuidado de la salud como actividad autónoma. Hay que lanzarse a una búsqueda de la identidad de la profesión aunque ello traiga consigo renunciar a muchas de las actividades que hoy día se llevan a cabo y que los usuarios reconocen como importantes (Pérez Canosa, 2000).

Hay una notable falta de reconocimiento profesional tanto por parte de la sociedad en su conjunto, como del resto de profesionales con los que se trabaja diariamente y la propia organización sanitaria, es decir, el sistema sanitario en su conjunto (Pérez Canosa, 2000). La lógica consecuencia de esta situación es que los usuarios continúan llamando e identificando a las enfermeras con denominaciones pasadas y no conocen claramente qué profesional le atiende y qué cuidados puede ofrecerle. En este sentido, los enfermeros son los principales responsables de esta situación en la que la sociedad tiene una visión borrosa de la profesión y su campo de actuación. Deben ser los propios profesionales los máximos encargados de revertir esta imagen y dar a conocer su campo de responsabilidades propio.

El acercamiento a la visión y a la representación social que tiene la sociedad sobre la profesión enfermera puede ayudar a las enfermeras a abrir nuevos caminos para aproximarse al paciente y a la ciudadanía en general, con una imagen más clara y definida de su profesión y su campo de actuación.

En las últimas décadas son numerosos los estudios e investigaciones que han aparecido sobre la calidad de los cuidados ofrecidos en el ámbito hospitalario. El concepto de calidad parece estar irremediablemente ligado al de satisfacción, ya que hoy día, la satisfacción de los pacientes es un importante indicador de calidad de la atención recibida durante su estancia en un hospital. Tradicionalmente han sido los profesionales sanitarios los encargados de definir el concepto de

¹ Con respecto a la denominación enfermera o enfermero a lo largo del trabajo, a pesar de que está extensamente reconocido el uso del femenino en el terreno de la enfermería, hemos optado aquí por el uso de ambos géneros de forma indistinta para reseñar que ya no es una profesión exclusivamente femenina y para tratar de evitar sesgos de género en cualquier sentido. Por tanto, se utilizarán, sin ningún criterio prefijado, ambas formas intentando con ello identificar a todas las personas que conforman el colectivo.

² Nótese que la denominación de practicante desapareció hace ya 58 años, cuando se unifican con el nombre de ATS los planes de estudios de practicantes, enfermeras y matronas. En el caso de la titulación de ATS, ésta se sustituyó por los estudios universitarios de enfermería hace ahora 33 años. Cabe mencionar además que el de ATS fue un título rechazado en su día por la Organización Mundial de la Salud que recomendó al Estado Español que mantuviese la denominación "enfermera".

calidad de los cuidados. Sin embargo, una tendencia a nivel mundial señala a los pacientes y sus puntos de vista como los más importantes, aunque no los únicos, actores en el proceso de definición (Johansson, 2002). Algunos estudios señalan que la calidad de los cuidados se valora de forma diferente por parte de los profesionales y los pacientes. Así, el personal de enfermería infravalora aspectos que los pacientes consideran altamente positivos, entre ellos, el ambiente físico, los aspectos psicológicos de los cuidados y la profesionalidad de las enfermeras (Lynn, 1999; Wichowski, 2003).

Diversos trabajos han confirmado que existe una fuerte correlación entre la buena percepción que los pacientes tienen sobre los cuidados enfermeros y una percepción más positiva sobre la calidad de los cuidados recibidos en general durante su estancia hospitalaria, es decir, cuanto más positivamente valoran la atención enfermera, más aumenta su percepción de alta calidad recibida. Los cuidados proporcionados por las enfermeras son reconocidos como el factor más importante en la valoración del paciente sobre la satisfacción de los cuidados de salud, y la organización sanitaria al completo, es decir, en este sentido, "la enfermera está al frente del hospital" (Idwal, 1997; Williams, 1997).

Por tanto, hay mucha información disponible sobre la satisfacción de los pacientes y sus percepciones sobre la calidad de los cuidados recibidos. Existen también algunos estudios sobre la percepción de los pacientes sobre las cualidades y habilidades de los médicos, sin embargo, es muy escasa la información existente sobre la percepción que los usuarios tienen acerca de las cualidades y habilidades de las enfermeras (Rupp, 2009).

Desde nuestra perspectiva la pertinencia del estudio se centra en el hecho de que conocer y contar con la información aportada por los usuarios en cuanto a qué consideran más importante sobre el trabajo de enfermería, es un punto clave para avanzar en la planificación y mejora de los cuidados de las unidades de enfermería, orientándolos así, siempre en la medida de lo posible, hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de los ciudadanos y, por ende, contribuyendo a mejorar la atención enfermera en las instituciones sanitarias. Por otro lado, acercarnos a qué sabe la sociedad sobre el trabajo enfermero es esencial para tener una base sobre la que trabajar en múltiples direcciones como la educación sobre el trabajo enfermero o la redirección de esfuerzos en la planificación de proyectos enfermeros, entre otros.

En este mismo sentido, los planes y actuaciones de enfermería no centrados en las opiniones y percepciones de los usuarios pueden suponer una derroche de recursos económicos y de tiempo, que invertidos de manera adecuada pueden alcanzar óptimos resultados.

Por lo tanto, los objetivos del presente estudio son los siguientes:

Objetivo general

- Explorar la imagen social de la enfermera que existe entre los pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos específicos

- Aproximarse al grado de conocimiento que existe sobre el trabajo enfermero entre los pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Virgen Macarena.
- Descubrir qué características utilizan los pacientes para valorar a una enfermera como una buena o no buena profesional.

2. MARCO TEÓRICO

Qué saben y piensan los pacientes sobre el trabajo de un enfermero y qué valoran positiva y negativamente sobre su práctica profesional son puntos en los que se intentará profundizar con este trabajo. Para ello, algunos conceptos e ideas se intentarán aclarar y desarrollar en este apartado, entre otros, un breve recorrido histórico por la “imagen” de la enfermera; temas como la identidad profesional y la identificación social o teorías sobre la representación social, nos ayudarán a sustentar las bases teóricas del trabajo y acercarnos al estado actual del conocimiento sobre el problema de investigación.

Antes de iniciar este recorrido y como necesario paso previo indicaremos que para este estudio el *cuidar* es la esencia de la enfermería. Este cuidado se ejecuta a través de una serie de acciones con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por un proceso de enfermedad o para mantener la salud. Por esto, las personas que ejercen esta profesión deben poseer una serie de habilidades concretas así como el conocimiento y la capacidad intelectual que les permita resolver problemas, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los problemas inherentes o que alteren la salud de las personas que cuidan.

2.1. IDENTIDAD PROFESIONAL E IDENTIFICACIÓN SOCIAL

El análisis de la historia de la profesión enfermera en nuestro país permite reconstruir como ésta ha llegado a la posición en la que se encuentra ahora e identificar una serie de características definitorias, como el hecho de configurarse como una profesión de carácter secundario para la población que atiende.

La primera escuela de enfermería española, fundada a finales del siglo XIX, se dedicaba a formar a las enfermeras como meras ayudantes de los médicos. La formación era impartida por los profesionales de la medicina, hombres en todos los casos. A lo largo de todo el siglo XX, y hasta los años 50, las enfermeras sufren diferentes normativas, regularizaciones y desarrollos que conducen a la situación actual, perpetuando el modelo implantado. La consideración y percepción de la figura de la enfermera como ayudante del médico parece persistir hasta nuestros días.

Carmen Domínguez-Alcón³ (1983) realiza un exhaustivo estudio de los orígenes, formación e implicaciones ideológicas de la profesión de enfermería en España, abarcando el período de su formación hasta 1920, institucionalización (1920-1939), estancamiento (1939-1956), profesionalización (1957-1975) y cambio crítico, a partir de 1976. Domínguez-Alcón analiza el tema de las ideologías en enfermería partiendo de la hipótesis de que unas determinadas pautas vividas por esta profesión en nuestro país, en todo su proceso histórico, vienen a justificar su situación actual en nuestra sociedad. La autora realiza este análisis sociológico de la profesión de enfermería en España ya que la búsqueda de los contenidos en las ideologías puede darnos, según ella, algunas respuestas y ayudarnos a entender mejor la tendencia profesional *hic et nunc*.⁴

Se entiende por ideología el término que designa una sistema de ideas y de juicios, explícito y generalmente estructurado, que sirve para describir, explicar, interpretar o justificar la situación

³ Enfermera, socióloga e historiadora. Profesora del Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona. Autora de varios trabajos en los que realiza distintos análisis sobre la situación de la enfermería en España.

⁴ Locución latina que significa aquí y ahora. Se utiliza bien para llamar la atención sobre la necesidad de pensar las cosas desde la realidad y no dejarse llevar por teorizaciones y planteamientos abstractos, bien para conducir un discurso hacia sus aspectos prácticos y concretos, lejos de generalizaciones y abstracciones.

de un grupo o una colectividad; y que, inspirándose ampliamente en unos valores, propone una orientación precisa a la acción histórica de ese grupo o colectividad (Rocher, 1977). La ideología no necesita ser demostrada, sino solamente creída. En el caso de la enfermería las ideologías como conjunto de creencias y valores han servido para que este grupo profesional desempañara en la sociedad un determinado papel dirigido y dependiente del grupo profesional médico. El sistema común de creencias que se comentará a continuación aparece en los orígenes de la enfermería profesional y se mantiene hasta nuestros días.

Ya en la extensa e imprescindible obra de Florence de Nightingale para la profesión enfermera, existe un planteamiento de profesión dependiente del médico. Ella planteó la actuación de las enfermeras desde una perspectiva de total dependencia médica y se negó a permitir que cualquiera de sus enfermeras prestara servicio bajo iniciativa propia (Domínguez-Alcón, 1975).

A partir del siglo XIX, cuando aparece la enfermería profesional, las ideologías sobre la profesión quedan muy bien reflejadas en los manuales que han servido para la formación de los profesionales. Cabe destacar que los textos están en su mayoría escritos por médicos varones, salvo algunos que lo están por teólogos o sacerdotes. No es hasta 1975 y 1977 que en dos textos escribe alguna enfermera, aunque en colaboración con médicos o teólogos en uno de los casos.

El análisis de los manuales ha permitido la elaboración de una serie de características en las que aparecen reflejadas las ideologías básicas que se desprenden de los mismos.

- La enfermera como medio-médico. La creencia de que el profesional de enfermería debía tener pocos conocimientos técnicos y mucha práctica ha sido una nota dominante de la formación durante algunas décadas. No es hasta 1975 cuando una enfermera explicita que aunque los conocimientos médicos que han de adquirir los profesionales enfermeros son menores que los de un licenciado en medicina, la enfermera no es ni un médico frustrado ni, en el extremo opuesto, un “mini-médico”, sino que ejerce funciones peculiares perfectamente definibles (Escós, 1975).
- La práctica lo es todo. El no tener demasiados conocimientos teóricos se vería compensado por la práctica, de ahí que se dé gran importancia a este aspecto.
- El profesional de enfermería como intermediario. Esta es otra de las creencias que se puede extraer del análisis destacando que la enfermera debe ser la única intermediaria entre el médico y el enfermo.
- La enfermera como un ser inferior. Citas como la siguiente representan cómo ha sido considerada la profesión durante cierta época.
“Es la reverencia que un ser inferior debe tener a un superior. Ahora bien, el médico es superior del ATS por dignidad y por ciencia y por ambos motivos debe respetarle [...], siendo indulgente en sus defectos: humanos y profesionales –defendiéndole siempre ante los demás: enfermo o no enfermo-, llegado el caso de proporciones menos rectas, negarse rotundamente con muchísimo respeto” (Vals Marín, 1940).
- Es una profesión eminentemente femenina. La razón de la ausencia de varones en la enfermería no es la capacidad de cualificación, sino la creencia popular de que el varón es más rudo y es más difícil que adquiera ese toque maternal y femenino que se le atribuye a la enfermera. A finales de los años setenta algunas profesoras de Escuelas de Enfermería hablan de las cualidades, *preferentemente femenina y con un sesgo religioso*, necesarias para una enfermera como capacidad de entrega, generosidad, laboriosidad, eficiencia, tenacidad, orden, responsabilidad, lealtad, comprensión, fortaleza, veracidad, sinceridad, naturalidad y alegría (Cañadell, 1975).

- El cuidado de enfermería como cuidado maternal. La enfermera debe sustituir a la madre en su misión de cariño y educación, no sólo con los niños, sino en el cuidado del enfermo en general.
- Asistencia cariñosa y tierna (Tender-Loving-Care). Otra característica es la que se atribuye al cuidado enfermero como cariñoso, bondadoso y dulce.
- Y, sin embargo, debe tener fortaleza física. La salud y la fortaleza física son cualidades que la enfermera debe cuidar en sí misma.
- La misión apostólica. Los términos de vocación o sacerdocio parece que han sido consustanciales a la imagen de la enfermera. Se considera que sin un elevado espíritu vocacional es imposible desempeñar bien su labor.
- Desinterés y amor al prójimo. Los textos citan a menudo el desinterés, el altruismo como elementos inherentes al ejercicio del trabajo enfermero.
- La subordinación total al médico. La orientación del trabajo enfermero, según el criterio médico, debe ser la ejecución de unas técnicas ordenadas por el propio médico.
- La higiene como obsesión. Los aspectos de aseo minucioso y pulcritud en la presentación, así como el orden, aparecen frecuentemente citados. Este aspecto de limpieza personal no se enfoca sólo como protección contra la infección, sino como ejemplo a los demás.

Domínguez-Alcón concluye que el modelo tradicional de la enfermera ha estado marcado por unas características muy determinadas, que en su casi totalidad se han mantenido⁵. Sigue vigente todavía un alto grado de dependencia respecto del poder médico y lo que debería entenderse como colaboración se mantiene en muchos niveles como subordinación (Domínguez-Alcón, 1975). Aunque en la división del trabajo hospitalario ha habido grandes cambios, es precisamente en ese campo donde seguramente la indeterminación de funciones hace que la dependencia aún sea mayor.

En esta misma línea, Margalida Miró-Bonet (2008) tiene publicaciones bastante más recientes en las que realiza un análisis similar acerca de la identidad profesional, aunque con una nueva perspectiva donde se intentan identificar los discursos residuales, dominantes y emergentes y las estrategias de poder naturalizadas a través de los discursos. El inicio de su análisis se centra en el periodo comprendido entre 1956 y 1976, fechas que señalan dos importantes hitos en la historia de la enfermería española, la creación en 1953 de los estudios de ayudante técnico sanitario y, la integración en 1977 de las escuelas de ATS en las universidades. Las conclusiones de este estudio indican que en el entramado discursivo se puede identificar un discurso residual moralista-cristiano, herencia de la etapa vocacional de la profesión en nuestro país; unos discursos dominantes de género, técnico y biomédico, a través de los cuales se educaba para servir, para la ejecución de las técnicas delegadas y donde el tratamiento y control de la enfermedad se constituían como el centro de atención. Según la autora, estos discursos que emergieron a mediados del siglo XX han engendrado un entramado simbólico en la forma preferente en que las enfermeras, otros profesionales y la sociedad han ido constituyendo la identidad del profesional enfermero. En la actualidad, algunos de los elementos que conforman estos discursos, tensionados por otros, permanecen aún presentes en la base de prácticas, relaciones profesionales, políticas sanitarias e imágenes sociales. La dominancia de estos discursos y la observación de la realidad actual le permiten inferir que las enfermeras en España han conseguido transformar y romper muchos de estos elementos y proponer otras miradas sobre quiénes son.

⁵ Recordemos que el año de publicación de la obra referida es 1979.

Hoy día seguimos encontrando que en el actual sistema de división de trabajo, los profesionales enfermeros, a pesar de ser imprescindibles en el cuidado de la salud, no se sienten a menudo como colaboradores, sino como subordinados. Carmen Sellán Soto (2010) señala en su reciente obra "La profesión va por dentro" que es fundamental hacer visible el trabajo enfermero para la profesión ya que, hasta hace poco, la enfermera ha sido considerada como ayudante del médico y que todavía sigue siendo reconocida como tal por la mayoría de la población.

Por lo tanto, tras este breve análisis sobre la historia y las influencias que han sufrido la profesión y los profesionales enfermeros podría hablarse de la existencia de problemas tanto a nivel de identidad profesional como a nivel de la identificación social que se tiene de las enfermeras.

Desde las Ciencias Sociales diversos autores han ahondado en el tema de la construcción de las identidades colectivas. Isidoro Moreno analiza la cuestión y defiende que esa construcción se realiza desde la conjunción de tres factores en las sociedades contemporáneas a través de la matriz identitaria: el sistema sexo-género, la cultura del trabajo y los rasgos étnicos (Moreno, 2003). El sistema sexo-género ha marcado de forma inevitable la historia de la profesión y parece que lo sigue haciendo en la actualidad como se ha podido comprobar con el anterior recorrido histórico. La cultura del trabajo es otro de los marcadores del proceso de construcción identitaria de los profesionales de enfermería. Si nos fijamos en la definición que desde la antropología del trabajo se ofrece de este marcador, vemos que conlleva una doble significación, material e ideática. Para Pablo Palenzuela esto se concreta en el tiempo que ocupa, y en la ideología, "traducida al conjunto de valores, representaciones y percepciones que los individuos interiorizan en su actividad laboral, que modulan significativamente sus prácticas sociales y su cosmovisión, más allá del ámbito espacial y del marco temporal en los que tienen lugar los procesos de trabajo" (Palenzuela, 1995). En otro lugar, especifica el proceso concreto de integración individual como un "bagaje de conocimientos teórico-prácticos a través del cual asimila un conjunto de experiencias personales y colectivas sobre uno o varios modelos de relaciones laborales" (Palenzuela, 1995).

Un estudio realizado sobre la identidad y la identificación de la enfermería parece confirmar los datos que hablan de los problemas de identidad e identificación (García Morales, 2001). Por un lado, las enfermeras forman parte de una profesión que tiene serias dificultades para saber cuál es su identidad, hecho este del que nace la variedad de formas desarrollar su trabajo y de identificarse como profesionales. No identificarse con el nombre de su profesión parece algo preocupante ya que es frecuente que muchos enfermeros hoy día sigan identificándose ante sus compañeros y ante la sociedad como A.T.S. o, en menor medida, como *practicante*, en lugar de la correcta denominación como enfermeros. Por otro lado, estas dos denominaciones, desaparecidas en 1952 y 1977 siguen identificando socialmente a las enfermeras. Las enfermeras son claramente identificadas como profesión por la población; otra cuestión es que esta identificación esté distorsionada, subjetivizada o adulterada. La imagen que ofrece la enfermera de su propia cartera de servicios se centra en líneas generales en *cuidados de tratamiento* (inyectables, curas toma de tensión...) y se acompaña en muchos casos de una identificación incorrecta (A.T.S. o *practicante*) que refuerza la imagen errada que tiene la sociedad de la profesión, la cual no conoce claramente qué profesional le atiende y qué cuidados puede ofrecerle. La cultura profesional finalmente se manifiesta en los significados que la gente atribuye a diversos aspectos de la profesión; su manera de concebir la profesión y su rol en él, sus valores, sus creencias e incluso su imagen (Ruíz Moreno, 1999).

El imaginario social sobre enfermería está cargado de estereotipos de distinta índole, entre los que sobresalen los estereotipos femeninos, donde el papel o status de la profesión está subordinado al status de las mujeres. Aunque ahondar en aspectos de género no es el objetivo

central del presente trabajo, la comprensión sobre la construcción social de las relaciones de género es, sin duda, de fundamental importancia para la comprensión de los motivos por los cuales la profesión ha asumido características de menor relevancia y valor social. A partir de la segunda mitad del siglo XIX el trabajo de cuidar pasó a ser una práctica social sexuada en la que muchos atributos eran exigidos a una buena enfermera como hemos visto anteriormente. Cualidades como la paciencia, la dedicación, la obediencia, la educación, la renuncia, la organización, integridad, docilidad, prontitud. Sin embargo, la inteligencia y el pensamiento crítico no siempre eran bienvenidos (Da Silva Borges, 2003).

Asimismo, en el imaginario social, la visión de la enfermera se liga al rol materno y religioso que dio sus orígenes a la profesión pero que a pocos le ayudó a forjar su identidad profesional. Por tanto, la historia moral y profesional de las enfermeras se confunde a lo largo del proceso de consolidación de la enfermería, siendo las imágenes de sus orígenes las que quedan como las concepciones actuales de la profesión.

2.2. TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

La construcción de la identidad profesional debe ser entendida como un proceso, inicialmente efectuado por contraste (yo no soy); después por las diferencias y semejanzas de las actividades efectuadas (yo hago/yo no hago) y, posteriormente por el distanciamiento e identificación con las prácticas y saberes propios de la profesión (yo soy) (Da Silva Borges, 2003).

Diversos trabajos (Da Silva Borges, 2003; De Oliveira, 2001; Machado, 1997) que han ahondado en la representación social que existe sobre la enfermería y los enfermeros han recurrido a la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, una teoría procedente de la Psicología Social que aporta un planteamiento innovador en el análisis del sentido común y de lo cotidiano, dentro del estudio de la construcción social de la realidad.

Según Moscovici la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales las personas hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979). Esto es, el conocimiento del sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Por tanto, se hace alusión a una forma de pensamiento social.

María Auxiliadora Banchs es otra investigadora que ha trabajado sobre esta temática apuntando su propia definición sobre las representaciones sociales, en la cual remarca el doble carácter de éstas como contenido y como proceso: en tanto que una particular forma de conocimiento y también una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento. Por lo tanto son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos (Banchs,1990).

Por tanto, esta teoría de las representaciones sociales defiende que toda representación simboliza el modelo a través del cual un individuo estructura su realidad y que esa estructuración se da a partir de informaciones recibidas, que posteriormente son analizadas e interpretadas por el sujeto, el cual recorre sus experiencias anteriores para formular conductas y comprender la realidad. De ahí la importancia que ésta asume en la consolidación y perpetuación de los saberes y prácticas, ya que hasta los mismos profesionales pueden estar contribuyendo a propagar modelos que a ellos mismos les gustaría modificar.

En tanto que las personas no sean conscientes de la forma en la que la sociedad percibe determinada situación, no se puede saber lo que es necesario para provocar los cambios que puedan ser requeridos.

3. MATERIAL Y MÉTODO

El inicio de cualquier investigación científica está indudablemente en una adecuada y extensa búsqueda bibliográfica. Se ha realizado una revisión literaria de algunos textos relevantes en relación con el objeto de estudio planteado, a la vez que una búsqueda bibliográfica en las más importantes bases de datos tanto de carácter médico como en el terreno de las Ciencias Sociales, con el objetivo de conocer la producción científica contrastada que existe hasta el momento sobre el objeto de estudio.

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología que se ha utilizado para el desarrollo del presente trabajo ha sido una metodología cualitativa. Podemos afirmar que la justificación de la metodología cualitativa viene dada por el enfoque teórico de partida y por la naturaleza de la pregunta de investigación. Para conocer las opiniones y percepciones de los pacientes sobre los enfermeros y su cualificación es necesaria una metodología (la cualitativa) que permita a los profesionales investigar múltiples aspectos sobre su propia práctica, cuyo conocimiento escapa de la medición numérica. Teniendo en cuenta el acercamiento al objeto de estudio y cuál es el propósito de la investigación podríamos clasificar este trabajo como un estudio exploratorio, ya que este tipo de estudios se suelen utilizar para investigar fenómenos poco conocidos e identificar o descubrir aspectos importantes de ellos. En cuanto a las técnicas de investigación, se optó por las técnicas conversacionales, entre ellas las entrevistas semi-estructuradas⁶ (Conde, 2002). La entrevista permite recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas: creencias y actitudes, opiniones, valores o conocimiento que de otra manera no estarían al alcance del investigador (Del Rincón Igea, 1995).

Para el diseño de este estudio cualitativo se han tenido en cuenta los principios básicos de las investigaciones cualitativas: la flexibilidad, la circularidad del proceso y la reflexividad. La triangulación de datos ha sido otro de los aspectos claves en el desarrollo del análisis. La triangulación proporciona una visión holística, múltiple y sumamente enriquecedora (Hernández Sampieri, 2006). En este caso se ha recurrido a una triangulación de datos a través de las distintas fuentes utilizadas para la realización del trabajo, la bibliografía consultada y los resultados obtenidos a través de la metodología cualitativa. El análisis de las categorías se ha realizado a nivel semántico y pragmático. El análisis a nivel semántico se ha hecho relacionando el significado que las personas confieren a los temas o categorías de análisis que son objetos de interés, y poniendo en relación los fragmentos de textos categorizados con el contexto, alcanzando así el nivel pragmático.

La base sobre la que se han elaborado las preguntas de la entrevista utilizada en este trabajo procede del trabajo desarrollado por Peggy Rupp (2009) para conocer la percepción de los pacientes sobre las habilidades de las enfermeras, incorporado las dos primeras preguntas e intentando una adaptación transcultural de las siguientes.

3.2. LUGAR, SITIO Y DURACIÓN

⁶ Siguiendo a Fernando Conde Gutiérrez se define metodología como la aproximación general al estudio de un objeto o proceso, es decir, el conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos que una disciplina desarrolla para la obtención de sus fines. Por otro lado, las técnicas son los procedimientos específicos de recogida o de producción de información.

El estudio se desarrolló en el Hospital Universitario Virgen Macarena. Se optó por las alas A y C de la quinta planta del hospital ya que son unidades con pacientes que presentan diversas patologías y pertenecientes a distintas especialidades. Las entrevistas se llevaron a cabo durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 2010.

La propuesta del presente trabajo de investigación fue presentada al Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen Macarena antes de iniciar la fase de obtención de datos, siendo evaluada y aceptada por el mismo en el mes de Julio.

3.3. MUESTRA

El tamaño muestral en esta investigación asciende a 15 sujetos (N=15). Con el objetivo de obtener la más variada información de los pacientes, se optó por entrevistar a pacientes de todos los rangos de edad, de distinto sexo y con diferente nivel de estudios. Otros aspectos que se han tenido en cuenta para la elección de la muestra han sido:

- Los días de hospitalización del paciente. El mínimo necesario para poder realizar la entrevista ha sido de dos días de hospitalización.
- El hecho de tener algún familiar o conocido cercano que forme parte del mundo sanitario. Los pacientes con familiares sanitarios no han sido excluidos del estudio, pero el hecho se señalará adecuadamente en el apartado de resultados.
- El momento de realización de la entrevista. En todos los casos se ha realizado el mismo día del alta cuando el paciente ya había sido informado por su médico de que recibiría el alta clínica para tratar de evitar probables sesgos en las respuestas.

Los criterios de exclusión han sido:

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no pueden contestar a las preguntas de la entrevista por algún problema cognitivo o de otro tipo como el caso de pacientes psiquiátricos, pacientes con restricción del habla tras intervención quirúrgica (laringectomizados), etc.

3.4. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra en los estudios cualitativos es una de las claves de la investigación, y de ella depende, en gran parte, la validez de los resultados de un estudio (Pla Consuegra, 1999). Para este estudio se ha tenido en cuenta que el muestreo sea *intencionado y razonado*, esto es, las unidades de muestreo no se han elegido con criterios de representatividad estadística sino de representatividad del discurso y los significados. En esta misma línea también se ha optado por un muestreo flexible y reflexivo, es decir, las primeras decisiones muestrales pueden llevar a descubrir aspectos que deben ser estudiados y, a partir de la reflexión de los investigadores, se han ido adoptando nuevas decisiones muestrales durante el proceso investigador. Para determinar la suficiencia de la muestra de este estudio cualitativo se ha mensurado la cantidad de la información. En el tamaño muestral se ha prestado especial atención a la calidad y cantidad de la información recibida. Si el conjunto de la información obtenida es completo para los objetivos del estudio se estimará que la muestra ha sido suficiente. Para llegar a esta conclusión se ha recurrido a la *saturación o redundancia*. Con este concepto se hace referencia a que las informaciones se repiten, son redundantes y no aportan aspectos nuevos, constatándose el agotamiento de nuevos datos por parte de los diferentes participantes y de los diferentes contextos. En base a todas estas consideraciones se ha seguido el conocido como *muestreo opinático* en el que la selección de contextos y/o informantes se

realiza siguiendo criterios pragmáticos y de factibilidad, como la facilidad de los contactos o la accesibilidad entre otros (Miles, 1994).

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La voluntariedad ha sido uno de los elementos claves en la selección de los participantes. Con anterioridad a la entrevista cada uno de los participantes ha tenido acceso a una hoja de información sobre los contenidos y objetivos del estudio y todos han firmado un consentimiento informado dando su autorización para el empleo del material obtenido durante las entrevistas. Por otra parte, en todo momento se ha respetado el anonimato de los sujetos, utilizando para su identificación el número correspondiente al orden en el que fueron entrevistados, así la persona entrevistada en primer lugar será denominada en el apartado de resultados como entrevistada número 1. Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio han sido tratados de forma confidencial y conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

3.6. VARIABLES

Las variables son estudio son las siguientes:

Unidad de observación. Pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Virgen Macarena y que cumplan con los criterios de inclusión en el estudio.

Unidad de análisis. Las categorías de análisis son el conocimiento que los pacientes tienen sobre el trabajo de enfermería y las características que utilizan para valorar a las enfermeras como buenas o malas profesionales.

En base a la bibliografía consultada y en especial al trabajo de Peggy Rupp se han establecido tres grandes campos de análisis, dentro de los cuales se han encuadrado las unidades de registro que se han aislado a través de las respuestas dadas por los pacientes sobre las características de los enfermeros:

- Habilidades interpersonales (interpersonal skills). Son aquellas habilidades mediante las cuales una persona establece una conexión o relación con otra persona a través de actividades tanto verbales como no verbales.
- Habilidades de pensamiento crítico (critical thinking skills). En enfermería el pensamiento crítico está en relación con la toma de decisiones clínicas y la resolución de problemas caracterizados por el análisis, el razonamiento, la deducción, la interpretación, el conocimiento y una actitud abierta. El pensamiento crítico se manifiesta en juicio clínico cuando las enfermeras toman decisiones acertadas sobre una situación, sobre lo que necesita ser hecho, cómo de rápido y porqué.
- Habilidades técnicas (technical skills). Se trata de las habilidades en la realización práctica de los procedimientos propios de la profesión.

Por otro lado, en la primera parte de la entrevista se ha recogido cierta información de carácter socio-demográfico. En referencia a esta información se analizarán las siguientes variables: edad; sexo; estado civil; nivel de estudios; lugar de residencia; días de hospitalización; ingresos previos; familiar sanitario

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

En el análisis de datos están implicadas múltiples tareas cuyo objetivo es descomponer, resumir, descubrir e interpretar el sentido y el significado que subyace en el texto poniéndolo en relación con el contexto en el que se produce. En el presente trabajo se ha utilizado el análisis de contenido, el cual constituye la aproximación que se corresponde con el nivel informacional/cuantitativo del análisis de los textos producidos en una investigación cualitativa.

El análisis de contenido consiste en la descomposición del texto en uno u otro tipo de unidades elementales (palabras, frases, etc.) y en su posterior codificación y categorización. Es un método de análisis de la información que trata de codificar los posibles contenidos temáticos de la información en función de las más elementales *unidades de registro* a las que se le puedan asignar significados diferenciados. Sus resultados se expresan en distribución de frecuencias de la presencia de los citados contenidos, de posibles grados de asociaciones entre los términos, de la mayor o menor presencia de los mismos (Muchielli, 2001).

Se define *unidad de registro* como la mínima porción del contenido que el investigador aísla y separa por aparecer allí uno de los símbolos, palabras clave, slogans o temas que el investigador considera significativos (López Aranguren, 1986).

De esta forma el análisis de contenido se inscribiría en una operación puramente descriptiva y explicativa en la que la explicación no sería otra cosa que la generación, por parte del observador, de un sistema de relaciones y correlaciones externas entre las categorías que ha generado el propio sistema de recuento y de medida de los textos (Alonso, 1998).

4. RESULTADOS

4.1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

En primer lugar se detallarán los resultados de las variables que se recogieron sobre este apartado.

- Edad. La edad de los sujetos entrevistados oscila entre los 31 años del más joven a los 93 del mayor de los pacientes.
- Estado civil. De los sujetos de la muestra ocho estaban casados (53,3%), tres solteros (20%), uno divorciado (6,6%) y otros tres viudos (20%).
- Sexo. Del total de entrevistados, nueve fueron hombres y seis mujeres, esto supone el 60% y el 40% respectivamente.
- Nivel de estudios. Con respecto a esta variable once personas de la muestra tenían estudios básicos (73,3%), una contaba con estudios de grado medio (6,6%) y tres con estudios superiores (20%).
- Lugar de residencia. En cuanto al lugar de residencia siete de los sujetos (46,6%) residían en distintos barrios de Sevilla capital mientras que ocho de ellos (53,3%) lo hacían en los distintos pueblos a los que da cobertura sanitaria el Hospital Universitario Virgen Macarena.
- Ingresos previos. De la muestra seleccionada doce personas (80%) ya habían estado hospitalizadas con anterioridad al ingreso en el que se realizó la entrevista mientras que en tres casos (20%) se trataba este de su primer ingreso hospitalario.
- Familiar sanitario. A este respecto solamente cuatro de los pacientes entrevistados (26,6%) contaban con algún familiar sanitario y en todos los casos era en segundo

grado. Por lo tanto, once de los sujetos entrevistados (73,3%) no tenían entre sus familiares a ningún profesional de la rama sanitaria.

- Días de hospitalización. La duración de las hospitalizaciones fue variada, comprendiendo desde un máximo de treinta días hasta un mínimo de tres, siendo el tiempo medio de estancia en el hospital ligeramente superior a los nueve días, concretamente 9'4.

4.2. TRABAJO ENFERMERO

Ante la pregunta sobre cuál es el trabajo de un enfermero las respuestas obtenidas durante la entrevista son las siguientes.

Aunque la respuesta de la mayoría de los pacientes fue directa y escueta, en algunos casos se mencionaron diferentes ideas que se analizaran con detalle a continuación. Los principales términos utilizados por los pacientes fueron: paciente, atender, cuidar y médico.

La respuesta de que el trabajo de una enfermera es **atender a los pacientes** fue la mayoritaria en este apartado ya que fue mencionada por nueve de los quince entrevistados.

Cuidar a pacientes fue la respuesta que dieron tres de las personas entrevistadas. Mencionar que dos de ellos, los entrevistados 8 y 9 tienen un familiar que trabaja en la rama sanitaria, en este caso los familiares de los entrevistados son una enfermera y una auxiliar de enfermería respectivamente.

Dos de los entrevistados optaron por **enumerar una serie de actividades** o tareas que habitualmente desempeña una enfermera para explicar cuál es su trabajo, como poner medicación, sacar sangre, poner sueros, etc.

La descripción del trabajo enfermero como **dependiente del médico** fue señalado por tres de los pacientes. En los tres casos se indicó que el trabajo enfermero se desarrollaba bajo la supervisión de los médicos o estaba derivado de sus órdenes.

4.3. TAREAS ENFERMERAS

Existe una parte en la entrevista que estaba enfocada a descubrir si los pacientes conocían en la práctica qué tareas desempeñan las enfermeras. En este punto se optó por preguntar sobre determinadas tareas que se llevan a cabo diariamente en un servicio de asistencia hospitalaria, unas son competencias de enfermería, mientras que otras las llevan a cabo otros miembros del equipo sanitario, esto es, auxiliares de enfermería y médicos. Se preguntó por un total de seis tareas, dos de las cuales son de competencia enfermera, dos médica y otras dos las desempeñan auxiliares de enfermería.

Como paso previo para responder a esta parte de la entrevista, se preguntó sobre si los pacientes entrevistados conocían la diferencia entre los distintos profesionales sanitarios sobre los cuales se les iba a preguntar a continuación. En todos los casos, esto es para los quince pacientes, la figura médica estaba clara, sin embargo, esta distinción no era tan evidente en el caso de las enfermeras y las auxiliares de enfermería. Diez de los pacientes afirmaron conocer la diferencia entre un enfermero y un auxiliar de enfermería y la explicaron correctamente.⁷ Sólo en un caso, el del entrevistado 11, el paciente dijo conocer la diferencia y no la explicó de forma correcta, confundiendo los términos y asignando a la enfermera la cualificación y tareas de la

⁷ Se ha considerado una explicación correcta el hecho de que los pacientes mencionaran un diferente grado de formación entre las dos categorías profesionales (aunque no conociesen éste exactamente) y que reconociesen un trabajo diferenciado entre una y otra categoría profesional.

auxiliar de enfermería y viceversa. Cuatro de los pacientes reconocieron no estar al tanto de la distinción de estas categorías profesionales.

Una vez preguntados por las actividades y tareas concretas de cada uno de los profesionales se comprobó que todos los pacientes entrevistados asignaron sin error las tareas médicas a un médico. Esto es, los quince sujetos de la muestra contestaron que la persona encargada de decidir qué medicación tomará un paciente durante su ingreso y la encargada de solicitar las pruebas complementarias que sean necesarias durante su estancia es un profesional médico.

En el caso de las tareas desarrolladas por enfermeros y auxiliares de enfermería siete de los pacientes asignaron correctamente las actividades con los profesionales que las llevan a cabo, es decir, asignaron las actividades de administrar medicación y realizar curas a los enfermeros y las de poner el termómetro y asistir en el baño a un paciente a los auxiliares de enfermería.

Por el contrario, ocho de ellos no establecieron correctamente la concordancia entre las actividades desempeñadas y los profesionales encargados de estas. El entrevistado 11, quién confundió las figuras de la enfermera y la auxiliar de enfermería, obviamente en este apartado asignó las actividades enfermeras a las auxiliares y las tareas de las auxiliares a las enfermeras. En el resto de los casos el error mayoritario fue contestar a todas las preguntas que la persona encargada de llevarlas a cabo era una enfermera, aunque inmediatamente antes hubiesen identificado y explicado de forma adecuada de la diferencia entre las dos categorías profesionales.

4.4. CARACTERÍSTICAS ENFERMERAS

En cuanto a las categorías de análisis que se han establecido para clasificar la información aportada por los participantes con respecto a qué características utilizan para valorar a una enfermera como buena o mala profesional en su trabajo las respuestas son las siguientes.

Los pacientes muestran mayor atención sobre las habilidades interpersonales de un enfermero que sobre sus habilidades técnicas o de pensamiento crítico.

Las habilidades interpersonales fueron mencionadas por los quince sujetos objeto de las entrevistas como cualidades que ellos utilizan para valorar la cualificación de una enfermera, si ésta es una buena o mala profesional. Las habilidades técnicas como medida para la valoración de una enfermera cualificada fueron mencionadas por nueve de las personas entrevistadas, mientras que las habilidades de pensamiento crítico fueron nombradas por ocho de los entrevistados.

Solo tres pacientes refirieron características que corresponden con las tres categorías de análisis (habilidades interpersonales, de pensamiento crítico y técnicas) durante la entrevista.

4.4.1 Habilidades interpersonales.

Las características de las enfermeras que tienen que ver con sus habilidades interpersonales han sido identificadas por los pacientes entrevistados como las más importantes.

El rasgo más señalado fue la **amabilidad** de las enfermeras. El trato amable hacía el paciente es especialmente valorado por los pacientes entrevistados. En esta misma línea ellos refieren como esenciales aspectos como que el enfermero transmita cualidades como un “buen trato”, cariño, simpatía, dulzura, humanidad, responsabilidad o accesibilidad, entre otras.

Varios pacientes identifican también que una enfermera cualificada es aquella que ofrece al paciente el mismo **trato que ofrecería a un familiar suyo** o que el paciente pueda percibir una **preocupación por el mismo y su situación**.

Entrevistada 1

“... que te trate como...no sé, como... a un familiar... solo con mirarte ya se ve que le da... sabes, que está preocupa...”

Las enfermeras que muestran confianza en sí misma son bien valoradas por los pacientes. Éstos refieren aspectos como que la enfermera transmita seguridad en lo que hace y tranquilidad a los pacientes.

Entrevistada 6

“...tranquilizarme, relajarme, buscarme con la mirada, estaba encantada con esa persona, no sé cómo se llama pero se decirte quien es... cuando tenía una crisis, luego para realizarme pruebas, antes de irme, me sentía mucho más tranquila... Por ejemplo, en una de las crisis que me dio, me sentí como si hubiese sido mi marido, a la hora de relajarme, estar conmigo... no hacía falta...sabes...”

Algunos pacientes centran en especial sus comentarios acerca de la actitud que el enfermero tiene hacia su trabajo. Los enfermeros que dan la **impresión de que les gusta su trabajo** son percibidos por los entrevistados como buenos profesionales. Además, en los casos en los que los pacientes hablaron sobre la “**vocación**” de la enfermera, señalaron ésta como la característica que más valoraban en esa profesional.

Entrevistada 14

“Se nota cuando las enfermeras son vocacionales, que están muy atentas, son amables, son...se preocupan, se preocupan mucho por el... por hacerlo todo bien, por mirar una y otra vez, o si tú les dices que te falta lo que sea, se preocupan, aunque tengan que ir tres veces lo miran, lo remiran...lo que haga falta, pero el problema te lo resuelven.”

Con respecto a las características asociadas a las habilidades interpersonales para considerar a una enfermera como no cualificada o poco profesional que fueron mencionadas por los pacientes destacan las siguientes.

Según los pacientes entrevistados una enfermera poco cualificada es aquella que ofrece un “**mal trato**” a los enfermos; que no es amable; que transmite poca seguridad; que no es simpática; que es “pasota”, dejando el trabajo para las compañeras del siguiente turno; que habla con despotismo o que olvida las cosas que le han pedido.

Entrevistada 8

“...el que tú puedas pensar que alguien tenga poca seguridad en ella misma, también, pues se me ha ‘dao’ el caso de estar ingresada bastante tiempo...la doctora me dijo que me iba de alta al día siguiente, pero la enfermera me dijo que no me quitaba la vía porque si por la noche me pasaba algo...y yo le decía, si durante la noche me pasa algo me vuelves a poner la vía...entonces ella me defendía, yo por un ‘lao’ lo entiendo, ella me defendía que se pierde tiempo, que no sé cuantos, que no se qué...ya... pero es que yo tenía un dolor horroroso en el brazo, sabes...que había que sopesar un poquito...y entonces ahí sí que pensé yo, esta chavala está jugando con su inseguridad...”

La **falta de vocación** fue también una de las características más mencionadas en este apartado. Según ellos, se nota perfectamente quienes son las enfermeras a las que les gusta su trabajo y a las que no.

Entrevistado 15

“Si le gusta el oficio... cualquier enfermera, cualquier enfermero, cualquier médico es bueno, ahora si no le gusta el oficio por mucho que...ninguno querría a mi lao... esto es una profesión y hay quien está por el sueldo y hay que está porque le gusta de verdad...el que venga a sacarse el sueldo y a mirar el reloj...ese...ese no tiene ni pies ni cabeza.”

En el siguiente cuadro se recapitulan todas las características referentes a las habilidades interpersonales que fueron identificadas por los pacientes como importantes.

Ser amable	Ser elegante en la atención
Buen trato hacía el paciente	Que transmita tranquilidad
Demostrar confianza en lo que hacen	Que transmita seguridad
Hablar de forma correcta al paciente, sin despotismo	Ser accesible (que se le pueda llamar cuando se necesite)
Que se note que le gusta su trabajo (vocación)	Alegre
Dulce	Bromista
Trato como a un familiar	Cariñosa
Que se note preocupación por el paciente	Responsable
Educada	Simpática
	Ser humana

4.4.2. Habilidades técnicas.

Las habilidades técnicas de las enfermeras han sido mencionadas por más de la mitad de los pacientes entrevistados como aspectos que tienen en cuenta a la hora de valorar la profesionalidad de la persona que les atiende.

La mayoría de los pacientes describe sus buenas experiencias con la **canalización de vías periféricas, la administración de inyecciones intramusculares, la extracción de muestras de sangre o la realización de curas** de heridas para determinar las habilidades de un enfermero.

Entrevistado 13

“...recuerdo una enfermera que me ha ‘curao’ mejor... me ha visto la herida y... pues esto... te voy a quitar esto porque esto te viene mejor, y esto... y te lo voy a limpiar esta vez así porque es mejor...y me han ‘explicao’ cosas mejor y la he visto yo más ‘capacitá’.”

Por el contrario, hablan de profesionales poco habilidosos tras experiencias negativas como solamente conseguir puncionar una vía tras varios intentos o sentir dolor en procedimientos como retirar una vía periférica.

Otros aspectos mencionados con respecto a las habilidades técnicas fueron la **correcta movilización de los pacientes**, ya sea durante el baño o para cualquier otro procedimiento, el saber **preparar a un paciente de forma correcta para la realización de una prueba** o la correcta toma de constantes vitales como tensión arterial o pulso.

Conviene señalar que la percepción de los pacientes sobre las habilidades enfermeras, a menudo, no dependía tanto del éxito del procedimiento sino de las habilidades interpersonales de la enfermera que realizara esa técnica. En este sentido, los pacientes refirieron como importantes la delicadeza o la seguridad que el profesional demostraba durante el procedimiento.

Entrevistada 5

“...muchas veces es también la delicadeza...el hecho de poner una inyección, por ejemplo, no, depende de quién te la ponga y depende de la delicadeza, hay veces que... depende de una persona o otra se notan mucho las cosas.”

Se recogen en este cuadro las cuestiones referidas a la categoría de habilidades técnicas que fueron identificadas por los pacientes como importantes.

Canalización de vías periféricas
Obtención de muestras de sangre
Toma de constantes vitales
Preparación de pacientes para pruebas
Movilización de pacientes encamados
Realización de curas

4.4.3. Habilidades de pensamiento crítico.

Ocho de los pacientes entrevistados se refirieron a habilidades de pensamiento crítico para valorar la cualificación de un enfermero.

Aspectos de las habilidades de pensamiento crítico importantes para los pacientes que han participado en este estudio incluyeron la **capacidad de decisión**, el **saber solucionar los distintos problemas** que se le planteen al paciente o “que sepa lo que está haciendo”.

Las cuestiones más valoradas fueron el que la enfermera tenga los **conocimientos suficientes** para llevar a cabo su trabajo, y que sepa **atender correctamente y sin vacilar a un enfermo en una situación de urgencia** o cuando el médico no está presente, señaladas cada una por cuatro entrevistados.

Entrevistado 4

“... aquella que sea una buena profesional, que tuviese los conocimientos suficientes para atender...y no dudar en el momento de intervenir y...y esa sería una buena enfermera.”

También ha aparecido durante las entrevistas el hecho de que una buena enfermera es aquella que **proporciona la información necesaria ante procedimientos** o pruebas a las que los pacientes se ven sometidos durante su hospitalización.

Con respecto a los aspectos de este apartado que hacen valorar a un enfermero como mal profesional detectados por los pacientes entrevistados solo han sido señalados por un sujeto los **errores en la medicación** o la **no resolución de los problemas planteados** por el enfermo, como la falta de alguna medicación.

Atributos de habilidades de pensamiento crítico identificados por los entrevistados como importantes están identificados en este cuadro.

Conocer bien el trabajo que se hace
Saber actuar/no dudar ante situaciones de urgencia
Saber actuar cuando el médico no está presente
Conocimientos suficientes para el desarrollo de su trabajo
Proporcionar educación/información sobre procedimientos o medicaciones
Capacidad de decisión
Capacidad para solucionar problemas

4.4.4. Otros comentarios.

Se han recopilado algunos comentarios que no pueden inscribirse dentro de ninguna de las categorías de análisis utilizadas para este estudio.

La más importante de ellas, ya que ha sido señalada por cinco entrevistados, es el hecho de una **atención más o menos rápida**. En este sentido, los pacientes consideran una buena profesional a aquella enfermera que los atiende rápidamente; por el contrario la demora en esa atención, tener que llamar varias veces para conseguir lo que necesitan es un factor que condiciona su percepción de una mala profesional.

Un paciente también indicó que él valoraba la cualificación de una profesional en base a la **experiencia** de esta. Otro comentó que las enfermeras que le daban la impresión de no ser buenas profesionales eran aquellas que **hablaban de asuntos personales** con otras compañeras mientras estaban con los pacientes.

No nos gustaría dejar de señalar que dos pacientes, en ambos casos hombres, de 52 y 31 años, apuntaron a **la juventud y la belleza** de una enfermera como aspectos que ellos valoran, entre otros, en una buena enfermera.

Entrevistado 11

“si tuviese 20 años, ‘mu’ buena y...que quieres que te diga...si tiene 20 años, rubia y que sepa hacer su trabajo, pues ya está...mejor.”

Entrevistado 13

“...hombre pues...*Claudia Schiffer* je, je, je... que sea buena gente, que te trate bien...y si es guapa mejor.”

Por último indicar que ante la pregunta sobre las características de la enfermera ideal, catorce de los quince pacientes señalaron características inscritas en la categoría de habilidades interpersonales. Solo una entrevistada señaló como indispensables en su ideal de enfermera las habilidades técnicas.

5. DISCUSIÓN

Los datos socio-demográficos de la muestra del estudio corresponden en gran medida con los datos de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Virgen Macarena. La única variable en la que se encuentra mayor diferencia es la que corresponde a la edad, por lo que se podría hablar de que la muestra representa al conjunto de individuos que utilizan los servicios sanitarios proporcionados por este hospital.

Podemos hacer varias reflexiones analizando las respuestas que han aportado los pacientes en la pregunta sobre el trabajo de un enfermero.

Como ya se mencionó en el marco teórico, el cuidado es la esencia y el campo central de actuación de la enfermera y, por lo tanto, la base de su trabajo. Sin embargo, ésta parece ser solo la idea que se maneja a nivel teórico y dentro del terreno sanitario en general y enfermero en particular, ya que esta respuesta solo emergió en tres de las entrevistas. De estos tres pacientes es importante reseñar que dos de ellos tienen un familiar que trabaja en el ámbito sanitario, lo cual nos puede sugerir que su respuesta ha estado condicionada por este hecho. Es lógico pensar que alguien que tiene relación con personas que trabajan en una profesión concreta conozca con más detalle el trabajo y las tareas concretas de esa actividad.

Por otro lado, la respuesta mayoritaria fue que el trabajo de un enfermero era atender a los pacientes. Aunque se instó a los entrevistados a que explicasen con más detalle cuál era el significado de ese “atender a un paciente”, ninguno de ellos lo hizo. Una de las definiciones que recoge la R.A.E.⁸ del término atender es: mirar por alguien o algo, o cuidar de él o de ello. Se ha consultado también, por considerarse más oportuno un diccionario de usos⁹ que puede

⁸ Se puede consultar en la página web: www.rae.es/rae.html

⁹ Se ha consultado el diccionario de usos María Moliner. Se puede acceder a través de la página web: www.diclib.com

acercarnos con más fidelidad al término empleado por los entrevistados. En éste, una de las acepciones de atender es: cuidar personas, por ejemplo, enfermos o niños. En cualquier caso, desde nuestro punto de vista entendemos que no se deberían equiparar los términos de cuidar y atender. Mientras cuidar a alguien entendemos engloba en todos los casos atender las necesidades del paciente, atender no tiene porqué implicar cuidar. Aunque aceptamos que en un uso coloquial se entiende que el trabajo de una enfermera es atender a los pacientes, creemos que se debería trabajar más en este sentido, explicando a los usuarios de los servicios sanitarios y la sociedad en general cuál es el objeto concreto del trabajo enfermero y unir irremediabilmente el cuidado y la enfermera no sólo a nivel teórico.

La visión del trabajo de enfermería como dependiente del médico parece aún persistir. La autonomía del trabajo enfermero no parece haber calado completamente en los pacientes. Pensamos que la responsabilidad de transmitir a la sociedad una imagen profesional más acorde con la realidad actual de la enfermería, con sus modelos conceptuales, con su metodología de trabajo, etc., es de los propios profesionales y, por lo tanto, son los enfermeros como colectivo, quienes tienen que cambiarla. Hay que dar a conocer al paciente cuál es el campo de responsabilidad de la enfermería, cuáles son sus funciones, para que la sociedad deposite su confianza en la enfermera, al igual que lo hace desde hace tiempo en el médico.

Y realizamos esta afirmación ya que parece haberse comprobado en las respuestas del apartado sobre las tareas que desempeña cada profesional, que los pacientes distinguen con claridad cuál es la figura del médico y cuáles son sus tareas. Por el contrario, no parecen conocer con tanto detalle las diferencias entre la enfermera y la auxiliar de enfermería y las diferentes actividades que una y otra llevan a cabo diariamente en el hospital. Aunque un porcentaje más alto de pacientes dijo conocer la diferencia de formación y trabajo entre ambas categorías profesionales, menos de la mitad de los entrevistados (46%) asignó correctamente las tareas diarias con el profesional que las lleva a cabo, aún cuando la mayoría de ellos, el 80% ha estado hospitalizado en más de una ocasión y ha tenido la oportunidad de entrar en contacto previamente con la dinámica de las actividades hospitalarias.

La confusión más frecuente que ha sido detectada es la de denominar a otros profesionales sanitarios como enfermeros por lo que parece haber una unificación de distintas categorías profesionales, de forma que una enfermera es una enfermera mientras que una auxiliar de enfermería es también una enfermera. Aquí entramos en el ya casi "viejo debate" sobre el nombre de la profesión ya que, de hecho, aunque durante las entrevistas se utilizó en todo momento la terminología enfermera/o, algunos pacientes utilizaron en todas sus respuestas el término ATS. Que los propios profesionales no se identifiquen con el nombre de su profesión tiene consecuencias de este tipo, en las que la sociedad identifica claramente la profesión de enfermería pero tiene una imagen difusa y distorsionada de los profesionales y el trabajo que llevan a cabo. A esto hay que unir el hecho de que tanto los enfermeros como los auxiliares de enfermería visten con el mismo uniforme de trabajo, lo que también confunde en gran medida a los usuarios. De forma habitual, excepto cuando permanecen de guardia en el hospital todo el día, los médicos visten con batas, lo que les da cierta diferenciación. Por el contrario, enfermeras y auxiliares de enfermería visten uniformes con la misma forma y color y aunque desde hace unos meses se implantaron en el Hospital Universitario Virgen Macarena unos uniformes en los que figura la categoría profesional de los profesionales, los pacientes reconocen no leer en muchas ocasiones esa identificación.

A la luz de los resultados de este estudio creemos que no está claro el significado real de la práctica de cuidados como objeto del trabajo de las enfermeras y también que existe confusión ante la propia figura de la enfermera. Estamos de acuerdo con las tesis defendidas en el trabajo

de Machado (1997) que afirman que las enfermeras necesitan, además de desarrollar competencias técnicas, cognitivas, éticas o actitudinales, desarrollar también competencias políticas y de poder para subvertir las concepciones que existen de la enfermería y buscar su valorización por parte del resto de actores sociales. Las respuestas de este estudio pueden aportar importantes contribuciones para repensar la realidad en la que se desarrolla la práctica de enfermería, posibilitando el desarrollo de estrategias para transformar su saber-hacer. Si la enfermería ha sido considerada como una profesión desigual en valor comparada con otras profesiones del campo de la salud, es preciso trabajar para revertir esta situación. También coincidimos con Da Silva Borges (2003) quien defiende en su estudio que las enfermeras no tienen claro su trabajo como una práctica social, por tanto, sería sorprendente que la sociedad supiese cuál es el trabajo real de la enfermería. La ausencia de nitidez sobre la práctica profesional parece aún amplia. Solamente a través de un proceso de reflexión, primero personal y luego colectiva, los enfermeros podrán cambiar la situación vigente y construir una identidad sólida y revestida de un nuevo significado.

Podría fácilmente pensarse que, junto con las ideas previas que los pacientes de la muestra tenían, las presentes experiencias hospitalarias con las enfermeras son primordiales en la reconstrucción mental de la realidad que han vivido y, por lo tanto, van a conformar la representación social de la profesión, que posteriormente transmitirán a otros. De ahí que los modelos transmitidos por las enfermeras durante estos procesos sean claves en la consolidación de esa imagen o representación social, por lo que habría que evitar la propagación de modelos que se quieren modificar. Desde nuestra perspectiva es importante seguir cultivando las habilidades interpersonales pero se debe también mostrar y demostrar al paciente toda la capacidad potencial de la profesión, exponiendo el abanico de habilidades de las que disponen las enfermeras y que posiblemente ellos no valoren porque no conocen.

Con respecto a los datos sobre las características que los pacientes utilizan para valorar a un enfermero se pueden extraer asimismo una serie de ideas. Los resultados del presente estudio sugieren que las percepciones de los pacientes con respecto a las habilidades de los enfermeros se centran principalmente en sus habilidades interpersonales, más que en las técnicas o las de pensamiento crítico. Estos resultados concuerdan con los hallados en estudios previos (Johansson, 2002; Rupp, 2009; Davis, 2005).

Las habilidades técnicas y las de pensamiento crítico, aunque fueron mencionadas como importantes por más de la mitad de los entrevistados, se encuentran a gran distancia de las interpersonales, las cuales fueron señaladas por todos los sujetos de la muestra. Los datos señalan que una enfermera que es percibida como amable, empática y cercana, puede ser poco habilidosa en el desarrollo de las técnicas o poseer escasos conocimientos, pero será considerada como una buena enfermera. De hecho, todos los entrevistados excepto uno, indicaron que las habilidades interpersonales son esenciales en la imagen que ellos crean de una enfermera ideal, esto es, las habilidades interpersonales no son sólo las más mencionadas por los pacientes sino las más importantes para ellos. En cuanto a las habilidades de pensamiento crítico no fueron identificadas por ningún paciente como las más importantes para valorar a un enfermero como un buen profesional. Nos parece que este hecho responde a la imagen de la enfermera ideal que ha sido socialmente proyectada durante décadas.

En algunos puntos se pueden encontrar semejanzas entre las características descritas por los pacientes durante las entrevistas y las que aparecen reflejadas en los manuales de enfermería que analiza en su trabajo Domínguez-Alcón u otros trabajos posteriores (Miró-Bonet, 2008). Ideas como la creencia de que el profesional de enfermería no tiene porqué tener muchos conocimientos sobre medicina; la subordinación al médico o las referencias a la vocación como

paso casi necesario para el ejercicio de la profesión, parecen haberse mantenido a lo largo del tiempo.

El componente femenino y la sexualización de la enfermera, contemplada como un icono femenino y no como una profesional sanitaria son otro punto a destacar. Se ha podido comprobar que dos de los pacientes entrevistados, aún entre risas, han recurrido a la imagen de “enfermera maciza” para describir su imagen ideal de la enfermera, que no del enfermero. Parece indicar esto que todavía debemos luchar contra muchos estereotipos que perviven en la imagen social de los profesionales de enfermería.

6. CONCLUSIONES

- Existe en la sociedad una visión borrosa sobre la figura de la enfermera, confundida en ocasiones con otros profesionales sanitarios, y el trabajo que desempeña. La responsabilidad de transmitir a la sociedad una imagen profesional más acorde con la realidad actual de la enfermería es del propio colectivo y, trabajar para lograr una adecuada identificación social, tanto de la figura de la enfermera como de su trabajo, debe ser uno de sus objetivos primordiales.
- Perviven en la sociedad actual ciertos estereotipos sobre la figura de la enfermera, especialmente relacionados con cuestiones de género, que habría que subvertir con el objetivo de buscar la valorización de los profesionales por parte de los distintos actores sociales.
- La percepción de los pacientes sobre la cualificación de un enfermero tiene que ver principalmente con sus habilidades interpersonales más que con las habilidades técnicas o de pensamiento crítico. Es necesario insistir en la importancia de adquirir fuertes habilidades interpersonales por un lado y, por otro, aumentar los esfuerzos en demostrar a los pacientes el valor de las habilidades técnicas y de pensamiento crítico.

7. BIBLIOGRAFÍA

Alonso, L. E. (1998): *La mirada cualitativa en sociología*, Ed. Fundamentos, Madrid.

Banchs, M. A. (1990): “Las representaciones sociales: Sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica”, en B. Jiménez editores: *Aportes críticos a la psicología social en Latinoamérica*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara (México), (pp. 183-217).

Cañadell, J. M. (1975): Idoneidad, conocimientos y destrezas, en: *Formación de la enfermera*, Eunsa, Pamplona.

Conde, F. (2002): “Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina”, *Revista Española De Salud Pública*, Vol. 76, Nº5, 113-126

- Da Silva Borges, M., Guilhem, D., De Araujo Duarte, R., & Monteiro, A. S. (2003): "Representações sociais do trabalho da enfermagem: As ancoragens estruturais na visao da sociedade brasileira", *Ciencia, Cuidado e Saude*, Vol. 2, Nº2, 113-122.
- Davis, L. A. (2005): "A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care", *Holistic Nurse Practise*, Vol.19, 126-133.
- De Oliveira, D. C., de Sa, C. P. (2001): "Representacoes sociais da saude e doenca e implicacoes para o cuidar em enfermagem: uma analise estrutural", *Revista Brasileira De Enfermagem*, Vol. 54, Nº4, 608-622.
- Del Rincón Igea, D., Arnal, J., Latorre, A., Sans Martín, A. (1995): *Técnicas de investigación en ciencias sociales*, Ed. Dykinson, Madrid.
- Dominguez-Alcón, C. (1975): "Para una sociología de la profesión de enfermería en España", *Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, Vol. 8, 103-132.
- Domínguez-Alcón, C., Rodríguez, J. A., & De Miguel, J. M. (1983): *Sociología y enfermería*, Pirámide S.A., Madrid.
- Escós, J. (1975): "Formación integral", en: *Formación en enfermería*, Eunsa, Pamplona, p 61.
- García Morales, I., Buendía Muñoz, A. (2001): "Identidad e identificación de la enfermería", *Revista Rol De Enfermería*, Vol. 24, Nº7-8, 539-545.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista, P. (2006): *Metodología de la investigación 4ª edición*, McGraw-Hill Interamericana, México D.F.
- Idwal, E., Rooke, L., Hamrin, E. (1997): "Quality indicators in clinical nursing, A review of literature", *Journal of Advance Nursing*, Vol. 25, 6-17.
- Johansson, P., Oléni, M., Fridlund, B. (2002): "Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study", *Scand Journal of Caring Science*, Vol.16, 337-344.
- López Aranguren, E. (1986): "El análisis de contenido", en M. García, J. Ibañez y F. Alvira editores: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social*, Alianza Editorial, Madrid.
- Lynn, M. R., McMillen, B. J. (1999): "Do nurses know what patients think is important in nursing care?", *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 13, Nº5, 65-74.
- Machado, A. L., Bezerra de Oliveira, F., Viana da Silva, W., Nunes Hupsel, Z. (1997): "Representações sociais en enfermagem: Comentarios sobre teses e dissertações", *Revista Escola Enfermagem USP*, Vol. 31, Nº5, 486-497.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994): *Qualitative data analysis*, Thousand Oaks, New York.

Miro-Bonet, M., Gastaldo, D., Gallego-Caminero, G. (2008): "¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)", *Enfermería Clínica*, Vol. 18, Nº1, 26-34.

Moreno, I. (2003): *Globalización, ideologías de trabajo y culturas de trabajo*, Editora regional de Murcia, Murcia.

Moscovici, S. (1979): *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Huemul, Buenos Aires.

Muchielli, A. (2001): *Diccionario de métodos cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales*, Editorial Síntesis, Madrid.

Palenzuela, P. (1995): "Las culturas de trabajo. una aproximación antropológica", *Sociología Del Trabajo*, Nº 24, 3-28.

Pérez Canosa, C. (2000): "Evolución de la enfermería en la atención especializada" en *Debate sobre enfermería*, Asociación para la defensa de la sanidad pública, Madrid (pp-23-26).

Pla Consuegra, M. (1999): "El rigor en la investigación cualitativa", *Atención Primaria*, Nº 24, 295-300.

Rocher, G. (1977): *Introducción a la sociología general*, Herder Barcelona.

Ruiz Moreno, J. (1999): "Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería (I)", *Revista Rol De Enfermería*, Vol. 22 Nº1, 5-11.

Rupp Wysong, P., & Driver, E. (2009): "Patients' perceptions of nurses' skill", *Critical Care Nurse*, Vol. 29 Nº4, 24-37.

Sellán Soto, M. C. (2010): *La profesión va por dentro. Elementos para una Historia de la Enfermería Española Contemporánea*, Editorial FUDEN, Madrid.

Vals Marín, C. (1940): *Manual de enfermería*, Librería General, Zaragoza.

Wichowski, H. C., Kubsch, S. M., Ladwig, J., Torres, C. (2003): "Patients' and nurses' perceptions of quality nursing activities", *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), Vol. 2 Nº19, 1122-1129.

Williams, S. A. (1997): "The relationship of patients' perception of holistic nurse caring to satisfactions with nurse care", *Journal of Nursing Care Quality*, Vol.11, 15-29.

8. ANEXO

GUIÓN PARA LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. ¿Cuál cree usted que es el trabajo de una enfermera/o?
2. A continuación le voy a nombrar una serie de actividades que se realizan diariamente en el hospital. Me gustaría que me dijese qué profesional es el encargado de llevarlas a cabo: médicos, enfermeros o auxiliares de enfermería.
 - a. Conoce o no la diferencia entre profesionales: médico- enfermero- auxiliar de enfermería.
 - Que persona es la encargada de decidir qué medicación debe tomar.
 - Que persona es la encargada de darle/ponerle la medicación.
 - Que persona es la encargada de ponerle el termómetro para ver la temperatura.
 - Que persona es la encargada de hacerle la cura de heridas.
 - Que persona es la encargada de ayudar a bañarse/asearse a pacientes que no pueden hacerlo solos.
 - Que persona es la encargada de pedir/solicitar pruebas que se hace durante su ingreso como radiografías, ecografías, etc.
3. ¿Podría darme algún ejemplo de cosas que puede hacer una enfermera para que usted confíe en ella, en su cualificación, en sus habilidades, en que hace bien su trabajo?
4. ¿Podría darme algún ejemplo de cosas que puede hacer una enfermera para que usted cuestione o desconfíe de su trabajo, de su cualificación, de sus habilidades?
5. Piense en las enfermeras que mejor le han cuidado. ¿Qué cuidados le ofrecieron que le dieron la impresión de que ellas estaban bien cualificadas?
6. Ahora piense en enfermeras que haya visto cuyos cuidados no eran buenos. ¿Qué fue lo que le dio la impresión de que ellas no estaban cualificadas?
7. Describa la enfermera ideal que usted quisiera que le cuidase. ¿Qué habilidades y cualidades tendría esa enfermera ideal?

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Nivel De Estudios
- Lugar De Residencia
- Días De Hospitalización
- Motivo De Ingreso
- Diagnóstico Médico
- Ingresos Previos
- Familiar Sanitario
- Cuidador Principal. Presente o no en la entrevista