

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“San Vicente Mártir”

**Práctica clínica y aprendizaje de la autonomía. Un estudio
aplicado a los estudiantes de la Escuela de Enfermería La Fe.**

TESIS DOCTORAL:

Presentada por:

Dña Josefa Palop Muñoz

Directores:

Dr. D. Thomas Baumert

Dr. D. Javier Cortes de las Heras

Valencia, a 18 de febrero de 2011

A mis padres Matías y Pepita, con su ejemplo me enseñaron el camino de la perseverancia y el esfuerzo continuo.

A mi hermano Juan Matías, su admiración fue siempre un estímulo para mí.

A mis hijas Neus y Laia, su apoyo incondicional creó la fuerza para conseguirlo

ÍNDICE GENERAL

Posicionamiento de la investigadora	13
I. INTRODUCCIÓN	14
II. MARCO TEÓRICO	25
1. EL DESAFÍO DE LA AUTONOMÍA: UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINAR	26
1.1. Enfoque Filosófico	27
1.2. Enfoque Psicológico	30
1.3. Enfoque Ético-Moral	37
1.3.1. La autonomía en el Principialismo: Informe Belmont	37
1.3.2. La Autonomía a la luz de los principios de la bioética	38
1.4. Enfoque Jurídico	42
1.5. Enfoque Organizativo	43
SÍNTESIS: Definición de autonomía	49
2. LA AUTONOMÍA COMO VALOR PROFESIONAL	50
2.1. Enfoque Filosófico	50
2.1.1. Fundamento humanista y enfoque holístico	50
2.1.2. La autonomía a través de los modelos y teorías en enfermería	52
2.2. Enfoque Psicológico	56
2.2.1. La autonomía, ingrediente psicológico de la profesión de enfermería	56
2.2.2. Autonomía, dimensión relacional y emocional	57
2.2.3. Autonomía en los cuidados enfermeros y la comunicación terapéutica	63

2.3. Enfoque Ético	66
2.3.1. Elementos éticos en los cuidados enfermeros	66
2.3.2. Ética del cuidado – Ética de la responsabilidad	67
2.3.3. Valores y actitudes de la profesión enfermera.....	71
2.4. Enfoque Jurídico.....	74
2.4.1. Legislación académica.....	74
2.4.2. Legislación vigente sobre el ejercicio profesional de la enfermería	78
2.5. Enfoque Organizativo.....	80
2.5.1. Cambios en los patrones epidemiológicos	80
2.5.2. Demandas de la población hacia el sector sanitario	81
2.5.3. Características del sistema sanitario	83
2.5.4. Elementos organizativos de las instituciones sanitarias.....	83
SÍNTESIS: Definición de autonomía profesional y/o clínica	86
3. APRENDIZAJE DE LA AUTONOMÍA EN LA PRÁCTICA ENFERMERA	87
3.1. Espacio Europeo de Educación Superior.....	87
3.1.1. Proyecto Tuning	88
3.2. Aproximación al modelo de Competencia.....	90
3.2.1. Origen de las competencias	90
3.2.2. Definición y tipo de competencias:	92
3.2.3. Competencias de las enfermeras. Retrospectiva	96
3.2.4. Competencias Proyecto Tuning	98

3.3. Titulación enfermera en el EEES. Título de grado.....	100
3.3.1. Objetivos/directrices ministeriales	100
3.3.2. Perfil profesional de la enfermera	102
3.3.3. Competencias en las prácticas tuteladas.....	106
3.4. Nuevo paradigma educativo basado en el aprendizaje y en las competencias	111
3.4.1. Practicum reflexivo en Enfermería.	113
3.4.2. Estilos de aprendizaje y criterios de resultado en el desarrollo de la autonomía.....	117
3.5. La Escuela de Enfermería La Fe en el EEES	122
3.5.1. Guía docente módulo de prácticas clínicas Enfermería Médico- Quirúrgica.....	124
SÍNTESIS: Criterios para el aprendizaje de la autonomía	127
4. INNOVACIÓN PEDAGOGICA PARA EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA EN LA PRÁCTICA ENFERMERA.....	129
4.1. Cartografía del Concepto de la Autonomía de los profesionales de enfermería	129
4.1.1. Generación de los conceptos relacionados con el concepto marco de autonomía enfermera.....	130
4.2. Estructuración y valoración de la relevancia de los conceptos	133
4.3. Análisis y representación gráfica de los conceptos	134
4.3.1. Relevancia de los grupos o clusters	140
4.4. Interpretación de los resultados	141
4.5. Análisis y validez del instrumento.....	143

4.6. Intervención didáctica.....	148
4.6.1.La metodología reflexiva y la autoevaluación en el incremento de la autonomía.....	149
4.6.2.Desarrollo de la intervención didáctica:	155
III. MARCO EMPÍRICO	160
5. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	161
5.1. Consideraciones iniciales	161
5.2. Formulación de las preguntas.....	164
6. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	165
6.1. Objetivos Estratégicos.....	165
6.2. Objetivos Operativos:.....	165
7. HIPÓTESIS	166
8. ASPECTOS METODOLÓGICOS	167
8.1. Estudio Longitudinal.....	168
8.1.1.Población- muestra	168
8.1.2.Diseño, variables implicadas en el estudio.	172
8.1.3.Materiales e instrumentos de medida.....	175
8.1.4.Procedimiento/ Recogida de datos. Consideraciones éticas.....	176
8.1.5.Intervención didáctica y materiales utilizados	176
8.2. Estudio Transversal	177
8.2.1.Población y Muestra	177

8.2.2. Diseño, variables implicadas en el estudio	185
8.2.3. Materiales e instrumentos de medida.....	186
8.2.4. Procedimiento/ Recogida de datos. Consideraciones éticas.....	186
9. ANÁLISIS Y RESULTADOS	188
9.1. Estudio Longitudinal:.....	188
9.1.1. Efecto en las once dimensiones de la autonomía	189
9.1.2. Efecto en la autonomía como concepto global	192
9.1.3. Efecto en Características Personales y Autonomía Global y otras variables	193
9.2. Estudio Transversal	195
9.2.1. Efecto en las once dimensiones de la autonomía	196
9.2.2. Efecto en la autonomía como concepto global	201
9.2.3. Influencia de otros factores en la percepción de la autonomía global	203
IV. DISCUSIÓN	217
V. CONCLUSIONES.....	228
V. I. Conclusiones	229
V. II. Futuras líneas de investigación	230
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	233
VII. AGRADECIMIENTOS.....	247
VIII. ANEXOS.....	251

ÍNDICE RECUADROS

Recuadro 1: Aproximaciones al concepto de autonomía.....	27
Recuadro 2: Los tres niveles de autonomía según Kohlberg.....	32
Recuadro 3: Estereotipos de las funciones sexuales.	34
Recuadro 4: Lógica de la justicia y lógica del cuidado.	35
Recuadro 5: Informe Belmont.	38
Recuadro 6: Relación entre nivel ético, principios éticos y responsabilidad.	40
Recuadro 7: Valores del Sistema Sanitario de la Unión Europea.	44
Recuadro 8: Valores del Sistema Sanitario Español.	46
Recuadro 9: Cambios en las profesiones sanitarias.	48
Recuadro 10: Síntesis de las aportaciones de los distintos modelos enfermeros.	55
Recuadro 11: Valores profesionales.	71
Recuadro 12: Valores y actitudes de la profesión enfermera.	72
Recuadro 13: Consideraciones respecto a los valores.	73
Recuadro 14: Legislación académica sobre la formación general en enfermería.....	75
Recuadro 15: Valores que demanda la sociedad.....	82
Recuadro 16: Tipos de competencias.....	94
Recuadro 17: Ser profesional supone.....	103
Recuadro 18: Perfil profesional.	106
Recuadro 19: Competencias genéricas y específicas.....	110
Recuadro 20: Descriptores de los niveles 5 y 6 del MEC.	122
Recuadro 21: Diario Reflexivo.....	126
Recuadro 22: Enumeración de los clusters relacionados con <i>autonomía</i> sobre las diez dimensiones.....	139
Recuadro 23: Resultado Matriz profesionales.....	142

Recuadro 24: Clusters y enunciados correspondientes.....	143
Recuadro 25: Variables en el estudio longitudinal.	174
Recuadro 26: Variables en el estudio transversal.	186

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Puntuación media de la relevancia de cada cluster ordenada de mayor a menor	140
Tabla 2: Índices de fiabilidad para la escala global y sub-escalas.....	145
Tabla 3: Saturaciones de los ítems en el Factor I.....	147
Tabla 4: Muestra del estudio longitudinal	168
Tabla 5: Media y desviación típica de la <i>edad</i> en grupo control y experimental	170
Tabla 6: Frecuencia y porcentaje respecto a experiencia profesional, trabajo actual y participación en programa ERASMUS	172
Tabla 7: Diseño de la investigación longitudinal.....	174
Tabla 8: Muestra por la variable <i>sexo</i> en los grupos analizados	179
Tabla 9: Muestra por la variable <i>acceso a la Universidad</i> en los grupos analizados.....	180
Tabla 10: Muestra por la variable <i>prioridad en la elección</i> en los grupos analizados, exceptuando profesionales	181
Tabla 11: Muestra por la variable <i>experiencia profesional</i> en los grupos analizados, exceptuando profesionales	182
Tabla 12: Muestra por la variable <i>trabajo actual</i> en los grupos analizados, exceptuando profesionales	183
Tabla 13: Frecuencia y porcentaje de <i>años en el servicio</i> de profesionales.....	184
Tabla 14: Frecuencia y porcentaje de <i>estudios</i> de profesionales.....	184
Tabla 15: Frecuencia y porcentaje de <i>años en el hospital</i> de profesionales	185
Tabla 16: Frecuencia y porcentaje de <i>años en ejercicio</i> de profesionales	185
Tabla 17: Media y desviación típica de las once dimensiones de la autonomía en cada grupo de estudio en los diferentes momentos de la medición	190
Tabla 18: Prueba F para el contraste del efecto de la <i>intervención</i> por <i>grupo</i> de estudio en cada sub-escala.....	191

Tabla 19: Medias y desviaciones típicas de los diferentes grupos en la <i>autonomía global</i> en los cuatro momentos de medición.....	192
Tabla 20: Prueba F para el contraste del efecto de la <i>intervención</i> por <i>grupo</i> de estudio en autonomía global.....	193
Tabla 21: Prueba F para el contraste del efecto de la <i>intervención</i> por <i>grupo</i> de estudio y otras variables en autonomía global	194
Tabla 22: Prueba F para el contraste del efecto de la <i>intervención</i> por <i>grupo</i> estudio y otras variables en características personales.....	194
Tabla 23: Media y desviación típica por <i>grupo</i> en las once dimensiones de la autonomía	198
Tabla 24: Prueba F para el contraste del efecto <i>grupo</i> en las sub-escalas de autonomía	199
Tabla 25: Estadísticos de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar el efecto del grupo en autonomía global	201
Tabla 26: Media y desviación típica por grupo en autonomía global.....	202
Tabla 27: Prueba F para el contraste del efecto de grupo en <i>autonomía global</i>	202
Tabla 28: Media y desviación típica por <i>sexo</i> en las sub-escalas y autonomía global.....	204
Tabla 29: Prueba t de Student para el contraste del efecto del <i>sexo</i> en las sub-escalas y autonomía global (grupo de estudiantes).....	205
Tabla 30: Media y desviación típica por <i>experiencia profesional</i> en las sub-escalas y autonomía global.....	207
Tabla 31: Prueba de t de Student para el contraste del efecto de la <i>experiencia profesional</i> en las sub-escalas y autonomía global (grupo de estudiante)	208
Tabla 32: Media y desviación típica por <i>sexo</i> en sub-escalas y autonomía global (grupo de profesionales)	209
Tabla 33: Prueba t de Student para el contraste del efecto del <i>sexo</i> en sub-escalas y autonomía global (grupo de profesionales)	210
Tabla 34: Estadístico de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para el efecto de <i>años en el servicio</i> en sub-escalas y autonomía global	211

Tabla 35: Estadístico de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para el efecto de <i>años en el hospital</i> en sub-escalas y autonomía global	212
Tabla 36: Estadístico de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para el efecto de <i>años de ejercicio profesional</i> en sub-escalas y autonomía global	212
Tabla 37: Media y desviación típica por la variable <i>experiencia profesional</i> en las diferentes sub-escalas y en autonomía global	215

ÍNDICE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Secuencia de la transformación de datos en conductas..... 156

Diagrama 2: Desarrollo de la intervención didáctica..... 159

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ciclo de aprendizaje de Kolb. Fuente: (Alonso, et al., 2002)	118
Gráfico 2: Etapas en la autonomía del aprendizaje. Fuente (Galván, 2006)	119
Gráfico 3: Proceso de autocontrol del aprendizaje. Fuente: (Mateos, 2001)	119
Gráfico 4: Representación dimensional de las distancias de los conceptos de autonomía calculadas mediante el análisis de escalamiento multidimensional.	135
Gráfico 5: Dendograma extraído por análisis de cluster jerárquico de conceptos relacionados con autonomía	137
Gráfico 6: Representación de los clusters relacionados con <i>autonomía</i> sobre las dos dimensiones	138
Gráfico 7: Representación resumen de clusters relacionados con autonomía sobre las dos dimensiones	139
Gráfico 8: Porcentaje de la muestra por <i>sexo</i>	170
Gráfico 9: Porcentaje de la muestra según su <i>acceso a la Universidad</i>	171
Gráfico 10: Porcentaje de la muestra según la <i>prioridad en la elección</i> de los estudiantes del estudio longitudinal.....	171
Gráfico 11: Medias en <i>características personales</i> por grupo y momento de la medición.....	191
Gráfico 12: Medias en autonomía global por <i>grupo</i> y momento de la medición	193
Gráfico 13: Medias marginales estimadas de las diferentes dimensiones de la autonomía por grupo.....	200
Gráfico 14: Media por grupo en <i>autonomía global</i>	203
Gráfico 15: Medias por la variable <i>experiencia profesional</i> en las diferentes sub-escalas y autonomía global	207
Gráfico 16: Media en la sub-escala características personales según la <i>experiencia profesional</i>	208
Gráfico 17: Media de las diferentes sub-escalas por la variable <i>experiencia profesional</i>	216
Gráfico 18: Media de autonomía global por la variable <i>experiencia profesional</i>	216

Posicionamiento de la investigadora

Profesora de Enfermería Médico Quirúrgica en la Escuela de Enfermería de la Fe desde 1997 hasta hoy. Además, cuenta con veintitrés años de experiencia en el ámbito asistencial en el Hospital Universitario del mismo nombre.

A la autora le ha movido para hacer esta investigación los siguientes factores:

- La percepción –inicialmente intuitiva– de que puede haber un *gap* entre los fundamentos teóricos con los que se forma a los estudiantes de enfermería y la realidad existente en el medio laboral con respecto al grado de autonomía que nos permitimos –y se nos permite– a las enfermeras en los diferentes ámbitos de actuación.
- La experiencia en la práctica enfermera y con los propios alumnos donde constataba la disfunción sobre la autonomía.
- La convicción de que la autonomía es un elemento fundamental y por tanto indispensable para el avance de la propia profesión enfermera.
- El propósito de alcanzar mayores cotas de autonomía para mejorar y aumentar el despliegue de las intervenciones propias de los cuidados de enfermería.
- La colaboración en un trabajo empírico, que midió el nivel de participación decisional declarado por las enfermeras asistenciales que trabajaban en el sector público de la Comunidad Valenciana, tanto el real como el hipotéticamente deseable. En las conclusiones de este trabajo se afirma que “el grado de participación de las enfermeras de la Comunidad Valenciana en las decisiones relativas a los cuidados y su organización, es muy bajo”. (Montón, et.al., 2008)

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La motivación inicial de esta investigación por parte de la doctoranda, ha sido reconocer y advertir acerca de la inadecuación, —o, al menos, cierta disfunción— entre la teoría y la práctica clínica en la profesión enfermera.⁽¹⁾ Contradicción que subyace entre los valores que se transmiten en las Escuelas de Enfermería y la resistencia por parte de las instituciones sanitarias, los gestores y los propios profesionales de enfermería a concretarlos suficientemente en los diferentes escenarios clínicos (Karagozüglö, 2008: 177; Mailloux; 2006: 579).

Entre las posibles causas y soluciones al problema, indagamos en grandes temas como la comunicación terapéutica, el *empowerment* (empoderamiento/ capacidad de gestión compartida) y la gestión del conocimiento, con la confianza de encontrar respuestas a los interrogantes, no hallando ninguna clave que nos ayudara a esclarecer el problema. Todo ello nos llevó a intuir que dicho vacío entre los fundamentos teóricos con los que se forma a los profesionales enfermeros y la realidad existente en el medio laboral, podría estar relacionada con la percepción que las enfermeras tienen sobre el grado de autonomía en su ejercicio profesional. Es decir, la autonomía qué ejercen en los diferentes ámbitos de actuación.

A principios del siglo XXI, la humanidad se enfrenta a un mundo bajo el signo del cambio, la complejidad y la interdependencia: se impone la visión sistémica sobre la visión de relación causa-efecto. Se considera que para afrontar estos retos son necesarias organizaciones con nuevos modelos de gestión, y profesionales dotados de unas competencias claves o transversales, entre las que se encuentra la capacidad de actuar autónomamente en un mundo cada vez más amplio (OCDE, 2000: 13).

También es sabido, que el deseo de actuar con autonomía posee una gran relevancia y trascendencia en todas las vertientes de nuestra sociedad: la política, la

¹ En este trabajo se utilizarán indistintamente para designar a los profesionales de enfermería, los términos *enfermero*, *enfermera*, *enfermero responsable de cuidados generales* y *enfermera generalista*, por ser los términos utilizados en el libro blanco de la titulación de enfermería.

economía, la cultura, la educación y la gestión del conocimiento, singularmente, en el campo de la salud.

Por otra parte, los sistemas de salud en esta centuria, están aumentando en complejidad y sofisticación (Mailloux, 2006: 579) tanto en la variable tecnológica como en la diversidad cultural. Análogamente, las responsabilidades del profesional de enfermería se han ampliado y requieren el ejercicio de la autonomía en la práctica (Kimball y O'Neill, 2002: 10). Además de ser un elemento esencial para el papel de la enfermera en el siglo XXI, la autonomía es indispensable para el avance de la propia profesión, siendo considerada como uno de los componentes esenciales de la mejora continua en la práctica profesional (Kramer y Schmalenberg, 2008: 58). Se considera que es un atributo fundamental de las enfermeras en los "hospitales magnéticos", ⁽²⁾ donde ha sido demostrada la relación entre autonomía, satisfacción profesional, seguridad y calidad de los cuidados prestados, y permanencia de las enfermeras en sus puestos de trabajo (Kramer y Schmalenberg, 2003b: 18). Autores como, (Bjørk, et al., 2007: 748; Finn, 2001: 356) en sus respectivos estudios, destacan la autonomía y participación decisoria de las enfermeras como un factor de alto impacto sobre el grado de satisfacción profesional. Así mismo, en un estudio realizado en Nueva Zelanda donde se relaciona la salud con la autonomía, el control y las relaciones profesionales en el ambiente de trabajo de las enfermeras; se afirma que, las enfermeras que tienen mejores niveles de autonomía y control en su trabajo, también tienen más probabilidades de experimentar relaciones de colaboración con médicos y

² A partir de la década de los 70, EEUU sufrió escasez de enfermeras, llegando hasta un 14% de oferta desatendida en algunos de sus estados. Así lo confirmaba un informe elaborado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en 1981. En 1983, la Academia Americana de Enfermería (American Academy of Nursing -AAN) realizó un trabajo que estudiaba los factores que hacían más satisfactorio el trabajo enfermero en diversos hospitales. El estudio identificó 41 hospitales con alta satisfacción enfermera, bajo índice de rotación hacia otros centros y de recambio laboral, y baja tasa de vacantes sin cubrir. Estos hospitales fueron calificados como "Magnetic Hospital". Este trabajo dio pie a un programa de acreditación que perseguía obtener altos niveles de excelencia en los cuidados, elaborado por el American Nurses Credentialing Center. (Havens y Aiken, 1999: 16) mostraron resultados de como los "Magnetic Hospital", producían una mayor satisfacción laboral entre el personal de enfermería, mayor satisfacción en los pacientes atendidos y más alta consecución de objetivos, frente a los "non Magnetics".

Por su parte, (Havens, et al., 2002: 18) en su estudio en un hospital de Barcelona sobre una pequeña muestra de enfermeras, reseñó que también los hospitales españoles estaban propiciando cambios en la organización del trabajo enfermero y recomendaban la aplicación del modelo de Magnetic Hospital para aumentar la calidad en el cuidado del paciente. Por otro lado, indicaban en su estudio la necesidad de estudios más amplios que permitieran conocer con mayor profundidad el grado de la autonomía enfermera en nuestro entorno.

otros departamentos, y a su vez se asocia con una mejor salud (Budge, et al., 2003: 267).

Los profesionales de la salud son testigos de una llamada clara por parte de los políticos, los analistas de sistemas de salud y académicos, en orden a mejorar la eficacia y eficiencia a través de la potenciación de la colaboración interprofesional (Salhani y Coulter, 2009: 1221). Las enfermeras tienen que adaptarse a esta transformación que se está produciendo y entender cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad, formándose de modo que puedan proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad e incorporar criterios de mejora continua (ANECA, 2004: 15).

Al mismo tiempo, los profesionales de la salud buscan afanosamente la forma de consolidar y expandir sus límites profesionales, en referencia al derecho y la defensa de su auto-gobierno, de forma particular en lo referente a su autonomía profesional, condición *sine qua non* de la ideología y la práctica de la profesionalidad (Abbott, 1988). Es por tanto necesario, que los futuros profesionales sean capaces de actuar con inteligencia en un mundo más exigente y que tengan una idea o comprensión correcta de la propia identidad. Que sepan y sean capaces de traducir sus necesidades y compromisos con la gestión de la salud en actos de voluntad: decisión, elección y acción (OCDE, 2000: 14). Autoras como (Collière, 1993; Orlando, 1972) inciden en las diferencias propias de enfermería respecto a otras profesiones sanitarias.

Se entiende que el mantenimiento de la salud, la prevención y el cuidado predominan en la esfera propia de enfermería, y la curación, el diagnóstico y las funciones prescriptivas son las dominantes en la esfera de la práctica médica (Kramer y Schmalenberg, 2008: 71). Además, en el cuidado enfermero confluyen de modo singular dos movimientos por la autonomía, el de la enfermera y el del enfermo,^{(3), (4)}

³ Aunque compartimos la definición que hace Erikson sobre los términos: paciente y cliente. En este trabajo, utilizaremos el término usuario, paciente y en otras ocasiones: enfermo o receptor de cuidados, para referirnos al cliente, por ser términos más aceptados en nuestra cultura. Aunque parece oportuno reflejar dichas definiciones porque nos ayudan a clarificar el rol de la enfermera en la aplicación de cuidados enfermeros.

que tienen que convivir en consenso sin detrimento mutuo (Gilligan, 1985: 110). En suma, en el escenario del cuidado enfermero confluyen dos actores las enfermeras y los enfermos, con un guión o propósito común: ganar espacio para un comportamiento autónomo y responsable.

En este escenario, la multidisciplinariedad es exigible de modo creciente en los puestos de trabajo. Esto implica que los profesionales de la salud, de modo específico las personas que ejercen la labor de enfermería, trabajen en estrecha colaboración. Para favorecer este modelo serán necesarias la formación y consolidación de equipos interdisciplinarios simétricos, en los que las enfermeras trabajen, participen y tomen decisiones conjuntamente con los médicos y otros profesionales sanitarios, cada uno desde su ámbito competencial. En este sentido apunta un estudio realizado en el ámbito de salud mental (Salhani y Coulter, 2009: 1222).

Desde los años 80 la formación enfermera internacional ha estado fuertemente influenciada por teorías educacionales que promueven la autonomía del estudiante, alentando la toma de decisiones propia y el pensamiento crítico. Los nuevos modelos curriculares defienden “enfoques transformadores guiados hacia una mayor emancipación, equidad social e inclusión” (Darbyshire y Fleming, 2008: 173). Se encuentran ejemplos del impacto de estas teorías en los curricula de diversos países como Portugal, Noruega y Suecia entre otros (Fernandes y De Freitas, 2007; Kyrkjebo, et al., 2002: 300; Kapborg, 1998: 372). Enlazando con la creciente complejidad que están adquiriendo los sistemas de salud, algunos autores se preguntan si las facultades o escuelas de enfermería están preparando adecuadamente a sus estudiantes para ejercer su función autónoma y enfrentarse al reto que supone asumir los nuevos roles profesionales (Adams, et al., 2007).

Según este autor:

El paciente es aquel al que “se le ofrece tratamiento e instrucciones” y el cliente “participa en su propio cuidado”. “Un cliente es el que se considera un miembro legítimo en el equipo de toma de decisiones, que siempre goza de algún tipo de control sobre el régimen establecido y que se incorpora a la planificación e implantación de su propio cuidado en la medida de lo posible” (Erickson, et al., 2002: 253).

⁴ Así mismo, al hablar de cliente también se hace referencia en los contextos pertinentes a la familia y comunidad.

Encontrar el vínculo entre la educación y la práctica es responsabilidad de todos los miembros del ámbito académico. Diversos autores coinciden en afirmar que la percepción de autonomía puede estar relacionada con el proceso educativo, y que para que las enfermeras ejerzan la autonomía en la práctica clínica debe darse una interiorización de la cultura de enfermería durante su experiencia pedagógica. (Mailloux, 2006: 579). Así mismo, sugieren que para impulsar el ejercicio de la autonomía inteligente por parte de las enfermeras se requiere y se propone mejorar la educación en los escenarios de la práctica clínica (Karagozüglö, 2009: 185; Mailloux, 2006: 584).

En este contexto, para la adecuación de la enseñanza enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior (Ministros Europeos de Educación, 1999), se establecen cambios legislativos: decretos resoluciones u órdenes, que favorecen el desarrollo de una profunda reordenación de las enseñanzas universitarias, para su adaptación a la nueva estructura de grado. En el Título de Grado en Enfermería, se prioriza la adquisición de competencias, por parte de los estudiantes, poniendo el énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias y en los procedimientos para evaluar su consecución. Además, se impulsa la adquisición de habilidades clínicas por medio de la realización de las “prácticas tuteladas: Practicum” (Universitat de València, 2010).

Como refleja la citada legislación e investigaciones previas, el estudiante de enfermería para desarrollar su autonomía debe guiarse en un proceso continuo de descubrimiento, de creación de nuevos espacios para la participación en la toma de decisiones, que requieren la comprensión y la valorización del cuidado de sí mismos, abarcando la esfera personal y profesional en la interacción como colectivo. Además, la búsqueda constante del conocimiento posibilita que el estudiante de enfermería encuentre nuevos sentidos para enfrentarse a los desafíos cotidianos de manera consciente y comprometida, así como a los cambios vinculados al contexto de la salud (Fernandes y De Freitas, 2007: 65).

La defensa de la autonomía que en esta investigación se expone, parte de la base de que la autonomía es un valor universal, un atributo, una cualidad propia de la

persona, un proceso dinámico que se da en distintos grados y es un valor que se puede y se debe cultivar y desarrollar. Por lo tanto, es un elemento esencial para la enfermera, e indispensable para el avance de la propia profesión. Se entiende que es necesario alcanzar mayores cotas de ejercicio de la autonomía para mejorar y aumentar el despliegue de las intervenciones propias del cuidado enfermero.

El concepto de autonomía, por su complejidad y carácter polisémico, puede generar interpretaciones ambivalentes e incluso contradictorias. Se puede distinguir, además, entre autonomía y el principio moral del respeto a la autonomía. Igualmente se diferencia entre autonomía personal y profesional (autonomía clínica, autonomía en el trabajo y control sobre la práctica de enfermería) que abordaremos más adelante. De todo esto se desprende, que la conceptualización que cada profesional tenga de la autonomía influirá en el ejercicio de la misma.

En diferentes estudios se encuentran ejemplos de la relación existente entre los niveles de autonomía personal que tienen los miembros de una profesión y los logros que supone a nivel profesional (Boughn, 1992: 62; Karagozüglö, 2008: 75). En concreto, Boughn en su investigación destaca que el nivel de autonomía de los estudiantes de enfermería al inicio de su carrera, no difería de los resultados obtenidos por los estudiantes de otras profesiones, es decir, no encuentra diferencias entre la autonomía personal de los estudiantes de enfermería en comparación con otras titulaciones.

Es sabido también que, en general, la toma de decisiones entraña un riesgo por la responsabilidad que esta supone. (Kramer y Schmalenberg, 2008: 63) se pregunta que si esto es así ¿por qué las enfermeras siguen demandando autonomía? Él mismo da la respuesta: “la toma de decisiones autónoma entraña un riesgo para las enfermeras profesionales, sin embargo, éstas la consideran como uno de los —si no *el*— componente esencial de la práctica profesional”. Por otra parte, diversos autores refieren que la autonomía profesional refleja la autonomía personal, que encuentra su significado en la interacción en las relaciones sociales (MacDonald, 2002: 197; Mailloux, 2006: 579).

Para una mejor contextualización de los conceptos, parece oportuno poner de manifiesto algunas claves que han orientado el trabajo de investigación en el ámbito del ejercicio de la práctica enfermera:

La consideración de la autonomía profesional como factor determinante del ejercicio excelente de la práctica enfermera, supone ir más allá de la mera reivindicación de la independencia laboral o profesional (Fano, et al., 2004: 28), y más aún, se trata de alcanzar los ámbitos más profundos de las relaciones interpersonales (MacDonald, 2002: 198; Mailloux, 2006: 579).

El ejercicio de la autonomía por las enfermeras ha de suscitar la autonomía del propio usuario, lo que contribuirá a su bien integral, debiendo siempre reconocer y respetar su dignidad personal, apreciando y animando su capacidad para decidir. El enfermo no es un mero paciente, es sujeto protagonista de su propia historia. Cuanto más se conozca el sujeto a sí mismo, y conozca las condiciones sociales, personales y del entorno ⁽⁵⁾ en el que vive, mejor y más acertada será su elección.

La formación a lo largo de la vida debe incorporar mecanismos que ayuden a la enfermera a renovar sus valores y sus competencias, es decir sus conocimientos, para actuar con libertad —sin dejarse distorsionar por la fuerza o la coacción—, ser consciente de sus propios límites y contribuir al reconocimiento de los derechos humanos de las personas en momentos específicos (Gordillo, 2008: 253). Es decir, la autonomía de este modo estará orientada a propiciar la mejora continua. La enfermera deberá realizar un cuidado personalizado, es decir, ir más allá de los procesos protocolizados o las pautas rígidas de una práctica sanitaria mal entendida. En suma, deberá actuar responsablemente: un acto autónomo no se da al margen de la responsabilidad.

⁵ Entendemos “el entorno”, como el conjunto de los elementos constitutivos de un medio que entra en interacción con la persona (familia, grupo y colectividad). El entorno comprende las siguientes dimensiones: física (medio ambiente, contexto de los cuidados), psicosocial (entorno natural u organizado que ofrece apoyo o impone limitaciones), política y económica, espiritual, cultural y relativa a la organización (Phaneuf, 1999: 70).

Para impulsar el ejercicio de la autonomía *inteligente* por parte de las enfermeras se requiere y propone mejorar la educación de los estudiantes de enfermería en los escenarios de las prácticas integradas.

Para el despliegue y la exposición de los argumentos que avalan la tesis sobre el aprendizaje de la autonomía en la práctica enfermera, el estudio se estructura en dos grandes bloques: uno que establece el marco teórico y otro que constituye el trabajo empírico.

El desarrollo del marco teórico con el que se aportarán los elementos fundamentales para interpretar correctamente el concepto, condiciones, desafíos y oportunidades del ejercicio de la autonomía, en el ámbito de la aplicación de los cuidados de enfermería, se subdivide en tres apartados:

1. En primer lugar, se ofrece una visión interdisciplinar de la autonomía desde sus raíces culturales, a partir de los diferentes enfoques.
2. A continuación se aborda la autonomía como valor profesional, siguiendo los mismos enfoques presentados en el primer bloque.
3. Posteriormente, se expone el aprendizaje de la autonomía en la práctica enfermera: desde la perspectiva de las diferentes teorías y dentro del marco del Espacio Europeo de Educación Superior.
4. Por último se proponen los instrumentos: intervención didáctica y encuesta de percepción del ejercicio de la autonomía, que conforman el marco de referencia para el desarrollo de la autonomía en la práctica enfermera.

El desarrollo del segundo bloque constituye el trabajo empírico que, siguiendo una metodología científica, resuelve las hipótesis planteadas mediante la aplicación de dos estudios observacionales, uno de corte longitudinal y otro de corte transversal. Este bloque está dividido en siete apartados: definición del problema, propósito y

objetivos de la investigación, hipótesis, aspectos metodológicos, resultados: análisis e interpretación y el correspondiente a la discusión.⁽⁶⁾

Ambas vertientes incidirán en el establecimiento de los indicadores dentro de un contexto de referencia de aprendizaje y gestión del conocimiento. Este marco convergerá con la metodología educativa utilizada en el escenario de las prácticas integradas. Es decir, el ámbito de formación de enfermeras capaces de ejercer la autonomía comenzando con el dominio de las competencias –conocimientos, habilidades y actitudes, etc.–, que les facilitarán la toma de decisiones a partir de una serie de atributos personales –capacidades, motivos, rasgos de la personalidad, aptitudes, etc.–, polivalentes y flexibles, adquiriendo y consolidando la capacidad de hacer frente a retos imprevistos en contextos profesionales cambiantes.⁽⁷⁾ En todo ello teniendo además como referencia tanto el ámbito de la acción individual como el del comportamiento interdisciplinar.

La reflexión y la autoevaluación serán factores esenciales del aprendizaje para desplegar, en todo su alcance, el enfoque estratégico que permitirán hacer un seguimiento y mejora de los procesos conducentes a optimizar la gestión de la autonomía por parte del estudiante.

El docente deberá asumir las funciones de gestor e incorporará mecanismos e indicadores específicos –no estrictamente financieros– en la gestión de los recursos. Dichas funciones son:

- El tiempo, la documentación, los equipos;
- Los procesos que vehiculen la gestión, la labor en equipo, la interacción, y además;

⁶ La tesis se completa con la síntesis y conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

⁷ De acuerdo con la ley vigente esta formación debe hacerse, “desde la contribución al conocimiento y desarrollo de los derechos humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medio ambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos, y de fomento de la cultura de la paz” (Resolución de 14 de febrero, 2008).

- La relación con los clientes, es decir la propia universidad, el hospital y la sociedad en su conjunto, y finalmente;
- La perspectiva de la gestión del conocimiento y de la mejora continua en los ámbitos prescritos.

Esta última perspectiva, la de los indicadores que favorezcan la gestión del aprendizaje como mecanismo que propicie la mejora continua de la práctica clínica, es el objeto de este trabajo. En esta línea consideramos que el perfil profesional de los titulados en Enfermería ha de ser generalista y responder a las competencias expuestas en la ficha de grado. Es necesario perfeccionar los mecanismos del aprendizaje, centrándolos en el trabajo del estudiante, que fomente el auto-empeño o meta-aprendizaje “aprender a aprender”, con cambios en el papel de los profesores y tutores clínicos (Ministros Europeos de Educación, 1999; De Miguel, et al., 2005b), con una nueva organización de las enseñanzas, nueva metodología y un adecuado sistema de evaluación, que permita, desde la claridad y la transparencia supervisar la efectiva ejecución de los mismos.

II. MARCO TÉORICO

1. EL DESAFÍO DE LA AUTONOMÍA: UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINAR

La profundidad de los cambios de todo orden, especialmente en el psicológico-social, filosófico-moral y teológico-religioso, nos obligan a profundizar en la importancia de la autonomía. Estos cambios reclaman una reflexión interdisciplinar, de ahí los momentos de la reflexión siguiente.

Tras su sencillo significado etimológico –auto: igual a “propio” o “por uno mismo”; y *nomos* que significa “regla” o “ley”– se guarda un significado profundo que evoca uno de los desafíos más importantes de la sociedad actual en un mundo cada vez más pluricultural, globalizado y laico. En el siguiente recuadro se recogen diferentes definiciones de *autonomía* tomadas de diversos pensadores quienes, en sus respectivos ámbitos de reflexión, han contribuido a la comprensión y el ejercicio de la autonomía.

Aproximaciones al concepto de autonomía
• “Disfrutar, obrar con, tener, conceder, dar [...] se emplea también con referencia a personas, significando facultad para gobernar las propias acciones, sin depender de otro” (Moliner, 2002). • [...] “Condición de quién para ciertas cosas, no depende de nadie” (Real Academia Española, 2009). • “Etimológicamente, condición de una persona o de una colectividad autónoma, es decir, que determina ella misma la ley a que se somete. – Cf. Heteronomía. [...] Ética. La autonomía de la voluntad para Kant, es el carácter de la voluntad pura en cuanto ella no se determinaría sino en virtud de su propia esencia, es decir, por la sola forma universal de la ley moral, con exclusión de todo motivo sensible. [...] Libertad moral, como estado de hecho, opuesto por una parte a la esclavitud de los impulsos, por la otra a la obediencia sin crítica a las reglas de conducta sugeridas por una autoridad exterior. [...] Autonomía se llama al hecho de que una realidad este regida por una ley propia, distinta de otras leyes, pero no forzosamente incompatible con ellas. En el vocabulario filosófico el término á ‘autonomía’ suele emplearse en dos sentidos. [...] Sentido ontológico. Según el mismo se supone que ciertas esferas de la realidad son autónomas respecto a otras. [...] Sentido ético. Según el mismo se afirma que una ley moral es autónoma cuando tienen en sí misma su fundamento y la razón propia de su legalidad (Ferrater, 1965). • “Autonomía es saber pensar y actuar por uno mismo con la capacidad crítica y la corrección suficiente para no dejarse arrastrar por el ambiente externo o por las propias pasiones o prejuicios” (Gordillo, 2008). • “La autonomía como problema se ha estudiado tradicionalmente en filosofía bajo el binomio libertad-responsabilidad de manera que su opuesto sería el binomio determinismo-irresponsabilidad” (Tapp, et al., 2005: 125). • “La autonomía es autogobierno y la competencia es la capacidad de desempeñar una tarea” (González, 2005).

Aproximaciones al concepto de autonomía (continuación)
• “La autonomía puede ser sinónimo de independencia o libertad. Cuando se utiliza para referirse al trabajo individual se entiende como la habilidad para tomar decisiones sin injerencia de terceros” (Pompeu, 2004: 68). • “Por autonomía de las realidades terrenas entendemos que las cosas creadas y las sociedades mismas gozan de leyes y valores propios que el hombre ha de descubrir, aplicar y ordenar paulatinamente, exigir esa autonomía es completamente lícito” (Juan Pablo II, 1993).

Recuadro 1: Aproximaciones al concepto de autonomía. Fuente: elaboración propia

Como se ha comentado anteriormente, la autonomía es un término polisémico, cuyo significado puede variar en función del contexto y del sujeto que lo utiliza. Admite ser contemplado desde diferentes perspectivas: filosófica, teológica, psicológica, ética, jurídica y organizativa. Estas variadas concepciones obedecen a criterios y valores de carácter convergentes mas también aparentemente contradictorios. Se advierte así que el ejercicio de la autonomía más que un privilegio, es un derecho. Y, más que un derecho, puede –y debe– considerarse un deber. No es una concesión, sino un atributo, una cualidad propia de la persona.

En la actualidad el concepto de autonomía ha ampliado su radio de acción, especialmente en la dimensión personal, adquiriendo significados tan diversos como “autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo” (Beauchamp y Childress, 2002: 113-114).

Es incuestionable que la autonomía es omnipresente en todos los ámbitos de la vida social –no sólo personal– dando lugar a diversas corrientes de pensamiento. No se pretende exponer aquí todas las teorías acerca de la autonomía hoy presentes en nuestra sociedad y en nuestra cultura, sino sólo algunas aportaciones y cuestiones que son de relevancia para la autonomía en el cuidado de enfermería.

1.1. ENFOQUE FILOSÓFICO

Puede relacionarse el enfoque filosófico de la autonomía con la bioética, por su coincidencia en el sentido y en las relaciones. Como recuerda (Gracia, 2004: 107), citando a (Rensselaer , 1971), para quien el nacimiento de la “bioética” está muy

vinculada con la publicación de la encíclica de Pablo VI *Humanae Vitae* (1968), el término bioética tiene un sentido amplio vinculado a la ecología:

Tenemos mucha necesidad de una ética de la tierra, una ética de la vida salvaje, una ética de la población, una ética del consumo, una ética urbana, una ética internacional, una ética geriátrica, y así sucesivamente. Todos estos problemas reclaman acciones basadas sobre valores y sobre hechos biológicos. Todos ellos constituyen la bioética y la supervivencia del ecosistema total es la prueba del sistema de valores.

No cabe hablar de la filosofía sin hacer referencia a las aportaciones de Kant, Gray y Mill –entre otros teóricos clásicos–, quienes han dejado su impronta sobre la cultura actual. Kant, reconocido generalmente como el pionero de la dignidad humana, en su afirmación sobre la dignidad personal. En su obra *Fundamentación de La Metafísica de las Costumbres* (1785), Kant aclara el significado de la idea de dignidad de cada persona, lográndolo a través de la comparación con la idea del precio.⁽⁸⁾

En el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad. [...]. Aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es, dignidad (Kant, 2003: 85-86).

Kant estableció un paralelismo entre el concepto de persona y moralidad; “el hombre es persona precisamente por darse a sí mismo el imperativo de la ley moral. Ser persona consiste en ser sujeto moral autónomo”. Por lo tanto para el autor de Königsberg, la autonomía es “[...] el fundamento de la dignidad de la naturaleza

⁸ Kant encuentra el fundamento del valor interno de la persona en el hecho metafísico de que es el único ser capaz de darse leyes a sí mismo, es decir el único ser capaz de generar autonomía. La clave del pensamiento kantiano es el “imperativo categórico” que comprende, entre otros, tres mandatos:

1. Obra como si la máxima de tu acción debiera convertirse, por tu voluntad, en ley universal de la naturaleza (Kant, 2003: 85-86).
2. Obra de tal modo que tu relación con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio (Kant, 2003: 75).
3. Obra como si por medio de tus máximas, fueras siempre un miembro legislador en un reino universal de los fines (Kant, 2003: 64-65). Como se puede observar, para Kant los seres humanos tienen un valor absoluto, son en sí mismos valiosos y no valiosos para otra cosa, por eso no deben ser tratados como instrumentos, sino que son fines en sí mismos.

humana y de toda naturaleza racional (Kant, 2003: 88). El filósofo prusiano nos habla de la *autonomía de la voluntad*, refiriéndose a que una persona sólo es autónoma si actúa según unos principios morales universalmente válidos y que cumplen los requisitos del imperativo categórico, comparando esta autonomía moral con “heteronomía”, de acuerdo con Beauchamp, podemos entender por heteronomía “cualquier motivación o influencia externa que controla la voluntad y que no está basada en principios morales”. “Kant considera que actuar por deseo, miedo, impulso, proyectos personales o costumbre es actuar de forma heterónoma, igual que hacerlo manipulado o forzado por otros” (Beauchamp y Childress, 2002: 54).

En nuestros días la ética neo-Kantiana cuenta entre sus máximos representantes a autores como: Alan Donagan y John Rawls.

Así para Rawls “las personas son autónomas en la posición original porque eligen y establecen sus propias leyes morales sobre la base de su naturaleza racional, independiente y desinteresada [...] cualquier filosofía en la que el derecho a la autonomía individual supedita legítimamente los dictámenes de los principios morales objetivos, es inaceptable. Incluso los actos heroicos y conscientes sólo merecen respeto si se ajustan a los principios morales objetivos” (Beauchamp y Childress, 2002: 56).

Otra corriente a tener en cuenta sería el utilitarismo.⁽⁹⁾ John Gray, uno de los autores estudiosos del utilitarismo, define la autonomía como: “la ausencia total de coacción y, al mismo tiempo, la capacidad para distanciarse de las convenciones sociales y del medio”. Por su parte, Gordillo, en clara contraposición con Gray, considera que la absoluta ausencia de coacción es casi una utopía y afirma que siempre estamos de alguna manera condicionados por la cultura y el comportamiento de la sociedad a la cual pertenecemos. Pero además, los utilitaristas que defienden la autonomía como independencia de cualquier vínculo, no reconocen que el sujeto

⁹ El utilitarismo, la teoría más sobresaliente basada en las consecuencias, sólo acepta un principio ético básico: el principio de utilidad. [...] Los utilitaristas mantienen que su teoría convierte en explícito y sistemático lo que ya está implícito en la deliberación y la justificación diarias (Beauchamp y Childress, 2002: 44).

autónomo, supuestamente independiente de los otros, “tropieza en el orden social con la autonomía de los demás” (Gordillo, 2008: 240-241).

Semejante error lo encontramos en otro autor de la corriente utilitarista, Stuart Mill [citado por Gordillo], para quién “la autonomía reside en la carencia de vínculos y consiste en considerar que cuantos menos vínculos, más libres y autónomos somos para decidir” (Stuart Mill, 1970: 188). Esto supone rechazar que la autonomía es también la capacidad de decidir y actuar asumiendo los vínculos y los condicionamientos. Mill considera que el interés de autonomía consiste fundamentalmente en dejar que los demás persigan sus metas, aunque dañen sus propios intereses con sus errores. Siguiendo a este autor sólo podemos ayudar a otros en situaciones de peligro, aconsejándoles o haciendo advertencias, pero nunca imponiendo nuestro criterio.

Por último, cabe sintetizar estas dos consideraciones: la primera se refiere a la imposibilidad de estar totalmente libre de condicionamiento exterior; la segunda, a que la autonomía consiste no tanto en ausencia de límites o en eliminar los vínculos existentes, sino en reconocerlos, vivenciarlos y conseguir el dominio de los propios actos.

1.2. ENFOQUE PSICOLÓGICO

En el campo de la psicología tomamos como principales referencia a Jean Piaget y a su discípulo Lawrence Kohlberg, a quienes se les atribuyen los planteamientos básicos referentes a la autonomía en el ámbito educativo. Posteriormente, otros autores como Carol Gilligan han profundizado y matizado dichos conceptos. A continuación destacamos algunas de sus aportaciones sobre la autonomía que consideramos singularmente relevantes a los propósitos de esta investigación.

Piaget, a partir de la observación de la conducta y de las reglas que utilizan los niños en el juego, establece un modelo evolutivo estándar sobre el sentido legal esencial para el desarrollo moral. Descubrió que los varones, en la infancia, quedan cada vez más fascinados por la elaboración legal de las reglas y el desarrollo de procedimientos justos para decidir conflictos, fascinación que, observa, no surge en el

mismo grado entre las niñas. Afirma (Piaget, 1935: 194), que: “El estudio de las reglas del juego nos ha conducido a la hipótesis de que existen dos tipos de respeto y, por consecuencia, dos morales: la de obligación o heterónoma y la de cooperación o autónoma”.

Con otras palabras, dentro del proceso de maduración de la persona Piaget distingue dos teorías morales, una fundada en la noción de expiación y otra en la de la reciprocidad.

- La “expiación” corresponde a la moral de la *heteronomía*, caracterizada por acatar las normas. El menor sigue lo que le manda la autoridad superior (padres, maestros, etc.), constituido sobre todo por la imposición moral del adulto (dependencia) (Piaget, 1935: 394).
- A la sanción por “reciprocidad”, corresponde la moral de la *autonomía y de la cooperación*, que se produce en la medida en que la persona es confrontada con el entorno, y es capaz de decidir de acuerdo con sus valores o intereses. En este caso decide por unos motivos en oposición a la fase de heteronomía, en la que se sigue lo mandado sin más razón que acatar la orden (Piaget, 1935: 395).

De ahí deduce (Piaget, 1935: 396) que existe “una tercera analogía entre el desenvolvimiento moral y la evolución intelectual: a la autonomía sólo se puede llegar mediante la cooperación”. En consecuencia, el autor define dos modelos teóricos. La autonomía no siempre es tan positiva, ni tan negativa es la heteronomía; a veces el adulto tiene que obedecer, ya sea en el ámbito de la política, de la familia o de la profesión. En estos casos el acto de obedecer corresponde a una opción libre, es decir, hace suya la voluntad del otro, realizando pues, un ejercicio de autonomía.

Si a la autonomía según Piaget sólo se puede llegar mediante el ejercicio de la cooperación, también en nuestro trabajo la cooperación es un requisito indispensable para el desarrollo de la autonomía en los cuidados de enfermería, cuya finalidad es la salud y el bien de la persona.

En una sociedad como en la que vivimos de cambios acelerados, donde coexisten múltiples culturas y afectada de una profunda crisis de valores, la lectura del pensamiento de Piaget acerca de la autonomía, suscita un doble interrogante sobre el desarrollo y la cooperación. ¿Podemos afirmar que actualmente el desarrollo es de verdad progreso? ¿Cómo gestionar la pluralidad cultural de manera que sea una riqueza y contribuya a la cooperación, superando la crisis de valores?

Por su parte (Kohlberg, 1992), estudió el comportamiento humano con el método de la observación ya utilizado por su maestro Piaget. Se basa empíricamente en un estudio de 84 niños varones cuyo desarrollo siguió durante más de 20 años – para Kohlberg las mujeres simplemente no existen–, describiendo el desarrollo del juicio moral de la infancia a la adultez, centrándose en el razonamiento moral. Establece tres estadios de moralidad, cada uno de los cuales consta a su vez de dos niveles. Se leen en sentido progresivo y a mayor nivel corresponde un grado mayor de autonomía (véase el recuadro 2).

Los tres niveles de autonomía según Kohlberg
• El primer nivel de moralidad preconvencional: las normas se cumplen o no en función de las consecuencias. El primer estadio es de orientación “egocéntrica”, la norma se cumple para evitar un castigo; por el contrario, en el segundo estadio, de orientación “individualista”, la norma se cumple para obtener un premio. • El segundo nivel convencional: las normas se cumplen en función del orden establecido”. Siendo el tercer estadio de orientación “gregaria”, la norma se cumple para satisfacer a los demás y el cuarto estadio de orientación “comunitarista”, la norma se cumple para mantener el orden social. • El último es el tercer nivel posconvencional donde: las normas se cumplen en función de la aceptación individual y de los valores que comportan”. Consta del estadio cinco de orientación “relativista”, la norma se cumple en función de un consenso, y no se pueden desobedecer; y del estadio sexto de orientación “universalista”, la norma se cumple cuando respetan los valores universales, y si no, se desobedecen.

Recuadro 2: Los tres niveles de autonomía según Kohlberg. Fuente: (Cortina, 1997a: 28-29).

Kohlberg afirma que los niños viven en el primer nivel, mientras que apenas un 20 por ciento de los adultos llegan al estadio cinco, y solamente un 5 por ciento alcanza el estadio seis, ambos pertenecientes al tercer nivel. Si bien al principio sus teorías no fueron bien acogidas, progresivamente han ido ganando adeptos y hoy en día gozan de un amplio consenso y reconocimiento.

Las aportaciones de este autor con respecto al desarrollo moral del adulto, sirve de referencia para dilucidar el comportamiento autónomo de las enfermeras. Se hace necesario potenciar el desarrollo personal de los estudiantes durante la formación académica, de tal manera que los futuros profesionales se sitúen preferentemente en estadio cinco y seis de tercer nivel. Sin embargo, para la óptima aplicación de los cuidados de enfermería, el razonamiento moral de este autor resulta insuficiente. Carol Gilligan, discípula de Kohlberg, apuntó ciertas limitaciones al darse cuenta de que las investigaciones llevadas a cabo por su maestro y otros psicólogos se habían realizado exclusivamente con varones, dado que las mujeres quedaron excluidas de tales estudios por presentar desviaciones importantes. En consecuencia Gilligan realizó la misma investigación en mujeres, a través de tres estudios (Gilligan, 1985: 15-17).⁽¹⁰⁾

A la comprensión de la autonomía como valor profesional puede ayudar una visión más global de la condición de ser enfermero o enfermera. La propia Gilligan, considerada precursora de la *ética del cuidado*, ofrece una síntesis muy expresiva sobre los estudios de estereotipos de las funciones sexuales:

Los repetidos hallazgos de estos estudios muestran que las cualidades consideradas necesarias para la edad adulta —capacidad de pensamiento autónomo, toma de decisiones claras y acción responsable— son las que suelen asociarse a la virilidad, y considerarse indeseables como atributos del ser femenino. Los estereotipos sugieren una escisión del amor y el trabajo, que relega las capacidades expresivas a las mujeres mientras pone las capacidades instrumentales en el dominio masculino. Y, sin embargo, considerados desde otra perspectiva, estos estereotipos reflejan una concepción de la edad adulta que, a su vez, es desequilibrada y favorece la separación del yo individual sobre la conexión con los demás, y que se inclina más hacia una vida autónoma del trabajo que hacia la interdependencia de amor y cuidado (Gilligan, 1985: 39).

El siguiente recuadro permite contemplar los puntos clave de estos estudios. A continuación se dilucidará la naturaleza de los mismos.

¹⁰ Es obvio que entre hombres y mujeres siempre ha habido diferencias, desde siempre se ha pensado que esas diferencias eran de carácter natural. Hoy en día predomina la idea de que dichas diferencias son debidas a factores socioculturales. Se cree que están más relacionadas con el género que con el sexo, entendiendo que el género es una construcción sociocultural.

Estereotipos de las funciones sexuales	
<i>Trabajo (dominio masculino)</i>	<i>Amor (relegadas a las mujeres)</i>
Capacidades instrumentales: capacidad de pensamiento autónomo, toma de decisiones claras y acción responsable	Capacidades expresivas: intimidad, relaciones y cuidado.
Separación del yo individual	Conexión con los demás
Vida autónoma de trabajo	Interdependencia de amor y cuidado

Recuadro 3: Estereotipos de las funciones sexuales. Fuente: elaboración propia

Gilligan explica la naturaleza de las diferencias en las mujeres, de la siguiente manera

La intimidad va con la identidad, cuando la mujer llega a conocerse tal como es conocida, por medio de sus relaciones con otros. [...]

La psicología de las mujeres, que siempre ha sido descrita como distintiva por su mayor orientación hacia las relaciones y la interdependencia, implica un modo más contextual de juicio y un entendimiento moral distinto. Dadas las diferencias de las concepciones femeninas del ego y la moral, las mujeres dan al ciclo vital un diferente punto de vista y ordenan la experiencia humana en función de diferentes prioridades. [...]

El exclusivo misterio del desarrollo de las mujeres se encuentra en su reconocimiento de la continuada importancia del apego en el ciclo vital humano. El lugar de la mujer en el ciclo vital del hombre consiste en proteger ese reconocimiento mientras que la letanía del desarrollo entona la celebración de la separación, la autonomía, la individualización y los derechos naturales (Gilligan, 1985: 31, 46 y 48).

Para las mujeres, como explica la misma autora, el derecho a escoger por sí mismas, es decir la elección autónoma –signo de adultez–, las sitúa ante un conflicto con las cuestiones de la femineidad, concretamente la equiparación moral de bondad y autosacrificio. Dicho conflicto, a nivel privado resulta difícil de resolver, ya que para la mujer las preocupaciones interpersonales, empáticas y de consideración hacia el prójimo tradicionalmente han sido prioritarias: “Es precisamente este dilema –el conflicto entre compasión y autonomía, entre virtud y poder– el que la voz femenina trata de resolver en su esfuerzo por reclamar su Yo y resolver el problema moral de manera que no dañe a nadie” (Gilligan, 1985: 122).

Como conclusión de su investigación esta autora propone dos lenguajes diferentes en la codificación del mundo moral de las personas. Ambos de igual importancia aunque con predominancia diferente. (Cortina, 1997a: 29), los resume de la siguiente manera: *El lenguaje de la lógica formal* de la imparcialidad de la justicia, se refiere a la toma de decisiones colocándose en el lugar del otro. Por otro lado *el lenguaje de la lógica psicológica* de las relaciones, se ciñe a la situación concreta y preserva las relaciones ya existentes”. En el recuadro siguiente, se ofrece una visión completa y sistemática de los valores predominantes en uno y otro lenguaje.

Lógica de la justicia y lógica del cuidado	
<i>Lógica de la justicia (Separación)</i>	<i>Lógica del cuidado (Unión)</i>
Individualización	Trama de relaciones que puede ser dañada
Autonomía	Proteger lo vulnerable
Ley/derecho/justicia	Responsabilidad/Cuidado
Contrato	Protección/auto sacrificio
Abstracción	Narración/Contexto
Universalidad	Particularidad
Imparcialidad	Parcialidad

Recuadro 4: Lógica de la justicia y lógica del cuidado. Fuente: (Cortina, 1997a: 29)

Así, los valores que son apreciados en el mundo masculino serían aquellos que van conformando individuos autónomos, capaces de tomar decisiones acerca de lo justo y lo injusto, desde condiciones de imparcialidad. En el mundo femenino los valores más estimados mayoritariamente serán aquellos que protegen las relaciones humanas, se hacen cargo de los débiles, se cuidan de las personas concretas en los contextos específicos de acción.

De este modo hay una escisión del amor y el trabajo, que relega las capacidades expresivas a las mujeres, mientras pone las capacidades instrumentales en el dominio masculino. Esta diferenciación de valores entre sexos va siempre en detrimento de ambos, porque se estará de acuerdo, en que los cuatro: justicia, autonomía,

compasión y responsabilidad, son ingredientes indispensables para alcanzar la madurez moral.⁽¹¹⁾

Como ya hemos señalado anteriormente, el concepto de autonomía resulta de gran importancia en todas las profesiones y, singularmente, en el de las enfermeras. Asumir dicha autonomía por parte de las profesionales y de la profesión, supone entrar en una etapa de madurez profesional. También es cierto, que apereibirse de esa mayor madurez, no consiste en sustituir la ética del cuidado por la autonomía, ni mucho menos sustituirla por la competencia técnica en exclusiva, sino asumir la ética del cuidado desde la propia autonomía y aunar la responsabilidad para con los otros con la responsabilidad por sí misma.

Las palabras de la propia Gilligan, pueden ayudar a comprender el proceso de maduración o desarrollo de la autonomía en la profesión enfermera:

La moral de los derechos se basa en la igualdad y se centra en la comprensión de la imparcialidad, mientras que la ética de la responsabilidad se basa en el concepto de igualdad y el reconocimiento de las diferencias de necesidad. Mientras que la ética de los derechos es una manifestación de igual respeto, que equilibra los derechos de los otros y del yo, la ética de la responsabilidad se basa en un entendimiento que hace surgir la compasión y el cuidado. Así el contrapunto de identidad y de intimidad que marca el tiempo transcurrido entre la niñez y la edad adulta queda articulado por medio de dos morales, diferentes cuya complementariedad es el descubrimiento de la madurez (Gilligan, 1985: 266).

¹¹ Aunque se reconocen dos voces morales predominantes en uno y otro sexo no significa que sean excluyentes. Siguiendo a Cortina estas voces morales son:

La voz de la justicia consiste en juzgar sobre lo bueno y lo malo situándose en una perspectiva universal, más allá de las convenciones sociales y el gregarismo grupal. Esta perspectiva recibe el nombre de imparcialidad.

La voz de la compasión por los que precisan de ayuda, que son responsabilidad nuestra, empezando por los más cercanos.

Gilligan al igual que Kohlberg, establece tres niveles morales:

- (a) Nivel *preconvencional* es el del egoísmo y la supervivencia.
- (b) Nivel *convencional*, es diferente al del varón [.....] si una mujer quiere ser socialmente aceptada, debe relegar sus proyectos de autonomía y tratar de cuidar y responsabilizarse de los suyos, protegiéndoles frente a la violencia y el daño [...].
- (c) Nivel *posconvencional*, [...] es aquel en que la compasión se modera con la justicia, el cuidado con la autonomía. La mujer toma conciencia de que también ella tiene derechos que han de ser protegidos y amplía la responsabilidad a su propia persona. De ahí que la fase de madurez incluya a la vez responsabilidad y autonomía, compasión y justicia (Cortina, 1997a: 30).

Queda patente por lo expuesto, que tanto la lógica de la justicia como la del cuidado, son necesarias para iluminar nuestra comprensión de la autonomía en la asistencia sanitaria y en el campo específico de los cuidados de enfermería. No pueden ni deben tener carácter excluyente, sino integrador. Así mismo, también son los fundamentos de estructuras que protegen dicha autonomía y, al mismo tiempo, la dignidad de la persona (todo ello sin hacer distinción, ni por la edad, ni por los desiguales grados de autonomía que tengan las personas). Entre estas estructuras se encuentran, los comités de bioética, la ley de autonomía, la ley de protección de datos, etc.

1.3. ENFOQUE ÉTICO-MORAL

Los principios básicos de la ética sanitaria han sido recogidos en el Informe Belmont (Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento 1979), y posteriormente se han ampliado con los Principios de la Bioética formulados por (Beauchamp y Childress, 2002). A continuación destacamos únicamente aquellos que configuran el marco moral de nuestra investigación.

1.3.1. La autonomía en el Principialismo: Informe Belmont

El Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos a partir del trabajo realizado por la Comisión Nacional para la Protección de sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento, (1974-1978), elaboró el documento *Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación*, designado como Informe Belmont (1979). Dicho informe diferencia algunos elementos éticos de gran trascendencia para esta investigación: principios éticos, convicciones éticas y exigencias morales, todos los cuales resultan de crucial importancia para el ejercicio de la autonomía en los Cuidados de Enfermería.

Con la expresión "principios éticos básicos" el informe engloba aquellos conceptos generales que sirven para justificar y evaluar las acciones humanas y que son ampliamente aceptados en nuestra tradición cultural. Estos principios son: el

respeto a las personas, la beneficencia y la justicia, particularmente apropiados a la ética de las investigaciones que tienen como objeto los seres humanos.

En el Informe Belmont (Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento 1979: 4) se afirma que: “el respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que todos los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos, y, segundo, que todas las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas”. Consiguientemente, el principio de respeto a las personas se basa en dos prerequisites morales distintos: aquel que reconoce la autonomía, y aquel que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida. Estas dos convicciones, *el reconocimiento y la protección*, actúan en reciprocidad: se ha de reconocer y proteger y hemos de ser reconocidos y protegidos. Cabe añadir a estas consideraciones el fundamento que subyace en todo el informe: la dignidad de la persona humana. En el siguiente recuadro sistematizamos lo más importante.

Informe Belmont	
Fundamento	el reconocimiento de la dignidad de la persona, sujeto de derechos y deberes
Principios:	respeto a las personas, beneficencia y justicia
Convicciones éticas:	los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas
Exigencias morales:	reconocer autonomía proteger a aquellos con autonomía disminuida

Recuadro 5: Informe Belmont. Fuente: elaboración propia

1.3.2. La Autonomía a la luz de los principios de la bioética

Estudios posteriores al informe Belmont han profundizado y ampliado los criterios éticos de justicia, beneficencia y el respeto a las personas ya indicados en dicho informe. La autonomía llegará a adquirir rango de principio ético gracias a la aportación de (Beauchamp y Childress, 2002) quienes la incluyeron como uno de los cuatro principios éticos: "no-maleficencia", "beneficencia", "autonomía" y "justicia" (deberes *prima facie*). Dichos principios constituyen un marco básico y lenguaje común

para analizar y resolver los conflictos éticos en el ámbito sanitario, cuyo significado y exigencias presentamos sucintamente:

- La “no-maleficencia” significa que toda intervención debe evitar o reducir al mínimo los riesgos y daños para el afectado.
- La “beneficencia” presupone que todo acto médico (o de enfermería) tiene por finalidad hacer el bien y cuidar los intereses del usuario.
- La “autonomía”, conlleva el respeto a los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Este deber supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De este derecho y deber arranca el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.
- La “justicia”, implica que todos los recursos derechos y obligaciones sean ecuánimemente distribuidos y respetados para cada uno.

Diego Gracia en su libro *Como arqueros al blanco*, recoge estos cuatro principios éticos, si bien aclara que no todos tienen el mismo valor:

(...) los principios de justicia y no-maleficencia tienen un rango superior, ya que el primero exige que todo ser humano sea tratado en su dignidad personal, como fin y no como mero medio, de tal forma que no sea discriminado por razones como las económicas, raciales, religiosas (...). Y el de no maleficencia exige un respeto a los bienes y valores de la persona, a la que no se le puede infligir daño (...). En un segundo nivel habría que situar los de autonomía y beneficencia, como subordinados en principio a los anteriores (Gracia, 2004: 445).

El mismo autor, tras recordar que con frecuencia se distingue entre una ética de mínimos y una ética de máximos, establece una jerarquía de valores indicando los correspondientes responsables. Así mismo, afirma que los deberes “negativos” estarían incluidos en la ética de mínimos y, por el contrario los deberes positivos de “promoción o de virtud”, se les consideraría pertenecientes a la ética de máximos. El derecho debe asegurar el cumplimiento de los mínimos y permitir a cada persona que

lleve a cabo sus máximos, siendo el Estado el que garantiza el cumplimiento de los mínimos y la institución familiar la que debe potenciar y favorecer que todos sus miembros alcancen el máximo nivel de perfección y felicidad. El recuadro 6 sintetiza lo expuesto:

Relación entre nivel ético, principios éticos y responsabilidad		
Nivel ético	Principios éticos	Responsabilidad
Ética de mínimos	no-maleficencia y justicia	Estado
Ética de máximos	autonomía y beneficencia	Familia

Recuadro 6: Relación entre nivel ético, principios éticos y responsabilidad. Fuente: elaboración propia

En el marco de estos principios éticos es conveniente incidir en la autonomía o toma de decisión del usuario. De este principio de autonomía se derivan ciertos derechos y deberes: el derecho del usuario a estar plenamente informado de su situación y a tomar sus propias decisiones así como el correspondiente deber de la enfermera (y de todo el personal sanitario). Por lo tanto, todos los procedimientos y tratamientos que se le realicen para y con el usuario deben estar precedidos por un "consentimiento informado", ya sea escrito o verbal.

Para poder entender el consentimiento en todo su significado, tendremos que recurrir nuevamente a (Beauchamp y Childress, 2002: 113), quienes definen la autonomía personal como la "regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales". Los mismos autores (Beauchamp y Childress, 2002: 114) recogen el consenso de todas las teorías, sobre las condiciones esenciales para la autonomía, que son:

- a) *la libertad* –actuar independientemente de las influencias que pretende controlar–.
- b) *Ser agente* –tener la capacidad de actuar intencionadamente–.

Para que un acto pueda ser considerado autónomo, según (Beauchamp y Childress, 2002: 116), han señalado tres requisitos: "intencionalidad, conocimiento y

ausencia de control externo”, a los que últimamente se ha añadido un cuarto, el de autenticidad. Según estos autores las acciones autónomas se analizan en función de sus agentes, los cuales actuaran intencionadamente de modo que no admite gradación, es decir, las acciones son intencionadas o no lo son; además intervienen otras dos condiciones a saber: el conocimiento o la comprensión y la ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto, estas dos condiciones sí pueden estar presentes en mayor o menor grado.

Aunque más adelante, al analizar el código ético, se profundizará en las implicaciones del consentimiento en el usuario y en las enfermeras, valga adelantar que no tiene el mismo significado *ser autónomo* que *ser respetado como agente autónomo*. Apuntamos por el momento simplemente que el consentimiento lo da el usuario que *con-siente*.

El principio de autonomía, como el conjunto de la bioética, surge como una llamada de atención y una respuesta ética frente a ciertos abusos en el ámbito de la asistencia sanitaria: necesaria aunque insuficiente. Se requiere ante todo el reconocimiento y respeto de la dignidad humana inherente a todos los individuos de nuestra especie (Herrera, et al., 2008).

Además, se puede decir como afirma (Gracia, 2004: 83), que el principio de autonomía significa la aceptación de que el paciente es autónomo y esto representa un cambio radical en la forma de tomar decisiones en el mundo sanitario. El usuario puede determinar qué es y qué no es una necesidad sanitaria. El mismo autor afirma, que el consentimiento informado lejos de ser el núcleo del principio de autonomía, constituye más bien una consecuencia suya.

De acuerdo con la opinión de Herrera, pueden existir tres tipos de autonomía: *cognitiva, emocional y conductual*. Siguiendo al autor “los indicadores que ayudarán a medirla serán: la *individualización, autodeterminación y la interdependencia*” (Herrera, et al., 2002).

Toda moral debe admitir la existencia de principios o normas universales. Con respecto a la ética estos principios adquieren el carácter de “imperativos” o

“mandatos”; es por eso que se tiende a pensar que son imperiosos y obligatorios. Esto es una equivocación porque “no hay principio o norma completamente adecuado a la realidad [...]. De ahí la necesidad de conceder un lugar a la evaluación de la realidad concreta sobre la que se ha de decidir” (Gracia, 2004: 241-242). Es necesario por tanto, tener en cuenta, además de los principios, los acontecimientos y sus efectos, para poder decidir sobre la pertinencia o no de los mismos.

1.4. ENFOQUE JURÍDICO

Además del compromiso por el respeto de los principios éticos, es preciso poner de manifiesto otro conjunto de valores morales y de derechos de ámbito general que han de alumbrar, junto con los anteriores, el estudio y el ejercicio de la autonomía en Enfermería.

En la Europa del siglo XVII y sobre todo en la del siglo XVIII, se gesta una enorme revolución cuya palabra clave es la *autonomía*. Supuso la emancipación del hombre europeo y la toma de conciencia de su propia autonomía. “La autonomía tienen que ver, antes que nada con la gestión soberana del espacio privado” (Gracia, 2004: 123). Valga señalar algunos jalones de este proceso:

- Declaración Universal de Derechos Humanos. El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).
- (Constitución española, 1978), establece la regulación del derecho a la protección de la salud.
- (Ley 14/1986), General de Sanidad, reforma el sistema sanitario en España, todos tienen derecho a la protección de la salud.

- (Ley 25/1990, de 20 de diciembre), del medicamento donde se especifica la regulación del consentimiento informado para la investigación.
- (Real Decreto 561/1993, de 16 de abril) donde se detallan los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos y la aceptación de proyectos de investigación clínica.
- Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa (Organización Mundial de la Salud, 1994).
- Convenio de Oviedo (1997). Ratificado por España, de carácter jurídico vinculante para los países que lo ratifican, referente a la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Instrumento de Ratificación 1999, de 20 de octubre).
- (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- (Ley 16/2003, de 28 de mayo), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

1.5. ENFOQUE ORGANIZATIVO

Las organizaciones en el mundo actual han adquirido una gran importancia, siendo muy relevante su cometido, el realizar una adecuada clasificación de las mismas y una gestión correcta del mundo de los valores y de los bienes. Las instituciones públicas, si cabe, tienen mayor responsabilidad a la hora de conseguir este mandato. (Gracia, 2004: 456) recomienda como situación ideal, conseguir que las organizaciones sean: “muy complejas y ágiles, a la vez que poco burocratizadas. Exige un elevado nivel

motivacional, con valores fuertes y una clara conciencia ética de lo que se está haciendo”.

Como se recoge en las conclusiones del Consejo Europeo de junio del 2006, los valores y principios comunes en los sistemas sanitarios de la Unión Europea son: “Universalidad, acceso a una atención sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad” (Consejo de Europa, 2006: 2), (ver recuadro 7).

Valores del Sistema Sanitario de la Unión Europea	
• Universalidad	• Equidad
• Calidad	• Solidaridad

Recuadro 7: Valores del Sistema Sanitario de la Unión Europea. Fuente: elaboración propia

La formación universitaria debe cooperar en el cumplimiento de los objetivos de la declaración de Ministros Europeos de 2005, que consistían en: “centrarse en el usuario y responder a sus necesidades individuales” (Conferencia de Ministros Europeos, 2005: 6).

En España, la evolución del Sistema Nacional de Salud, ha progresado desde 1980 en descentralizar sus servicios hacia organismos territoriales (Autonomías) que toman el poder pleno en las decisiones sanitarias dentro de su territorio, como hemos visto anteriormente en el marco jurídico.⁽¹²⁾ Sin embargo, el nivel de autonomía de los

¹² (Ley 16/2003, de 28 de mayo), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, de modo que garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. La ley hace referencia a la participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivos de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

En su Capítulo I, artículo 26, hace referencia a las Garantías de información.

En el Capítulo III, hace referencia a los principios generales de los profesionales de la salud y dice que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Así mismo en su artículo 36 sobre la formación de pregrado explicita:

[...] la Comisión de Recursos Humanos, atendiendo a las necesidades de la población, trasladará al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y al Consejo de Coordinación Universitaria, criterios para la adaptación de los planes de estudios conducentes a la obtención de los distintos títulos universitarios del ámbito de ciencias de las salud, que conjuguen la adquisición simultánea de conocimientos, habilidades y actitudes y favorezca el trabajo en equipo multiprofesional y multidisciplinar.

centros y de los profesionales dentro de estos marcos territoriales, tiene todavía mucho que mejorar. Siguen manteniéndose en muchos centros, sistemas organizativos con una fuerte y rígida jerarquía administrativa en su funcionamiento, que reflejan modelos de gestión tradicionales. La no transición desde tipos arcaicos de organización y gestión, hacia nuevos modelos de liderazgo participativo –que doten de mayor autonomía a los profesionales–, siguen generando llamativas tasas de *burnout* en el personal de enfermería, y disminuyendo la consecución de objetivos sobre el usuario, en comparación con aquellos hospitales designados como magnéticos (Kramer y Schmalenberg, 1988a: 22; Kramer y Schmalenberg, 1988b: 12). Estas consideraciones ponen en evidencia la existencia de un entorno con una estructura muy jerarquizada que condiciona el desarrollo de las actitudes y valores asociados al ejercicio de la autonomía.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, y siguiendo las directrices del Consejo de Europa, se amplía y recomienda una apuesta para trabajar en la sostenibilidad del Sistema Sanitario, “compartiendo los mismos valores”, y estos son: Equidad, cohesión, calidad, innovación, seguridad y sostenibilidad (Agencia de Calidad del SNS, 2006: 1-2) (ver recuadro 8).

A nivel de Comunidad autónoma, el (Decret 74/2007, de 18 de maig) del Consell, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana, establece el marco general de la organización y funcionamiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad. Capítulo I, artículo 1: El Sistema Sanitario Valenciano se ordena en departamentos de salud y estos, a su vez se dividen en zonas básicas de salud.

En el departamento de salud se integran: los centros de salud y los consultorios; las unidades de apoyo; centros sanitarios integrados; hospitales y centros de especialidades; aquellos dispositivos y/o unidades de carácter docente que le sean asignados.

La zona básica de salud es el ámbito territorial básico de actuación de la Atención Primaria.

Capítulo II, artículo 14, sección 2ª

La atención de hospitalización es aquella prestación sanitaria de cualquier índole que se realiza a los usuarios con necesidad de internamiento. Dependiendo de las características y el grado de complejidad de la atención requerida, será prestada a través de los diferentes centros o unidades sanitarias existentes en cada departamento y que serán: Hospitalización convencional, Unidades de hospitalización a domicilio y unidades médicas de corta estancia.

Como podemos observar en la relación de Leyes y decretos enumerados anteriormente, la autonomía de los individuos, paradójicamente se sustenta en un marco legal que hace posible el correcto ejercicio de la misma.

Valores del Sistema Sanitario Español	
• Equidad	• Igualdad
• Cohesión	• Accesibilidad
• Calidad	• Eficacia
• Innovación	• Eficiencia
• Seguridad	• Rapidez
• Sostenibilidad	• Centrado en la persona

Recuadro 8: Valores del Sistema Sanitario Español. Fuente: elaboración propia

Para ello se crean seis comisiones de trabajo: Recursos Humanos; Unidades de referencia del SNS; la racionalización del gasto; la Salud Pública; Políticas de Calidad e Innovación y Consumo de Drogas.

En el sector sanitario la autoevaluación podría servir como instrumento facilitador en la potenciación de la Gestión de la autonomía.

Teniendo en cuenta que los fines de la actividad sanitaria de las Ciencias de la salud según el Comité de redacción de la revista *Ética de los cuidados* de la Fundación Index (Comité de redacción, 2008), que son:

- Prevenir la enfermedad y sus complicaciones y promocionar la buena salud.
- Aliviar en lo posible toda forma de sufrimiento asociado a la enfermedad, sea cual sea su origen y su pronóstico.
- Procurar la curación de los enfermos curables mediante tratamientos y cuidados adecuados.
- Cuidar de la persona desde una perspectiva bio-psico-social. Evitar las muertes prematuras y evitables.
- Ayudar a morir con dignidad y tranquilidad cuando llegue el momento

Sería oportuna una mayor horizontalidad estructurada en los modelos de gestión, con una adecuada transversalidad en las formas de comunicación. Consiguiendo la consolidación de los equipos multidisciplinares y el respeto a la dignidad de las personas como valor privilegiado.

El sistema sanitario español está formado por empresas que ofertan servicios. Estos son intangibles y dependen en gran medida de la capacidad profesional y ética

de las personas que los prestan. Además los usuarios o consumidores de dichos servicios cada vez reclaman una mayor autonomía y participación en la gestión de los mismos. Parece oportuno, para entender el papel de la autonomía profesional, especificar las características de dichas empresas, según las describe (Carreño y Toneo, 2008).

- No pueden almacenar o estocar el servicio, por lo tanto, tienen que tener capacidad ociosa almacenada para atender cuando haya demanda.
- Los servicios por lo general son intangibles.
- El cliente compra satisfacer expectativas.
- El cliente está presente en todos los procesos, y puede reconocer todos los detalles de la organización, es un observador permanente.
- El cliente programa la actividad, tanto en secuencia como en modalidad. La formación, tiene una secuencia y contenidos.
- Son intensivas en mano de obra RRHH, siendo muy grande la proporción del gasto en este concepto. Muchos empleados a la vista, para el cliente cualquier empleado y su comportamiento en un acto aislado, representaran a la empresa y todo su funcionamiento, especialmente cuando es negativo.
- Es una organización que precisa excelencia de servicios. El trabajador necesita un alto sentido de motivación.

Como se ha especificado con anterioridad, en las empresas de servicios desempeñan un papel primordial tanto el cliente como el profesional que le atiende. (Alpuente, 2008) afirma que en dichas empresas se gestionan percepciones, como todos sabemos, la percepción es algo totalmente subjetivo e influenciado por multitud de variables: valores, creencias, expectativas, hechos pasados, condiciones innatas de nuestros sentidos, etc. Como se ve, dichas percepciones pueden intervenir en la curación de los clientes “muchas veces curan las percepciones”. En este contexto adquiere un papel preponderante la comunicación informal, en concreto aquella relativa a la comunicación no verbal, “Las maneras de hacer, de moverse, incluso el tiempo de espera, indican cosas y son interpretadas” (Busquets y Caïs, 2006: 18).

Por su parte, Beauchamp especifica la implicación que los principios de “respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia” tienen en las relaciones

profesionales entre el sanitario y el usuario. Y afirma las obligaciones que expresan estos principios: “veracidad, intimidad, confidencialidad y fidelidad”. La veracidad en muchas ocasiones está relacionada con la información de veracidad y en ocasiones puede entrar en conflicto con otras obligaciones, como la intimidad y la confidencialidad (Beauchamp y Childress, 2002: 379 y 436).

Finalmente Gracia, clarifica la visión de profesión, situando las profesiones sanitarias en el contexto de la realidad actual. Desde ahí, establece las diferencias que existen entre las características de profesión aceptadas por todos los autores hasta el siglo XX y las exigencias de futuro que reclama el siglo XXI. Afirmando que: “El modelo clásico está siendo sustituido por otro modelo que no reconoce las diferencias tradicionales entre profesiones y oficios y considera necesario acabar con los privilegios de que venían gozando los profesionales” (Gracia, 2004: 81). El recuadro siguiente elaborado siguiendo a (Gracia, 2004: 80-83), resume lo dicho anteriormente:

Cambios en las profesiones sanitarias	
Consenso de todos los autores	Cambios inminentes S. XXI
• <i>Alta cualificación moral y la búsqueda de la excelencia.</i> Existencia de normas éticas muy estrictas, compiladas en forma de juramentos, códigos éticos, etc.	• Se desvanecen las diferencias tradicionales entre profesiones y oficios. • La exigencia en todos ellos de: • una alta cualificación moral y la búsqueda de la excelencia
• <i>Impunidad jurídica.</i> De los profesionales se espera que tengan un gran autocontrol moral de su actividad a la vez que les asegura una prácticamente total impunidad	• Tanto las profesiones como los oficios deben someterse al mismo tipo de control jurídico, civil, penal, laboral o administrativo. • Existencia -en todos los roles- de responsabilidades jurídicas ante los tribunales ordinarios.
• Carácter no directamente mercantil o económico. • “Instituciones sin ánimo de lucro”	• Empresas sanitarias supra personales enormes, a las que hay que plantear el problema del lucro o no lucro. • Basar el rol profesional al criterio de ausencia de
• Predominio de las actividades individuales	• Grandes instituciones sociales, grandes empresas

Recuadro 9: Cambios en las profesiones sanitarias. Fuente: elaboración propia

SÍNTESIS: Definición de autonomía

Como síntesis de este apartado, se recoge la definición de autonomía, elaborada por la propia autora: *Es la cualidad del comportamiento o relación de un sujeto, personal o colectivo, en su entorno, de acuerdo con su propia identidad, la dignidad y los derechos del otro, libre de toda coacción externa o interna.*

2. LA AUTONOMÍA COMO VALOR PROFESIONAL

2.1. ENFOQUE FILOSÓFICO

2.1.1. Fundamento humanista y enfoque holístico

La profesión de la enfermera en nuestro país desde el último tercio del siglo veinte hasta la actualidad ha sufrido un cambio radical, hemos evolucionado desde una perspectiva meramente vocacional –en sentido fundamentalmente confesional– pasando por un quehacer eminentemente técnico, hasta llegar a las "nuevas" formulaciones metodológicas de la profesión, en las que prima el enfoque integrador del ser humano y la concepción holística de las personas a quienes cuidamos.

La enfermería, por tanto, es una acción humana y no mecánica, cuyo fundamento es humanista. El sistema de planificación de cuidados necesita tener una concepción que le dé sentido, que fundamente las decisiones y argumente las acciones. Porque se trabaja con personas y el ser humano es un ser dinámico que se construye en el contexto social en el que se desarrolla.

Las principales escuelas de enfermería –de las necesidades, de la interacción, y del *caring*– sitúan la acción enfermera dentro de la filosofía humanista ya que destacan la dignidad de la persona humana y reconoce su importancia y superioridad frente al resto de realidades, desarrollando los principios de actuación a partir de la reivindicación de los valores humanos.

(Phaneuf, 1999: 3) en el párrafo siguiente sintetiza dicha afirmación:

El pensamiento filosófico es el fundamento de un sistema e influye en toda su organización. La filosofía humanista implica ante todo el respeto a la persona: respeto a su dignidad, su intimidad, sus posibilidades, es decir, su capacidad de decidir, de adaptarse y de actuar por sí misma.

Así mismo, los cuidados enfermeros, según varios autores, se basan en la filosofía holística,⁽¹³⁾ que propone una visión más global de la persona y pretende alcanzar todas las esferas del desarrollo del ser humano: la intelectual, la afectiva, la social y la espiritual. Por consiguiente, la visión holística de la realidad supone entender los procesos como, “irregulares, aleatorios, conflictivos, inciertos, singulares y dependientes del contexto” (Medina, 1999: 112), y requiere profesionales capaces de tomar decisiones autónomas, que gestionen de manera excelente dichos procesos.

Siguiendo lo marcado por el informe Belmont, la dignidad de la persona receptora de cuidados es el eje en el que se sostiene la práctica profesional enfermera. Se funda en el valor incondicional del ser humano, de su libertad y dignidad. La humanidad, implica respeto hacia las personas, “no como medios útiles al servicio de las/los profesionales, para alcanzar sus finalidades, si no como entidades que deben ser cuidadas” (Ramió, 2005: 307). La libertad y la dignidad, como se ha reflejado en el primer apartado, suponen dos dimensiones significativas, la del usuario y la del profesional enfermero. (Feito, 2000: 173), lo refleja de la siguiente manera: “La meta de la enfermería es el «buen cuidado» [...] promoción del paciente en todas las dimensiones como persona: física, relacional, social, psicológica, moral y espiritual [...] que apoyan su propuesta en un elemento fundamental de toda teoría ética: el respeto a la dignidad de la persona”.

De los principios éticos se desprenden deberes y derechos, tanto para los usuarios como para los profesionales: por una parte respetar y potenciar la autonomía del usuario, familia y comunidad; y por otra contribuir al desarrollo y la potenciación de la autonomía profesional. Estas dimensiones, además, conllevan unos valores y

¹³(Phaneuf, 1999: 4) enuncia los principios más conocidos del enfoque holístico:

- la complementariedad de las experiencias vividas desde el punto de vista físico, emotivo, intelectual, social y espiritual;
- la persona considerada como un todo;
- el desarrollo de la autonomía y de la responsabilidad de la persona frente a sí misma y a la sociedad;
- el reconocimiento de valores fundamentales superiores, la interpretación espiritualista de la vida;
- la presencia del fin último de la vida y de la sociedad: participar en el crecimiento individual de la persona.

unas actitudes profesionales que se analizarán posteriormente en el enfoque ético-moral.

2.1.2. La autonomía a través de los modelos y teorías en enfermería

En este apartado, se revisa la conceptualización de la autonomía a través de las diferentes Escuelas, clasificadas según sus bases filosóficas y científicas. Desde este enfoque se pretende analizar tres conceptos relacionados con la autonomía: la profesión, la autonomía de la enfermera y la autonomía del usuario.

En cuanto a las teorías y modelos de enfermería, siguiendo a (Kérouac, 1996: 19), se pueden agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas,⁽¹⁴⁾ todas ellas pertenecientes a los tres paradigmas: categorización, integración y transformación.

La totalidad de las escuelas coinciden en el reconocimiento de la autonomía, tanto de la enfermera como de la persona a la que se prestan los cuidados. Comentario especial merecen la escuela de las necesidades, la de la interacción y la del caring.

La Escuela de las necesidades viene representada por dos autoras: Henderson y Orem, quienes centran su teoría en el cuidado que se basa en la independencia de la persona para satisfacer sus necesidades fundamentales o en su capacidad para llevar a cabo sus autocuidados (Henderson, 1971; Orem, 1983).

Virginia Henderson, referencia básica para este trabajo, en la obra citada, conceptualiza la necesidad de autonomía de la persona no como una carencia, sino como un requisito indispensable para la vida.⁽¹⁵⁾

¹⁴ “Escuela de las necesidades, escuela de la interacción, escuela de los efectos deseados y de la promoción de la salud, escuela orientada hacia la persona, escuelas del ser humano unitario y la escuela del caring” (Kérouac, 1996: 27).

¹⁵ Virginia Henderson define su modelo como la: “Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona con referencia al desarrollo óptimo de su independencia”. Considera como uno de los parámetros fundamentales que, “la salud depende, en gran parte, de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades”. Entiende que el Rol esencial de la enfermera es el de suplencia y los define como “Ayudar al individuo sano o enfermo, al

Por su parte Orem (1991), quien basa su modelo en el “autocuidado”, afirma que la posibilidad de ejercer los autocuidados, está unida a la capacidad de decidir, emprender o ejercer una acción personal. El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados (Marriner y Raile, 2007: 271).

En la escuela de la Interacción, (Meleis, 1992: 3) afirma que las enfermeras pertenecientes a esta corriente filosófica, que esta escuela ha centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona. Sus representantes más destacadas son: Ida Orlando, Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad.

Estas autoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención, materializando el ejercicio de la autonomía. Afirman, que debe mantenerse la integridad de la persona que es capaz de reconocer sus necesidades, y que tiende hacia su actualización.

Mención especial merece la perspectiva de (Orlando, 1962: 99), pionera en la definición de la enfermería como profesión autónoma, quien afirma que debería desarrollarse como una profesión diferenciada con un funcionamiento autónomo. En un trabajo posterior (Orlando, 1972: 89) asevera que: “la función de la enfermería consiste en descubrir la necesidad inmediata de ayuda del paciente y satisfacerla”.

La escuela del caring tiene como conceptos centrales el caring y la cultura. Se sitúa en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la

mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirla en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos” (Henderson, 1971; Phaneuf, 1999: 17), siguiendo a Henderson, aclara el concepto de independencia: [...] El nivel de dependencia de la persona enferma es a veces bajo, pero a pesar de todo hay que permitirle hacer aquello de lo que es capaz.

Para aclarar el concepto de autonomía de Virginia Henderson, (Phaneuf, 1999: 12), cita a Erickson: “El término autonomía toma un significado particular, que va mucho más lejos de la capacidad de gobernarse. Dicho término incluye una independencia emocional que permite a la persona librarse de pensamientos y sentimientos que existen en su medio. Manifiesta un alto grado de competencia en sus elecciones y en el control de sus acciones. Sus decisiones están determinadas por su personalidad más que por una reacción a las fuerzas del entorno. Se trata de una tendencia al crecimiento que se desarrolla a lo largo de la vida” (Erickson, 1968).

transformación –caring, significa facilitar y ayudar respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas–. Son sus precursoras: (Leininger, 1988; Watson, 1988a: 424).

Para Watson (Watson, 1979: 78) cuidar significa un "compromiso con". Es un razonamiento y un ideal moral profundo, su objetivo fundamental es la protección y preservación de las dimensiones humanas, que define como el respeto a la dignidad humana, la autonomía del enfermo y la comprensión de los sentimientos y emociones de los que cuidamos.

Todas las teorías y modelos desarrollan la disciplina enfermera en base a los cuatro conceptos esenciales señalados por (Flaskerud y Halloran, 1980: 4; Fawcett, 1984: 87): *cuidado, persona, salud y entorno* que actualmente conforman el metaparadigma enfermero. En esta investigación se adopta la definición hecha por la escuela del caring, –desde la óptica del Paradigma de la Transformación–, por ser la que mejor se adapta al planteamiento realizado.⁽¹⁶⁾

En el recuadro 10, se sintetizan las aportaciones mencionadas referentes a los conceptos de cuidado, autonomía enfermera y autonomía del usuario, según diversos modelos y teorías de enfermería.

¹⁶ La “persona”, es considerada como un ser único, cuyos componentes forman una unidad que constituye un todo indisoluble mayor que cada una de sus partes y distinto de ésta. Posee capacidad de conocerse, reflexionar, comprometerse en acciones deliberadas y voluntarias y utilizar sus ideas en beneficio propio y de los otros. Evoluciona en la búsqueda de la calidad de vida, que define según su potencial y sus prioridades, determinadas por sus valores culturales.

La, “salud”, a la vez que un valor, es una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona y hace referencia al bienestar y la realización del potencial de cada uno. Es un proceso dinámico y continuo de adaptación de todas las potencialidades de la persona frente a la complejidad del entorno. Es una forma de vivir optimizando los recursos disponibles para ser felices y productivos consigo mismos y con el grupo. La experiencia de enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, siendo ésta un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

El “entorno”, está constituido por el conjunto del universo del que la persona forma parte. La persona y el entorno están en constante cambio mutuo y simultáneo. Implica la toma de conciencia por parte de cada persona de cómo los cambios en el entorno influyen en su situación de salud.

El “cuidado”, es el proceso de ayuda a las personas, dirigido a facilitar su desarrollo vital y su bienestar tal y como lo definen Watson y Leininger, por lo que ha de implicar el reconocimiento de sus valores, cultura, creencias y convicciones. Incluye la comprensión de los factores biológicos, así como los comportamentales y sociales del ser humano ante problemas de salud. Conlleva modos de ayuda basados en una ciencia y un arte humanista. La Ciencia Enfermera es concebida, por tanto, como una Ciencia del Comportamiento y de la Salud de las personas en todas las edades de la vida (Kérouac, 1996: 48-56).

Modelo/ Teoría	El cuidado	Autonomía enfermera	Autonomía usuario
V. Henderson (1955) Escuela de las necesidades	Independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.	Ayudar al individuo, sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirle en los últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos.	Conceptualiza la necesidad de autonomía de la persona, no como una carencia, sino como un requisito indispensable para la vida.
D. Orem (1991) Escuela de las necesidades	Capacidad para llevar a cabo sus autocuidados.	Ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados, utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.	Afirma que la imposibilidad de ejercer los autocuidados, está unida a la capacidad de decidir, emprender o ejercer una acción personal.
Ida Orlando (1962) Escuela de la interacción	Hace especial hincapié en la relación recíproca entre enfermera y paciente.	La enfermería es una profesión diferenciada, independiente de otras disciplinas. Descubrir las necesidades de ayuda inmediata de los pacientes y satisfacerlas.	Destaca los elementos del proceso enfermero y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso.
H. Peplau (1990)	Dos categorías resumen las interacciones para la salud: las demandas fisiológicas, y las condiciones interpersonales.	Instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.	Promueve el aprendizaje constructivo. La enfermera y el paciente tienen que conocerse y respetarse como personas iguales y a la vez diferentes. Personas que se esfuerzan en colaboración para resolver problemas de manera productiva.
Jean Watson (1985) Escuela del caring	Sitúa las prácticas del cuidado y de curación en un nuevo paradigma que reconoce la relación simbólica entre la humanidad-tecnología-naturaleza y el universo más grande y más extenso.	La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprenden el contexto profesional y la misión de la enfermera -su razón de ser- para la sociedad.	Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje.
M. Leininger (1985) Escuela del caring	Se centra en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural y en la diversidad y universalidad del mismo	Prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación, sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás. Tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística, en un período de tiempo concreto, e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural y los valores, el contexto del entorno.	Tiene presente el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias y grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basados en sus estilos de vida, según su cultura.

Recuadro 10: Síntesis de las aportaciones de los distintos modelos enfermeros. Fuente: elaboración propia

2.2. ENFOQUE PSICOLÓGICO

2.2.1. La autonomía, ingrediente psicológico de la profesión de enfermería

El principal fundamento del ejercicio de la autonomía en los cuidados enfermeros, deriva del hecho de pertenecer a la profesión enfermera, que como toda profesión, tiene una función social. La sociedad reconoce la importancia de su función y demanda a los profesionales que asuman su papel con responsabilidad moral (Vielva, 2002: 32). En el caso de las enfermeras esto ocurre en mayor medida al relacionarse directamente con personas, lo que conlleva unos deberes y unas responsabilidades con ellas y con la sociedad.

Convergentes con el principio de la responsabilidad moral, son los criterios de identidad que toda profesión tiene para poder erigirse como tal. Se destacan los de la profesión enfermera aportados por (Phaneuf, 1999: 64): la labor de enfermería es ejercida por un grupo de trabajadoras que comparten valores y fines; con conocimientos propios; y que se define como un servicio a la comunidad; cuyo objeto de cuidados es la persona; que supone confianza y está legalmente reconocida y aceptada socialmente como tal.

En concreto, con respecto a la capacidad de autonomía de la profesión enfermera, este autor señala:

Goza de una autonomía indiscutible para la realización de ciertos actos; de otro modo sus miembros no serían más que simples ejecutoras, no unas profesionales. Se sitúa en una relación de respeto y de colaboración con los demás. Ejerce su propio control sobre el servicio ofrecido a la población y sobre su campo de actuación.

Los enfermeros son expertos en proporcionar cuidados para satisfacer las necesidades derivadas de los problemas de salud, de los individuos, las familias y los grupos sociales en las distintas etapas del ciclo vital, así como en el acompañamiento a la muerte. Identificando sus capacidades y estableciendo una relación de ayuda para

compensar sus limitaciones, guiarles, apoyarles, enseñarles y promover un entorno favorable a su desarrollo.

La práctica de enfermería difiere de la práctica médica. La enfermera, contribuye a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores de las personas (cuidado integral). Dichas intervenciones marcan una diferencia en la vida de las personas, mostrando así el cuidado como una oportunidad que permite a las personas dar sentido a sus experiencias derivadas de las desviaciones de salud y a su vida. “Los profesionales enfermeros tienen que asumir en las organizaciones sanitarias el peso, responsabilidad y autoridad que les corresponden a los cuidados enfermeros en función del valor añadido que aportan al producto sanitario” (Ferro, 2005: 20).

2.2.2. Autonomía, dimensión relacional y emocional

Es necesario reflexionar sobre la importancia e implicaciones de las dimensiones relacional y emocional en el ejercicio de la autonomía. Ambas dimensiones tienen un carácter de complementariedad y de corresponsabilidad, siendo evidente que la gestión de las emociones influirá directa o indirectamente en las propias relaciones y viceversa.

(Collière, 1993: 283), advierte de esta realidad y refiere con respecto a los cuidados de enfermería, que “están marcados por las concepciones, las creencias y los valores con los que están vinculados tanto los que requieren cuidados como los que los procuran”. Por tanto, se puede afirmar que la relación terapéutica enfermera/paciente, se caracteriza por:

- Ser compleja.
- Estar sujeta a la intervención de variables interdependientes.
- Recibir influencia de conceptos interrelacionados.
- Ser propensa a cambios.

A. La *dimensión relacional* se evidencia en la relación interdisciplinar y en la relación enfermera-individuo/ familia/ y/o comunidad.

La ética de mayor vigencia histórica en el ámbito de los cuidados paliativos, en el del feminismo y en el de la enfermería, como afirma Gracia ha sido la «ética de la convicción», considerada también «ética del cuidado» y basada en la autoridad y en la obediencia, la primera ejercida tradicionalmente por los médicos y la segunda por las enfermeras. Cada vez más las enfermeras han ido asumiendo esta «ética del cuidado» basada en un principio básico que “ha sido la obediencia ciega a la autoridad profesional, tanto en el orden técnico como en el ético”. Esta realidad ha marcado profundamente el trabajo enfermero (Gracia, 2004: 480).⁽¹⁷⁾

Con respecto a la relación que se establece entre un profesional sanitario y el usuario cabe destacar que “el cuidado se constituye como una relación interpersonal orientada a la salud y el bienestar de la persona cuidada” (Medina, 1999: 112). Por otra parte, dicha relación no puede considerarse como una relación lineal en la que intervienen sólo ellos como si se tratara de un acto solitario, se trata de una relación triangular en la que se encuentran implicadas terceras partes que convierten la relación en un acto social. En dicha relación, se considera a la familia como unidad básica de cuidados sanitarios.

También (Beauchamp y Childress, 2002: 86) hace referencia a este componente relacional, cuando afirma que “las exposiciones, las discusiones y la toma de decisiones en la asistencia sanitaria se convierten siempre en cuestiones familiares que cuentan con el apoyo del equipo sanitario”.

La importancia de la relación enfermera/paciente queda reflejada por (Marriner y Raile, 2007: 432) al hacer referencia a los modelos y teorías en enfermería. Todos los modelos hacen especial hincapié en la “relación recíproca entre el paciente y la enfermera”.

¹⁷ Se asumen los dos fundamentos que, según (Gracia, 2004: 461), condicionan dicha dimensión: la supremacía de la «ética de la convicción» o también llamada «ética del cuidado» en el ámbito sanitario, y la relación triangular que se establece entre todos los protagonistas, lo que la convierte en un acto social.

Schmieding a partir de los escritos de Orlando enuncia los siguientes supuestos acerca de la relación enfermera-paciente: “la relación enfermera-paciente es global y dinámica [...] El fenómeno del encuentro enfermera-paciente representa una fuente principal de conocimiento enfermero” (Marriner y Raile, 2007: 435).

El mismo autor enuncia supuestos sobre los pacientes: “Los pacientes poseen una capacidad inicial para comunicar sus necesidades de ayuda”. “La conducta del paciente es significativa”. “Los pacientes son capaces de comunicarse verbalmente (y no verbalmente cuando no son capaces de ello)” (Marriner y Raile, 2007: 435).

Para (King, 1981: 130), es tan importante la interacción, que da nombre a su modelo: “Marco de sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos” expresándolo de la siguiente forma: “La conciencia de las complejas dinámicas de la conducta humana en las situaciones de enfermería sugirió la formulación [de King] de un marco conceptual que representa sistemas personales, interpersonales y sociales como dominio de enfermería” (Marriner y Raile, 2007: 300).

La profesión de enfermería según el modelo de King funciona básicamente mediante interacciones con individuos y grupos con el entorno. “[...] la enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal. Las percepciones de una enfermera y de un paciente también influyen en el proceso interpersonal” (Marriner y Raile, 2007: 302).

Watson por su parte, recoge entre sus principales supuestos la importancia de la relación interpersonal, “el cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal” por otra parte destaca la importancia que tienen las relaciones con el resultado terapéutico, esto queda reflejado en la siguiente afirmación: “el centro de la enfermería son las relaciones enfermera-paciente, que son consecuencia de un resultado terapéutico” (Watson, 1988b: 52).

(Peplau, 1990: 219), acentúa la importancia de la relación interpersonal con el paciente y constata el hecho de que la enfermera es un *observador participante* en las relaciones de ayuda. Debe concebirse como *instrumento y objeto* de observación al mismo tiempo que participa en la interacción entre ella y un paciente o grupo. “Las

enfermeras –como cualquier otro ser humano– actúan sobre la base del significado que tienen para ellas los acontecimientos, es decir, sobre la base de su interpretación inmediata del clima y resultados que transpiran en una determinada relación”. De la misma manera, el paciente actúa desde el significado que para él tiene la enfermedad. “La interacción enfermera-paciente es fructífera cuando opera en la situación un método de comunicación que identifica y utiliza los significados comunes”.

(Feito, 2000: 172), refiere que la relación entre la enfermera y el paciente está basada en principio, en: “el reconocimiento del otro como persona única y valiosa en sí”; también se debe tener en cuenta, “la implicación enfermera con el proceso de atención, la preocupación por el otro”; y por último “la libertad del paciente para participar activamente en la relación y en el proceso de cuidado”.

La teoría de enfermería de la “bioética sinfonológica” de (Husted y Husted, 2001), añade dos elementos importantes para la interacción entre los diferentes actores, y que podría resolver los posibles conflictos surgidos de tales autonomías. Estos son “el acuerdo y los derechos” ⁽¹⁸⁾.

Reconocida esa interacción, hay que advertir que ésta experimenta una modificación sustancial por la demanda de autonomía, tanto por parte del usuario – familia y comunidad– como de la enfermera. En dicha relación, se necesita superar los patrones paternalistas, superando el modelo informado para establecer el compartido. Lo que significa respeto por la autonomía y la dignidad de los pacientes y ofrecer la posibilidad de compartir responsabilidades, información y decisiones por parte de los profesionales sanitarios. “Existen evidencias que indican que cuando los pacientes llegan a una situación de igualdad con sus cuidadores tanto en la toma de decisiones

¹⁸ [...] “El acuerdo es un estado de conciencia compartido que sirve de base para la interacción” (Husted y Husted, 2001: 61). El acuerdo crea el espacio en el cual tienen lugar el trabajo de enfermería y todas las demás interacciones personales. Todos los acuerdos están dirigidos hacia una meta final que debe alcanzarse a través de una interacción que se ve posibilitada por la comprensión.

[...] La sinfonología considera los derechos como un concepto unitario y aporta la siguiente definición: “El producto de un acuerdo implícito entre seres racionales, al que se ha llegado gracias a la racionalidad de éstos, que consiste en abstenerse de conseguir que los demás realicen determinadas acciones y en aprovecharse del producto de estas acciones, a no ser por el consentimiento expreso de los otros (Husted y Husted, 2001: 4).

como en los tratamientos, los resultados mejoran, los gastos se reducen y la satisfacción aumenta” (Busquets y Caïs, 2006: 135).

Es a partir de aquí, que la relación enfermera/ paciente, se resuelve teniendo en cuenta dos tiempos: por una parte “*descubrir* a la persona a partir de lo que dice” y por otra “*descifrar* lo que las personas o los grupos intentan decir” (Collière, 1993: 244). Esto se articula a través de la relación de ayuda que se establece entre la enfermera que administra cuidados y los sujetos receptores de los mismos. Dicha relación de ayuda, requiere de comunicación e interacción; desde una aceptación incondicional, actitud empática, escucha activa y asertividad; al mismo tiempo que se favorece y potencia la implicación y el protagonismo del otro. A medida que el proceso de interacción progresa hacia la relación de afinidad, se obtiene el potencial necesario para que esta relación se convierta en terapéutica.⁽¹⁹⁾

B. La *dimensión emocional*⁽²⁰⁾ incluye sentimientos, emociones, deseos y expectativas. Reflexionar sobre esta dimensión nos ayudará a comprender, clarificar, jerarquizar los valores. En definitiva facilitará el ejercicio de autonomía, tanto personal como profesional.

En la actual sociedad y en concreto en el mundo sanitario, se hace mucho hincapié en la importancia de la humanización que va unida al mundo de los valores. “Las necesidades emocionales del paciente encuentran su marco de expresión y respuesta en esa relación entre el receptor y el agente de cuidados” (Vielva, 2002: 228), siendo el papel de la enfermera clave en la humanización de la asistencia.

En el último siglo gracias a la obra de Freud y a todo el movimiento psicoanalítico, hemos aprendido mucho sobre la importancia de las emociones y los

¹⁹ Los elementos básicos de esta relación terapéutica son: “El pensamiento terapéutico; la empatía; la escucha receptiva y reflexiva; la atención a las emociones del paciente; el acompañamiento del paciente en sus reflexiones; ayudar al paciente a aumentar su dignidad; la autorreflexión y auto-observación (Valverde, 2007: 25).

²⁰ “El término *emoción* se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan. [...] conviene pensar en las emociones en términos de familias o dimensiones, y en considerar a las principales familias –la ira, la tristeza, el miedo, la alegría, el amor, la vergüenza, etcétera– como casos especialmente relevantes de los infinitos matices de nuestra vida emocional (Goleman, et al., 2002: 443).

sentimientos en la vida humana. Es a través de la educación en valores como conseguiremos humanizar el mundo de la salud y la enfermedad.

En nuestro país, la educación en valores está contemplada en órdenes y decretos que regulan su inclusión en los centros docentes, en concreto el (Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre), reafirma la importancia de la educación en valores en todos los ámbitos, áreas o materias que componen el currículo de cada una de las etapas de la Educación Primaria.⁽²¹⁾

El aprendizaje de la gestión de los valores es imprescindible dentro de la titulación de enfermería, lo que permitirá a los profesionales modular su conducta, orientándola al logro de objetivos preestablecidos y, hacerlo con eficacia. De acuerdo con la ideología humanista, como se ha visto anteriormente, se reconoce el poder del conocimiento de los valores como creador de riqueza, es decir de capacidad para proyectar el futuro en los marcos de la excelencia y de la belleza.

El sistema de creencias y valores desde la perspectiva individual busca una interacción positiva con el del colectivo, el del entorno sociocultural, aun cuando se producen desacuerdos, incluso contraposiciones. Así mismo es por todos aceptado que la empatía y la compasión son valores necesarios para poder llevar a cabo relaciones interpersonales de ayuda, y requieren que el profesional trabaje en alguna medida sus propias emociones. “A veces el comportamiento del médico o de la enfermera refleja conductas de alejamiento que se deben más a su propio miedo o incapacidad para dar respuesta que a la necesidad de la persona que atiende” (Busquets y Caïs, 2006: 51).

La comprensión de las emociones al mismo tiempo que éstas suceden y la necesaria reflexión individual y colectiva sobre las mismas, permitirá conseguir una

²¹ En dicho decreto se establecen una serie de competencias curriculares, entre las que se encuentra la competencia social y la competencia ciudadana. Parece pertinente añadir el texto donde se recogen las capacidades que se quieren desarrollar con esta competencia:

1. Desarrollar la autoestima, la afectividad y la autonomía personal en sus relaciones con las demás personas, así como una actitud contraria a la violencia, los estereotipos y prejuicios.
2. Desarrollar habilidades emocionales, comunicativas y sociales para actuar con autonomía en la vida cotidiana y participar activamente en las relaciones de grupo, mostrando actitudes generosas y constructivas.
3. Conocer y apreciar los valores y normas de convivencia y aprender a obrar de acuerdo con ellas.
4. Reconocer la diversidad como enriquecedora de la convivencia, mostrar respeto por las costumbres.

adecuada gestión de la autonomía y favorecerá la perspectiva y el análisis crítico ante una situación concreta. “Las pasiones y emociones son, pues, impresiones que nos ponen en contacto con las cosas; son ventanas que nos abren a la realidad” (Gracia, 2004: 364).

Es por tanto necesario preparar a los futuros profesionales para manejar los sentimientos de incertidumbre que provoca toda situación de administración de cuidados enfermeros individualizados o colectivos. Así mismo, es fundamental que toda persona que se dedique a la profesión enfermera, a la par que se forma en el plano cognitivo, desarrolle sus capacidades de inteligencia emocional, entre otras: tome conciencia de sus propias emociones; adquiera la capacidad de gestionarlas y sea capaz de motivarse a sí mismo (Goleman, et al., 2002: 435-436).

2.2.3. Autonomía en los cuidados enfermeros y la comunicación terapéutica

Los cuidados enfermeros y la implícita comunicación terapéutica, como ya se ha reseñado con anterioridad, implican variables emocionales que deben ser adecuadamente interpretadas.

(Kérouac, 1996: 64), sostiene, que “la esencia de la disciplina enfermera es el cuidado y los principios fundamentales son la confianza, compasión, comunicación y actitud apropiada para el acto del cuidado”. Estos principios no se oponen ni sustituyen a los enunciados en las normas, valores o reglas morales, que hemos comentado anteriormente.

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, *es un acto de reciprocidad* que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales (Collière, 1993: 234).

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa (Collière, 1993: 253) cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud-enfermedad estando

presente, son acciones invisibles. El cuidado exige reflexión, apoyo, confort y educación; también exige conocimiento de la persona, de cómo funciona, cuál es su entorno y sus creencias. Para cumplir con la exigencia del cuidado la enfermera necesita conocimiento, compromiso e implicación y un mínimo de tiempo.

La práctica de enfermería en este contexto sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un medicamento). Ello plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud. Entonces el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual⁽²²⁾ (Benner, 1984). Así, los planes de cuidado estandarizados, pueden servir de guía, aunque nunca deben sustituir el juicio clínico y la discreción; los planes de cuidados personalizados son imprescindibles en la aplicación de cuidados enfermeros, utilizando “la mejor evidencia disponible y estableciendo la razón fundamental de una acción” (Tapp, et al., 2005: 124).

Un tema muy importante a tener en consideración es el poder terapéutico y liberador que ejercen las enfermeras sobre el individuo y su entorno, y el poder que ejercen estos sobre la propia enfermera.

El poder de los cuidados de enfermería puede ser identificado como liberador cuando es creador, cuando estimula o suscita todo aquello que va a permitir la regeneración, el desarrollo de la capacidad de vivir, tanto en la persona cuidada como en el cuidador, ya que ambos participan en un mismo acto de nacimiento o de renacimiento de la vida, incluso hasta el umbral de la muerte (Collière, 1993: 318-319).

Desde esta perspectiva, resulta oportuno preguntarse cómo el ejercicio de la autonomía incide en los cuidados enfermeros y comunicación terapéutica.

²² Benner afirma que el nuevo conocimiento y la comprensión se forman articulando significados, habilidades y conocimientos previamente dados por sentado e implícitos en la práctica clínica. “La experiencia se desarrolla cuando el clínico prueba y mejora las proposiciones, las hipótesis y las expectativas, basadas en principios en las situaciones reales de práctica” (Benner, 1984: 3).

Otro aspecto del ejercicio de la autonomía lo recuerda (Phaneuf, 1999: 65), al afirmar que “la autonomía de la enfermera no se ejerce tanto en el tipo de actos que realiza como en su forma de realizarlos”

En definitiva, la autonomía en el ejercicio de la profesión enfermera, al igual que en otras esferas del trabajo profesional, sólo se puede ejercer en el ámbito de los microprocesos, en las distancias cortas, en el contexto de las emociones, y en la interacción con los otros. Son estas situaciones donde la relevancia de las decisiones generalmente serán mínimas, aunque posiblemente la trascendencia de las mismas será mayor.

Por el contrario, en el ámbito de los macroprocesos, al estar protocolizados o formalizados, pueden generar más obstáculos a la hora de tomar decisiones autónomas, e incluso tienen el riesgo de ser irresponsables.

Ahondando en esta cuestión, será necesario clarificar los diferentes escenarios donde se puede ejercer la autonomía. Diferenciamos el *escenario transversal*, –aquel donde existe la concurrencia de diferentes procesos, es decir aquellos que requieren una toma de decisiones, pero en los cuales la enfermera no ejerce sus competencias–; y por otra parte el *escenario longitudinal*, se refiere a aquellos procesos en los que la enfermera tiene plena competencia.

Por otra parte, conviene recordar que el ejercicio de la autonomía sólo es pertinente en los escenarios longitudinales, pues aunque el profesional tenga un dominio de competencias genéricas, no se alcanzará el nivel de competencias específicas necesarias para tomar decisiones adecuadas a las necesidades planteadas. Y aunque el ejercicio de la autonomía en un escenario transversal pueda ser considerado un acto de irresponsabilidad, porque las personas no son competentes en todos los ámbitos de la profesión, las circunstancias pueden obligar a la enfermera a tomar una decisión autónomamente.

Finalmente, podemos constatar que no se puede ejercer la autonomía sino existe un alto grado de confianza y colaboración,⁽²³⁾ como recuerda (Fukuyama, 1996) “la confianza no es sólo algo moral, sino también está relacionada con la competencia y la capacidad humana”, por otra parte recuerda la importancia del aprendizaje de la colaboración “sin un esfuerzo de construcción del arte asociativo, no hay comunidad posible”.

2.3. ENFOQUE ÉTICO

2.3.1. Elementos éticos en los cuidados enfermeros

Una de las características de toda profesión es la búsqueda de la excelencia a través de normas éticas. Es la reflexión la que puede rearmarnos moralmente, es decir nos concede cierta autoridad moral.

Según refleja Feito, la enfermería es una práctica moral. Esto significa que integra una actitud o comportamiento ético, que es el cuidado excelente, basado en una virtud moral: la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos. Todo esto, como hemos visto anteriormente, se ejerce teniendo en cuenta unos patrones éticos y asumiendo una responsabilidad profesional. Podemos decir, como veremos en el siguiente apartado, que “ser buena enfermera” hace referencia a una idea de perfección moral (Feito, 2000: 208).

La persona en general y en nuestro caso la enfermera y el usuario, son interlocutores válidos a la hora de decidir normas que les afecten, Apel dice que “todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas” [...] “La persona se nos presenta ahora como un interlocutor válido” (Cortina, 1997a: 31).

²³ Textualmente, Fukuyama define así la cuestión: “Confianza es la expectativa que surge en una comunidad con un comportamiento ordenado, honrado y de cooperación, basándose en normas compartidas por todos los miembros que la integran. Estas normas pueden referirse a cuestiones de “valor” profundo, como la naturaleza de Dios o la justicia, pero engloban también las normas deontológicas como las profesionales y códigos de comportamiento”(Fukuyama, 1996).

Es por ello, por lo que a la hora de tomar una decisión sobre normas que afectan a enfermeras y a usuarios, se deben abordar desde el diálogo y la relación de ayuda, convergiendo en una lógica mínima de coherencia con el planteamiento de cada uno de ellos, para que, desde el respeto y la comprensión de las posiciones diferentes, se establezca un diálogo que favorezca el consenso. Es obvio, que dicho consenso ha de estar de acuerdo con los principios y valores de los propios actores y con aquellos que fundamentan la profesión enfermera y la profesionalización del cuidado. Es oportuno recordar, que en los centros sanitarios existen comités de bioética cuya razón de ser es el asesoramiento, dirigido a facilitar la coherencia de estos consensos con los principios de la bioética.

Autoras como (Feito, 2000: 86), consideran que los pilares básicos de la acción moral, son: la conciencia, la libertad y la responsabilidad. A lo largo de nuestro trabajo ya hemos resaltado la importancia de la autonomía en la práctica enfermera y que ésta, no puede darse al margen de la toma de conciencia y la responsabilidad.

2.3.2. Ética del cuidado – Ética de la responsabilidad

Como se vio en el primer apartado, la profesión enfermera está incluida dentro de la *ética del cuidado* que enlaza con la ética de la virtud y la ética de la responsabilidad.

Con respecto a la ética del cuidado, en apartados anteriores ya se ha hecho referencia a las dos autoras precursoras en la defensa de esta ética: Carol Gilligan y la filósofa Annette Baier. Beauchamp, refiriéndose a dicha ética, afirma que comparte premisas con el “comunitarismo”, hace críticas a los argumentos centrales del “liberalismo” y valora algunos rasgos típicos de las relaciones íntimas, como: “la piedad, la compasión, la fidelidad, el discernimiento y el amor”. Señala que el término “cuidado se refiere a la preocupación por el compromiso y el deseo de actuar por el

beneficio de las personas con las que se tiene una relación estrecha” (Beauchamp y Childress, 2002: 80).⁽²⁴⁾

Este mismo autor advierte que una moral basada en el cuidado, puede ser utilizada en la asistencia sanitaria, ya que se aproxima al razonamiento y al sentimiento, implícitos en los contextos clínicos. Además refiere que las reglas de comportamiento, no incluyen “la compasión, la amistad, la piedad y la confianza”, ni tampoco tienen relación con el principio de beneficencia. Cuidar implica responder a las necesidades del otro, de acuerdo con cómo él mismo, las ve y las siente (Beauchamp y Childress, 2002: 86).

Por su parte, Gracia en el prólogo del libro: Principios de ética biomédica de Beauchamp y Childress, hace referencia a la ética de la responsabilidad reconociéndola como más adecuada para el ámbito sanitario.

El término «ética de la responsabilidad» (*Verantwortungsethik*) surgió en 1919, cuando Max Weber la contrapuso a otra ética, que denominó «ética de la convicción» (*Gesinnungsethik*). La primera tiene la característica de ser más racional y la segunda más emocional. Los valores son para Weber emocionales y, en su mayor parte, irracionales. Por supuesto desempeñan un papel fundamental y, naturalmente, nadie puede prescindir de ellos. Pero necesitan ser controlados por la razón. De ahí la importancia de orientar la ética no sólo, ni principalmente, sobre los valores sino sobre fines. Un agente es responsable cuando se propone fines racionales y busca los medios

²⁴ Beauchamp, resume el enfoque filosófico de A. Baier, que defiende, al igual que otras autoras contemporáneas, la diferencia existente entre las teorías éticas tradicionales y las modificaciones aportadas por las mujeres:

la reflexión y el método utilizado por las mujeres que han escrito sobre la teoría ética son muy diferentes de las teorías tradicionales. Esta autora cree oír en las filosofías contemporáneas, a pesar de su diversidad, la misma voz a la que hace referencia Gilligan, solo que para Baier esta voz es “reflexiva y filosófica”. No acepta el énfasis casi exclusivo que la filosofía moral actual hace sobre las reglas y los principios universales, y rechaza los modelos Kantianos contractuales, basados en la justicia, el derecho y especialmente en la elección autónoma de los agentes libres e iguales. Baier considera que la cooperación social, especialmente la toma de decisiones dentro de las familias y las comunidades, se realiza en condiciones no elegidas e íntimas, y que no todos los agentes son iguales en la escala social. Su teoría no pretende afirmar que las teorías éticas tradicionales sean falsas o estén pasadas de moda, sino que sólo son capaces de captar una pequeña parte del gran mundo moral.

Baier no pretende encontrar un método ético que permita atar todos los cabos sueltos, sino una serie de pequeños sistemas que consigan ligar una parte de ellos. En un intento por relacionar la ética del amor con la ética de la obligación, propone que utilicemos «la confianza adecuada» como nexo de unión. No pretende que evitemos las obligaciones, sino que dejemos un pequeño hueco para la ética del amor y la confianza, así como para las relaciones humanas y la amistad. Los modelos tradicionales de teoría ética, por ejemplo, no consideran la gran importancia que tienen, en una relación padre-hijo o profesional sanitario-usuario, las responsabilidades asumidas por los primeros de cuidar, amar, atender a las necesidades y proporcionar sustento a los segundos (Baier, 1985: 81).

adecuados para la consecución de esos fines. La ética de la responsabilidad busca su racionalidad en el análisis del binomio medios-fines, en tanto que en la ética de la convicción la acción social se halla fundamentalmente dirigida por valores.

La tesis de Weber es que en el tema de la relación entre medios y fines hay dos posturas extremas, y una enorme gama de posiciones intermedias. Una postura extrema es la de quienes afirman que todos los medios son adecuados para la consecución de un fin correcto: el fin, dicen, siempre justifica los medios. En el extremo opuesto estarían quienes niegan que el fin pueda justificar nunca un medio que se considera malo ⁽²⁵⁾ (Gracia, 2002: XI).

Max Weber junto a otros defensores de la ética de la responsabilidad, participaron en la creación del fenómeno filosófico e histórico conocido como «crisis de la razón», que se fue decantando desde la muerte de Hegel, en 1831, hasta las primeras décadas de nuestro siglo.

Todas las disposiciones legales son instrumentos de una ética profesional, que influye en la mejor calidad de vida de los usuarios, aunque también es cierto que la ética enfermera no puede ser un mero recetario de buenas conductas, es preciso situarla en el centro mismo de la práctica clínica, hecho que da sentido a la misma.

Feito distingue dos conceptos de cuidado, que a la vez son complementarios:

El Cuidado como una “actitud del cuidado” o dicho de otra forma una “actividad de cuidar” (Solórzano, 2008) es toda acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad del otro. Toda colaboración desinteresada al bienestar de otra persona. Es una actividad que puede ser espontánea o regulada, realizada por

²⁵ [...] “Max Weber cree que en la realidad las cosas no son tan sencillas como las posturas extremas postulan. El ser humano tiene que justificar racionalmente la corrección de sus fines, y también debe hacerlo respecto de los medios, pero esta justificación racional no le permite nunca establecer criterios o reglas generales de carácter absoluto y carentes de excepciones. No hay duda, piensa Weber, de que no se debe mentir. Este es un principio fácilmente justificable con argumentos racionales. Pero tampoco la hay de que a veces mentir es necesario, so pena de lesionar otros principios morales de igual o mayor importancia.

La ética de la responsabilidad intenta justificar siempre racionalmente los fines de la acción y los medios utilizados, a la vista de las circunstancias concretas y habida cuenta de las consecuencias previstas. No funda la ética en meras abstracciones, porque no está convencida de que la razón humana sea capaz de formular principios deontológicos absolutos y carentes de excepciones” (Gracia, 2002: XI).

cualquier persona, basada en una relación entre seres humanos que promueve la supervivencia y puede tener contenido moral (Feito, 2000: 136).

El cuidado como “ética del cuidado” o tarea profesional está marcada por una dimensión normativa y estipulada. Se pueden distinguir dos aspectos: cuidado como acción tipificada y cuidado como bien interno⁽²⁶⁾ (Feito, 2000: 153-164).

Salvaguardar la dignidad del usuario, el respeto a su dignidad o un trato digno son las proposiciones que acompañan a la definición de unos buenos cuidados de enfermería. Compartimos la opinión de Vecillas sobre el valor de la dignidad humana en la aplicación del cuidado enfermero:

Si atendemos, pues, al concepto de salud en su paradigma bio-psico-social y la consideración del hombre como ser vulnerable y por tanto, el cuidado debe procurar la salvaguarda, el respeto y el desarrollo de la dignidad como parte consustancial de la naturaleza humana.

El componente siempre humano del cuidado debe reservar un espacio para confortar al usuario y para que este reciba un trato digno (Vecillas, 2008).

Como se puede desprender de todo lo dicho anteriormente, defendemos en nuestro enfoque moral teorías que pueden parecer, a priori, contradictorias. Esto es así, puesto que la realidad en su mayoría es muy compleja y en el razonamiento moral como afirma Beauchamp “frecuentemente apelamos a mezclas de principios, reglas derechos, virtudes, pasiones, analogías, paradigmas, parábolas e interpretaciones. Normalmente, no es posible priorizar y determinar cuál de los elementos es el principal, como tampoco lo es prescindir de la teoría ética en general” (Beauchamp y Childress, 2002: 104). No obstante, en la práctica parece necesaria la articulación de ambas éticas, dependiendo de las circunstancias en que se desarrolle la vida humana (Feito, 2000: 189).

²⁶ Bien interno es lo que legitima algo como propio de la profesión: el cuidado en enfermería. El modelo de fundamentación de la ética se refiere a la dimensión de solicitud del cuidado, los cuidados y la ética del cuidado. Se entronca con la ética de la virtud y de la responsabilidad. Así pues, podemos definir la ética de los cuidados como “análisis del cuidar como actividad profesional y su dimensión moral”, la interrelación entre ambos conforma los modelos de enfermería. Introduce dos modos de entender el cuidado: como una finalidad en la labor de enfermería y como medio que permite logra el fin (Solórzano, 2008).

2.3.3. Valores y actitudes de la profesión enfermera

Las personas orientan su vida por valores de distinto significado: estimamos o desestimamos; elegimos o rechazamos. Aunque el valor se otorga de modo individual, como afirma (Cortina, 1997b: 76) “ser y valer no se identifican”.

El Sistema Nacional de Salud, como organización reclama a los profesionales los siguientes valores, que se explicitan en el recuadro 11 (Fundación Salud, Innovación, Sociedad, 2009: 83):

Valores Profesionales	
• Flexibilidad • Adaptación • Respuestas globales	• Transformar conocimiento individual en colectivo • Ejercicio de la autonomía • Interdisciplinariedad

Recuadro 11: Valores profesionales. Fuente: elaboración propia

El ejercicio de la actividad enfermera, como ya hemos resaltado, se inspira en unos valores y actitudes que influyen en el hacer, es decir, que regulan la conducta del individuo. Con el paso del tiempo estos valores se han ido traduciendo en normas de conducta y configurando la profesionalización del cuidado. Diversos autores han destacado los valores y actitudes que sustentan la profesión enfermera (ver recuadro 12).

Feito, siguiendo a Taylor, nos propone articular los elementos del cuidado con las virtudes y las obligaciones morales. El punto de partida es el establecimiento de seis condiciones necesarias y suficientes para el cuidado profesional: “conciencia, libertad y responsabilidad”(Feito, 2000: 203).

Valores y actitudes de la profesión enfermera	
CASADO	Valores: Compromiso personal y profesional. Mantenimiento de la dignidad y respeto a las diferencias. Autonomía y autodeterminación. Individualización y globalización. Excelencia profesional (Casado, 1996: 134-135).
RAMIÓ	Valores tradicionales en la profesión enfermera: Altruistas y la dignidad humana. Valores emergentes: Verdad, libertad, estética, igualdad, justicia y equilibrio personal. (Ramíó, 2005: 307).
CORTINA	Valores: Justicia, autonomía, compasión y responsabilidad (Cortina, 1997b: 37). Actitudes: Compasión, actitud vocacionada, responsabilidad, capacidad de comunicación, capacidad para promover, competencia técnica y autoestima individual y profesional (Cortina, 1997a: 66-68).
KÉROUAC	Valores: Confianza, compasión, comunicación, actitud apropiada para el acto del cuidado (Kérouac, 1996).
PHANEUF	Valores: Respeto, dignidad, empatía, igualdad (Phaneuf, 1999).
COLLIÈRE	Valores: Compromiso e implicación (Collière, 1993).
FEITO	Condiciones necesarias y suficientes para el cuidado profesional: afecto, cognición, imaginación, motivación, expresividad de la acción. Valores: Conciencia, libertad y responsabilidad. (Feito, 2000)
CÓDIGO DEONTOLÓGICO ESPAÑOL	Valores: Salud, libertad, dignidad y en suma la vida (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1998).

Recuadro 12: Valores y actitudes de la profesión enfermera. Fuente: elaboración propia

Por su parte Beauchamp, nos aporta las siguientes consideraciones:

- Las funciones profesionales están ligadas, a menudo, a las expectativas institucionales y al ejercicio de la profesión.
- Las funciones y la práctica de la medicina y la enfermería encarnan expectativas sociales así como normas e ideales propios de estas profesiones.
- Según los diferentes modelos de la profesión de enfermería y las responsabilidades ligadas a su función, se derivan unas determinadas virtudes

(Beauchamp y Childress, 2002: 446-447).

Estas virtudes esenciales para el profesional sanitario, según el mismo autor, son: compasión, discernimiento, confiabilidad e integridad (Beauchamp y Childress, 2002: 449-454).

El mundo de los valores es amplio y difiere según las personas y los colectivos que los asumen. En el recuadro siguiente se recogen algunas observaciones respecto a los valores.

Consideraciones respecto a los valores
• Se forman en el individuo durante la socialización, en la familia, la escuela, la iglesia y otros grupos sociales. • Indican algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses. • No tienen “valor” en sí mismos el valor se lo da la persona o el colectivo, que los identifica y los asume. • Los valores no son intrínsecos a la persona se pueden transmitir. • No hay valores absolutos en sí mismos, hay un marco de referencia que conforma los valores del colectivo. • La identidad profesional se configura a través de la articulación de unos determinados valores en un contexto dado. • La relación enfermera-paciente es el punto de encuentro de los valores, de la moral y de los principios de los cuidados de enfermería. • El sistema de valores de una enfermera se traduce en su comportamiento. • Los valores son el fundamento de una práctica ética. Son los porqués que dan significado y objetivo a los cuidados de enfermería.

Recuadro 13: Consideraciones respecto a los valores. Fuente: elaboración propia

La educación en valores en el ámbito universitario, implica:

- **Participación.** Concebir el proceso de enseñanza-aprendizaje como un proceso dialógico, participativo y autoevaluador, en el que docentes y estudiantes asumen un rol activo, que permite la verificación práctica del significado del valor.
- **Reflexión-implicación.** Utilización de metodologías participativas, que generen espacios de reflexión colectiva –donde el estudiante aprenda a valorar, argumentar y defender sus puntos de vista– en los que se brinde oportunidad para la expresión de la individualidad. Debe permitir el desarrollo de su autonomía y favorecer su participación en los procesos de decisión, potenciando al mismo tiempo su influencia en el aprendizaje.
- **Transmisión.** Comunicación profesor/tutor-estudiante centrada en el respeto mutuo, la confianza y la autenticidad. El profesor asume el papel de

dinamizador y propicia que cada persona asuma sus propios valores en el marco de los valores colectivos.

Para llevar a cabo dicha educación es necesario además, un acuerdo previo entre los profesores y los profesionales de enfermería, que colaboren en la enseñanza de los estudiantes. Para unos y otros es incuestionable la absoluta necesidad de una gran coherencia interna entre su pensar, su sentir y su hacer de acuerdo al marco de valores proyectado. Y se tendrá en cuenta la perspectiva de la opción personal, donde medie la elección del estudiante en cuanto a configuración de su desarrollo curricular y profesional.

En resumen, la educación en valores, como elemento transversal, y el ejercicio de la autonomía, como valor necesario para la construcción de la identidad profesional, constituyen factores de diferenciación en el desarrollo de la propia profesión, y la mejora continua de los procesos implicados en el cuidado.

Los códigos deontológicos recogen los principios éticos, los deberes y las obligaciones de las enfermeras que rigen su quehacer profesional, como anexo se puede encontrar un resumen de los puntos más relevantes con respecto a la autonomía (véase Anexo 1).

2.4. ENFOQUE JURÍDICO

2.4.1. Legislación académica

Además de la norma y legislación anterior, existen aquellas que han de alumbrar, igualmente, el estudio y el ejercicio de la Enfermería, hemos destacado sólo las que tienen más relación con el tema de la investigación (véase recuadro 14).

Legislación académica sobre la formación general en enfermería
• (Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio) sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería.
• (Orden de 31 de octubre de 1977) por la que se dictan directrices para la elaboración de planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Legislación académica sobre la formación general en enfermería (Continuación)
• (Real Decreto 2036/1978, de 23 de junio) por el que se establecen normas de convalidación con el Título de Ayudante Técnico Sanitario.
• (Orden de 20 de octubre de 1978) por la que se establecen las condiciones específicas a cumplir por las Escuelas Universitarias de Enfermería.
• (Orden de 6 de junio de 1983) por la que se prorroga la vigencia de la orden de 14 de septiembre de 1982, sobre habilitación de títulos para impartir docencia.
• (Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre) por el que se establece el título Universitario de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los Planes de estudios conducentes a la obtención de aquél.
• (Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre) por el que se ratifica el anexo al Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél.

Recuadro 14: Legislación académica sobre la formación general en enfermería. Fuente: elaboración propia

Aparte hay que añadir algunas disposiciones de carácter general:

La Declaración de Bolonia (1999), el nuevo marco para el desarrollo de la dimensión europea de la Enseñanza Superior, ha sido el punto de partida del importante proceso de renovación en el que hoy están inmersas las Universidades europeas.

La Declaración de Bolonia señala que es necesario “desarrollar Europa, fortaleciendo sus dimensiones intelectual, cultural, social científica y tecnológica”. Asimismo señala que hay que “asegurar que el atractivo de la educación superior sea tan alto como el de sus tradiciones culturales”.

En su desarrollo dicha Declaración señala que, para el año 2010, deberá haberse establecido el Espacio Europeo de Educación Superior, con el fin de alcanzar estas tres metas:

- Mejorar la competitividad y el atractivo internacional de la educación superior europea.
- Mejorar la empleabilidad de los graduados europeos.
- Desarrollar la movilidad interna y externa de estudiantes y de graduados

(Ministros Europeos de Educación, 1999).

El proceso de Bolonia surge como resultado de dos realidades, por una parte la necesidad de adaptarse a la sociedad del conocimiento y por otra la exigencia de acomodarse a un mundo globalizado.

(Ley Orgánica 6/ 2001) de Universidades, proporciona el marco educativo en el que encuadrar los estudios universitarios. En el articulado correspondiente al título XII, contempla las reformas que hayan de realizarse en las estructuras de los estudios para adaptarlos al EEES. La integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Educación Superior, Documento- Marco, publicado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, establece las grandes líneas para la adaptación de las enseñanzas a dicho EEES.

En nuestro país a partir de la convergencia al EEES, se va adecuando la legislación mediante la publicación de reales decretos (RD), que desarrollan los diferentes aspectos de esta necesaria adaptación.

El (Real Decreto 1044/2003, de 11 de septiembre) establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título, de carácter transitorio hasta que no se implanten las titulaciones universitarias adecuadas a los criterios europeos.

El (Real Decreto 1125/2003, de 18 de septiembre) que establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones de las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

Este Real Decreto también define al crédito europeo como "la unidad de medida del haber académico que representa la cantidad de trabajo del estudiante para cumplir los objetivos del programa de estudios y que se obtiene por la superación de cada una de las materias que integran los planes de estudios. En esta unidad de medida se integran las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicas dirigidas, con inclusión de las horas para alcanzar los objetivos formativos".⁽²⁷⁾

²⁷ Establece que:

(Real Decreto 56/2005, de 21 de enero) que regula las enseñanzas de Grado y Posgrado.

(Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril) por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, que regula los estudios de posgrado.

El Diplomado en Enfermería está habilitado para acceder a segundos ciclos universitarios. Igualmente pueden acceder a los nuevos Máster oficiales de postgrado. Inicialmente estos títulos están dirigidos a alumnos que estén en posesión del futuro título de grado en Enfermería o aquéllos que acrediten haber superado 180 créditos de formación de Primer Ciclo en Enfermería. Con el acceso al Máster y al doctorado, tradicionalmente vetados a la Enfermería, se abre una nueva época de enriquecimiento formativo e investigador tanto desde un punto de vista personal como disciplinar.

(Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre) por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

(Resolución de 14 de febrero de 2008), de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería.

(Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio) por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. En su anexo, apartado 3, hace referencia a los objetivos.-competencias que los estudiantes deben adquirir (las referenciamos en el apartado de

El número total de créditos por curso académico es de 60.

En la asignación de créditos se computará el número de horas requeridas para la adquisición de conocimientos, capacidades y destrezas. Incluirá las clases teóricas y prácticas, las horas de estudio, las horas de seminarios, trabajos prácticos o proyectos, las horas para la preparación y realización de exámenes y pruebas de evaluación.

La correspondencia y asignación se entiende referida a un estudiante a tiempo completo durante un mínimo de 36 y un máximo de 40 semanas por curso.

El número de horas será de 25 y el máximo de 30.

competencias). Y en su apartado 5, Hace referencia a los módulos que como mínimo deberá incluir el plan de estudios.

(Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre) por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado.

(Proyecto de Real Decreto, de 2010) por el que se regula las enseñanzas oficiales de Doctorado.

2.4.2. Legislación vigente sobre el ejercicio profesional de la enfermería

(Ley 44/2003, de 21 de noviembre) de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que desarrolla el ejercicio de las profesiones sanitarias enmarcada en cinco títulos. En el Título I, artículo 7, apartado 2, define que: “corresponde a los diplomados universitarios en enfermería, la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

Sobre la colegiación obligatoria

(Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio) por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de A.T.S.

(Real Decreto 306/1993 de 26 de febrero) por el que se notifica la denominación y se da nueva redacción a diversos artículos de los estatutos de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios, aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio.

(Ley 7/1997, de 14 de abril) de medidas liberalizadoras en materia de suelo y reguladora de los Colegios Profesionales.

(Ley 6/1997, de 4 de diciembre) de la Generalitat Valenciana, de Consejos y Colegios Profesionales de la Comunidad Valenciana.

(Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre) por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería. En su Título III "De los principios básicos de la profesión de Enfermería", desarrolla en dos capítulos los principios del ejercicio profesional y la calidad y la excelencia de la práctica profesional de enfermería.

En el capítulo I de dicho Título, el artículo 53.1 dice:

"Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades, en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y la dignidad humana".

En el punto 2 de este mismo artículo dice:

(...) el enfermero generalista, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos enfermeros, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos.

El (CIE. Consejo Internacional de Enfermeras, 2006) da la siguiente definición a la enfermería:

La enfermería comprende los cuidados, autónomos y en colaboración, de las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos. La enfermería comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas enfermas, discapacitadas y moribundas. Son también funciones esenciales de la enfermería la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la definición de la política de salud y en los sistemas de gestión de los usuarios y en la formación.

(Decreto 4/2002, de 8 de enero) del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley 6/1997, de 4 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de Consejos y Colegios Profesionales de la Comunidad Valenciana.

Sobre la formación especializada

Cabe destacar a este respecto el (Real Decreto 450/2005, de 22 de abril) sobre Especialidades de Enfermería. Marco necesario para mejorar la competencia de en los ámbitos específicos de la práctica clínica.

2.5. ENFOQUE ORGANIZATIVO

2.5.1. Cambios en los patrones epidemiológicos

Nuestra sociedad, como se ha mencionado anteriormente, está experimentando profundos y constantes cambios demográficos: disminución de la natalidad, sobre todo en los países desarrollados; incremento de la población en ciertas zonas y desertización de otras; y el aumento de la inmigración con su diversidad cultural y sus valores propios.

Entre los cambios epidemiológicos, cabe destacar, el aumento de la esperanza de vida relacionada con estilos o modos de vida, y su efecto sobre la cronicidad de algunas enfermedades, (emergencia de nuevas patologías y la cronicidad de las ya existentes). También es una realidad la relevancia de la prevención de enfermedades y el aumento de recursos, como pilar indiscutible para la salud.

Todas estas realidades plantean cuestiones y dilemas en el plano profesional, aumentan los usuarios dependientes y el impacto que producen sobre los cuidadores principales. El usuario adquiere un papel cada vez más protagonista y se regulariza el consentimiento informado y las voluntades anticipadas.

Cada vez es más frecuente la circulación de personas, profesionales y usuarios. Las enfermeras como el resto de profesionales sanitarios tienen que atender a personas con culturas y creencias diferentes. Como se ha comentado en apartados anteriores, esto puede suponer desiguales visiones sobre la vida, la salud, la

enfermedad y la muerte. Estamos inmersos en una sociedad multicultural, con religiones plurales, agnóstica e incluso atea. Donde lo que para uno son valores, para otros, no lo son; donde existen valores convergentes pero también divergentes; que es propicia al relativismo y que incluso el derecho positivo podría no concordar con los valores fundamentales.

Para dar respuesta a estas peculiaridades, necesitamos enfermeras con conciencia de su profesionalidad, con capacidad de valorar la diferencia y escuchar empáticamente al otro. Esto exige que el cimiento de su profesión sean unos valores tan fundamentales que no dependan del consenso de los agentes que intervienen; donde los valores no sean tales porque nos pongamos de acuerdo, sino que nos ponemos de acuerdo porque son valores objetivos, fundamentales y, por tanto, universales.

En los hospitales intentan paliar esta necesidad con la función de los mediadores culturales, a fin de facilitar la comunicación y el entendimiento. Al mismo tiempo, parece esencial que se establezca la libre elección de médico y hospital, para que los usuarios puedan elegir libremente su facultativo y centro sanitario. Esto prueba la necesidad de fomentar la salud electrónica, a fin de garantizar los datos clínicos en la movilidad de los usuarios.

2.5.2. Demandas de la población hacia el sector sanitario

Como toda empresa de servicios la finalidad principal de la entidad sanitaria es la satisfacción del usuario. En los últimos tiempos, se han modificado los valores y las expectativas de los ciudadanos en materia de salud y en la provisión de servicios sanitarios. En el mundo sanitario sabemos que si las necesidades sanitarias cambian, es indispensable que las respuestas de los profesionales sanitarios cambien también.

Entre las recomendaciones fundamentales para conseguir la satisfacción de los usuarios se pone de manifiesto la importancia que tienen la información y la comunicación en la mejora de la relación con los profesionales sanitarios y en concreto con las enfermeras. Parece oportuno acompañar esta necesidad de comunicación con la recomendación que hace Beauchamp refiriéndose al consentimiento, añade un

elemento muy importante a la comunicación que es el de *la obligación de veracidad*: “El consentimiento no puede expresar autonomía si no es informado; por tanto, cuando se revela información, el consentimiento válido depende de la veracidad de la comunicación”. Esta veracidad la justifica, incluso habla de obligación de veracidad aunque no estemos hablando de consentimiento porque dice “la obligación de veracidad todavía depende del respeto debido a los demás”. Parece oportuno añadir los dos argumentos que expresa Beauchamp sobre la obligación de veracidad: “[...] la obligación de veracidad tiene una conexión íntima con las obligaciones de fidelidad y mantenimiento de las promesas. [...] las relaciones de confianza entre las personas son necesarias para una interacción y cooperación fructíferas” (Beauchamp y Childrees, 2002: 380).

Según se desprende del informe sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud, los ciudadanos reclaman una mayor participación en los temas relacionados con la salud: “los usuarios de la sanidad en España, en todas las comunidades autónomas, reclaman una mayor información en cuanto al sistema sanitario, así como la necesidad de democratizarla y, como una de las reclamaciones más destacadas, que se les tenga más en cuenta a la hora de legislar y de tomar decisiones de carácter estatal” (Fundación Salud, Innovación, Sociedad, 2008: 62) (véase el recuadro 15).

Valores que demanda la sociedad	
• Información	• Participación
• Comunicación	• Tiempo suficiente
• Autonomía	• Trato humanizado

Recuadro 15: Valores que demanda la sociedad. Fuente: elaboración propia

En dicho estudio, se afirma que “los ciudadanos demandan y tienen derecho a una información de calidad oportuna, veraz y accesible”. Más información, tiempo suficiente, mejor trato y una medicina más humanizada son en definitiva las tres principales necesidades de los usuarios.

El uso de las tecnologías de la información requiere innovación y desarrollo de activos intangibles, incluyendo nuevas habilidades, nuevas formas de relación con los usuarios y, naturalmente, nuevos conocimientos.

2.5.3. Características del sistema sanitario

Una de las características del modelo sanitario español es que está basado en la proximidad al ciudadano. Otra realidad es el incremento de la renta disponible lo que ha implicado una mayor demanda de servicios asistenciales privados. Todo esto se ha traducido en una mayor demanda de servicios sanitarios, lo que ha supuesto mayor diversidad y al mismo tiempo escasez de algunos recursos profesionales y materiales.

Es necesario fomentar la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a tratamientos innovadores y a nuevas tecnologías en todas las Comunidades Autónomas y en todos los Estados miembros de la Unión Europea.

Al mismo tiempo necesitaremos criterios que nos ayuden a priorizar y elegir los servicios que ofertemos. También serán necesarios criterios que evalúen el trabajo enfermero, su rentabilidad social y su contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Los factores enumerados, modifican nuestro escenario y requieren un importante esfuerzo de adaptación por parte de todos, para orientar la atención sanitaria hacia las nuevas demandas, haciéndola más accesible, rápida y eficaz y, a la vez, eficiente, teniendo que adoptar nuevas fórmulas tanto de financiación, gestión y desarrollo profesional, como de práctica asistencial.

2.5.4. Elementos organizativos de las instituciones sanitarias

La globalización es una realidad y la visibilidad mundial de las necesidades de atención de salud, la prestación de los cuidados y la calidad está cambiando el aspecto de los cuidados de salud en todo el mundo. Es por ello, por lo que se necesitan profesionales capaces de dar respuesta a los nuevos requerimientos sociales, que sean flexibles y que posean capacidad de adaptación.

Cada vez resulta más necesaria la especialización médica y, al mismo tiempo, es igualmente imprescindible la necesidad de una atención integral del usuario. Tanto la complejidad de los procesos como la de las personas requieren respuestas globales.

Es reconocida la relevancia del conocimiento en la sociedad actual. Al mismo tiempo que se puede afirmar que las organizaciones aprenden cuando son capaces de transformar el conocimiento individual en conocimiento colectivo y ese es el marco de referencia en el que se encuadra necesariamente la actividad organizativa, en el ámbito de la salud y la gestión sanitaria (Martin, 2005). Por tanto, la multidisciplinariedad exigida de modo creciente en los puestos de trabajo implica que los profesionales de la salud y de modo más específico las personas que ejercen la labor de enfermería, trabajen en estrecha colaboración. Para favorecer este modelo será necesaria, la formación y consolidación de equipos interdisciplinarios simétricos, en los que las enfermeras trabajen, participen y tomen decisiones conjuntamente con los médicos y otros profesionales sanitarios, cada uno desde su ámbito competencial.

La habilidad de manejar diferencias y contradicciones se encuentra en el quehacer cotidiano de las enfermeras. Por otra parte, el mundo diverso y complejo de hoy requiere que no nos apresuremos hacia una sola respuesta, a una solución de “esto o aquello”, sino que manejemos las tensiones –entre, autonomía y solidaridad, diversidad y universalidad, e innovación y continuidad– integrando metas aparentemente contradictorias o incompatibles como aspectos de la misma realidad. Así, los profesionales enfermeros, deben aprender a pensar y actuar de manera más integrada, tomando en cuenta las muchas interconexiones e interrelaciones entre posiciones o ideas que pudieran parecer contradictorias, pero que podrían en muchas ocasiones serlo sólo superficialmente. De esta manera, la respuesta a las demandas de los individuos, familia y comunidad, serán más acertadas y contribuirán de manera efectiva en el crecimiento y desarrollo tanto a nivel personal como individual.

Es por tanto necesario un modelo de asistencia sanitaria centrado en los cuidados a las personas, en el que se favorezca el ejercicio de la autonomía profesional, la participación en la toma de decisiones, –no sólo a nivel asistencial sino también participando en la planificación estratégica de las organizaciones– con el

objetivo último de mejorar la atención a los usuarios (Kramer y Schmalenberg, 2004: 374); instituyendo sistemas de reconocimiento profesional, que establezcan sistemas de evaluación que se ajusten a las peculiaridades de las profesiones.

Dado que el objeto de estudio es el ser humano, el cuidado enfermero desarrolla conocimientos específicos a través de la investigación básica y aplicada, y se apoya en las tecnologías de la información y comunicación, la legislación, la economía de la salud, la epidemiología, y las técnicas educativas y de gestión. Por ello, cabe esperar interacción con dichas disciplinas, especialmente en los estudios de Postgrado.

Para favorecer la autonomía profesional es obligatorio el desarrollo de la profesión en su ámbito propio, *el cuidado*. Esto se ve favorecido por la aplicación de la creatividad, el pensamiento crítico y un análisis integral de las problemáticas relacionadas con el desarrollo de la profesión (Freire y Hernández, 2003: 37). La enfermería ha sido y es un pilar fundamental de la asistencia sanitaria y lo va a ser aún más en el ámbito de la nueva asistencia sanitaria que precisamos para enfrentarnos a las necesidades de salud en el inmediato futuro.

La necesidad de que los individuos piensen y actúen reflexivamente es fundamental en este marco de competencias. La reflexión involucra no sólo la habilidad de aplicar de forma rutinaria una fórmula o método para confrontar una situación, también la capacidad de adaptarse al cambio, aprender de las experiencias y pensar y actuar con actitud crítica.

La responsabilidad será otro elemento a tener en cuenta, hemos afirmado que no hay autonomía sin responsabilidad y esta no puede quedar limitada solamente a la observancia de leyes y códigos éticos; tiene que asumir un nivel de exigencia más alto, Feito afirma que “la responsabilidad moral en la actualidad no puede ser entendida sin la búsqueda de la excelencia, y está es un compromiso moral de calidad y buen hacer” (Feito, 2000: 191).

Las organizaciones en las que trabajamos deben reconocer ese valor añadido que aportamos y participar y colaborar en los nuevos retos que, como profesión, se nos presentan. Siendo la calidad asistencial un objetivo fundamental. Entendiendo que “la

calidad nunca es producto de un accidente, es el esfuerzo de la inteligencia la que la hace posible” (Ruskin, 1994: 47).

SÍNTESIS: Definición de autonomía profesional y/o clínica

A partir de las aclaraciones sobre los conceptos implicados en la definición de autonomía,⁽²⁸⁾ esta tesis suscribe la definición de autonomía clínica construida por Kramer y otros. Está elección viene justificada porque la investigación analiza los elementos de la práctica profesional desde el aprendizaje de los estudiantes de enfermería.

“Autonomía Clínica es la expectativa de aprobación para aplicar los conocimientos y habilidades de enfermería para el cuidado del paciente en el contexto de una práctica interdependiente, incluso si la acción requerida está más allá del estándar habitual de la práctica de enfermería (Kramer y Schmalenberg, 2003b: 15; Kramer, et al., 2006: 482; Steward, et al., 2004: 440).

²⁸ En el artículo Validez de los instrumentos de Medición de Autonomía y Control sobre la Práctica de Enfermería Weston, define tres tipos de autonomía: “autonomía del trabajo”, “autonomía clínica” y “control sobre la práctica de enfermería (en adelante CONP)” (Weston, 2009: 92). En términos generales, ambas autonomías y el CONP se refieren a: “la libertad, poder y autoridad para tomar decisiones profesionales relacionadas con la práctica profesional de Enfermería” (Weston, 2008: 407). La profundización en estos términos y el análisis comparativo indicaron diferencias sutiles y precisas que aporta la autora y transcribimos textualmente porque aportan conceptos de gran interés para la investigación:

“La autonomía clínica fue definida como la autoridad, libertad y el criterio para establecer juicios clínicos de enfermería referentes a los cuidados individuales de los pacientes” (Weston, 2008: 88). “Autonomía Clínica es la expectativa de aprobación para aplicar los conocimientos y habilidades de enfermería para el cuidado del paciente en el contexto de una práctica interdependiente, incluso si la acción requerida está más allá del estándar habitual de la práctica de enfermería” (Kramer y Schmalenberg, 2003b: 17; Kramer, et al., 2006: 489; Steward, et al., 2004: 448).

“La Autonomía en el trabajo se definió como: la libertad y discrecionalidad en la programación de los trabajos, incluyendo: a) la capacidad de influir en la organización del tiempo de trabajo, el tiempo de descanso y establecer el ritmo de las tareas, b) los métodos de trabajo incluyendo la influencia sobre los procedimientos y procesos, y c) los criterios de trabajo, incluyendo la capacidad de participar en la fijación de objetivos y medios de ajuste para evaluar el logro de los objetivos” (Breaugh, 1985: 562; Van de Doef y Maes, 1999: 102; Weston, 2007)

“El control sobre la práctica de enfermería (CONP) se definió como la autoridad, la libertad y discrecionalidad de las enfermeras para tomar decisiones relacionadas con el contexto de la práctica de enfermería incluyendo las estructuras de organización, gobernanza, normas, políticas y funcionamiento” (Weston, 2008: 407). Las enfermeras que trabajan en hospitales “Magnéticos”, describen CONP como un “proceso participativo a través del cual contribuyen y establecen la toma de decisiones sobre las políticas de la práctica enfermera, las cuestiones de la práctica y las cuestiones del personal”(Kramer y Schmalenberg, 2003a: 450). Para diferenciar claramente, “autonomía de trabajo se refiere a la toma de decisiones sobre horarios de trabajo, métodos y criterios dentro de la actual estructura y funcionamiento, mientras que CONP implica la toma de decisiones acerca de las estructuras y funcionamiento (Weston, 2009: 88).

3. APRENDIZAJE DE LA AUTONOMÍA EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

3.1. ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Conviene tener en cuenta que la Declaración de Bolonia ⁽²⁹⁾ reconoce que es necesario “desarrollar Europa, fortaleciendo sus dimensiones intelectual, cultural, social científica y tecnológica”. Asimismo, reseña que es necesario “asegurar que el atractivo de la educación superior sea tan alto como el de sus tradiciones culturales” (Ministros Europeos de Educación, 1999).

La Convergencia Europea pretende una armonización de los sistemas de Educación Superior, destacando la adopción de un marco de titulaciones compatibles y comparables, que tiene como base los principios de calidad y transparencia. En concreto, las universidades ganan en capacidad de maniobra a la hora de elaborar sus planes de estudios. La adecuación de dichos planes de estudios es supervisada por las agencias de calidad que son las encargadas de velar por la coherencia y la unificación de todos los estudios según las pautas europeas, con un adecuado sistema de evaluación y acreditación.

Para dar respuesta a todos los cambios que hemos mencionado, es necesario un nuevo modelo de universidad, caracterizado por la globalización –compitiendo en un entorno global–, por la universalidad –sirviendo a todos y en todo momento–, y por la necesidad de dar respuesta a las nuevas demandas de la sociedad del conocimiento (Gines, 2004: 34).

La adecuación de la Titulación enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), requiere de unos cambios profundos tanto en el aprendizaje, como en los métodos de enseñanza. Es por eso que las Universidades, y en concreto nuestra

²⁹ La Declaración de Bolonia es la que ha fijado las bases del nuevo marco para el desarrollo de la dimensión europea de la Enseñanza Superior. Ha sido el punto de partida del importante proceso de renovación en el que hoy están inmersas las Universidades europeas. Fue firmada por los ministros de educación superior de 29 países europeos en 1999. Surge como resultado de dos realidades, por una parte la necesidad de adaptarse a la sociedad del conocimiento y por otra la exigencia de acomodarse a un mundo globalizado.

titulación, están inmersas en un proceso de transformación y de complejidad creciente (Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, 2009).⁽³⁰⁾

En la actualidad, el programa de trabajo “Educación y Formación 2010” (ET 2010), ha finalizado y se inicia un nuevo marco estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación basado en su antecesor y denominado: “Educación y Formación 2020 (ET 2020)”. Este marco establece objetivos estratégicos comunes para los Estados miembros, junto con una serie de principios para lograrlos, y métodos de trabajo con áreas prioritarias para cada ciclo de trabajo periódico⁽³¹⁾ (Consejo de Europa, 2009: 2-6).

3.1.1. Proyecto Tuning

En Europa sobre la base de creación de un Espacio Europeo de Educación Superior se pusieron en marcha diferentes estudios, entre ellos el Proyecto Tuning que

³⁰ Durante el curso 2008-2009, iniciaron el grado cuatro de los centros pertenecientes a la CNDUE, representando el 5% del total. Durante el curso 2009-2010, se puso en marcha el Grado de Enfermería en 37 Universidades, que representaba el 44%. Por último, en el curso 2010-2011 se implantará en el 25% (21) de los centros pertenecientes a la Conferencia. No contestando el 21% (26) de los centros consultados.

³¹ Dicho marco estratégico, tiene como objetivo responder a los retos pendientes para crear una Europa basada en el conocimiento y hacer del aprendizaje permanente una realidad para todos.

El objetivo primordial del marco es seguir apoyando el desarrollo de los sistemas de educación y formación en los Estados miembros. Estos sistemas deben proporcionar a todos los ciudadanos los medios para que exploten su potencial, y garantizar la prosperidad económica sostenible y la empleabilidad. El marco debe abarcar la totalidad de los sistemas de educación y de formación dentro de una perspectiva de aprendizaje permanente, en todos los niveles y contextos (incluidos los aprendizajes no formal e informal)

Los objetivos estratégicos para el marco, quedan reflejados en las conclusiones y son los siguientes::

- Hacer realidad el aprendizaje permanente y la movilidad: es necesario avanzar en la aplicación de las estrategias de aprendizaje permanente, el desarrollo de los marcos de cualificaciones nacionales vinculados al Marco Europeo de Cualificaciones, y el establecimiento de vías de aprendizaje más flexibles. La movilidad debe extenderse y es preciso aplicar la Carta Europea de Calidad para la Movilidad.
- Mejorar la calidad y la eficacia de la educación y la formación: la totalidad de los ciudadanos debe adquirir competencias clave y todos los niveles de educación y formación deben ser más atractivos y eficientes.
- Promover la equidad, la cohesión social y la ciudadanía activa: la educación y la formación deben permitir que todos los ciudadanos adquieran y desarrollen las aptitudes y competencias necesarias para su empleabilidad, así como respaldar el aprendizaje continuo, la ciudadanía activa y el diálogo intercultural. Las desventajas educativas deben abordarse ofreciendo una educación preescolar de alta calidad e incluyente.
- Incrementar la creatividad y la innovación, incluido el espíritu empresarial, en todos los niveles de la educación y la formación: es preciso fomentar la adquisición de las competencias clave transversales por parte de todos los ciudadanos, y garantizar el funcionamiento del triángulo del conocimiento (educación, investigación e innovación). También deben promoverse las asociaciones entre el mundo empresarial y las instituciones educativas, así como comunidades de aprendizaje más amplias, con participación de representantes de la sociedad civil y otras partes interesadas.

Estos objetivos se acompañan de indicadores y valores de referencia europeos (recogidos en el anexo I de las conclusiones) que permiten medir los avances en su consecución (Consejo de Europa, 2009).

pretendía impulsar la construcción de dicho espacio a través de un movimiento de debate y reflexión sobre el papel de la Universidad en la formación de los profesionales, preparándolos para desempeñar sus competencias en la sociedad del siglo XXI.

Para cumplir con sus objetivos y dotar de instrumentos metodológicos, el Proyecto Tuning definió cuatro líneas de trabajo (González y Wagenaar, 2003: 29)

Línea 1: destrezas generales y académicas.

Línea 2: conocimiento, currículum, contenidos.

Línea 3: ECTS como un sistema de acumulación de créditos.

Línea 4: métodos de enseñanza y aprendizaje, evaluación y desempeño, y calidad.

Los resultados de este Proyecto, manifestaron que las universidades no sólo transfieren el conocimiento consolidado o desarrollado –su esfera reconocida de especialización– sino también una variedad de competencias genéricas.⁽³²⁾

Todo indica, que las necesidades del nuevo contexto de educación superior exigen, además de los conocimientos, formar a los individuos en un amplio conjunto de competencias que incluyan las actividades y las actitudes que son requeridas en el puesto de trabajo.

En el título de Grado la Guía Docente se constituye como una herramienta básica del Sistema Europeo de Transferencia de créditos (ECTS) para alcanzar el objetivo de “promover la cooperación europea en garantía de calidad mediante el desarrollo de metodologías y criterios comparables” (Ministros Europeos de Educación, 1999: 2).

³² Esto implica que se deben adecuar los enfoques y las metodologías de enseñanza y aprendizaje para estimular –o permitir que se desarrollen– cualidades tan valiosas como la capacidad de análisis y síntesis, la independencia de criterio, la curiosidad, el trabajo en equipo y la habilidad para comunicarse.

Este cambio implica también los cambios correspondientes en los métodos de evaluación y en los criterios de resultado, para evaluar la adquisición de los mismos. Estos deben considerar no sólo el conocimiento y los contenidos sino también habilidades y destrezas generales. Cada estudiante debe experimentar una variedad de enfoques y tener acceso a diferentes contextos de aprendizaje, cualquiera que sea su área de estudio (González y Wagenaar, 2003: 59).

3.2. APROXIMACIÓN AL MODELO DE COMPETENCIA

3.2.1. Origen de las competencias

El cambio sugerido por Bolonia, como ya hemos comentado, se argumenta desde el desarrollo de las competencias transversales (genéricas) y específicas de cada titulación. Para comprender la trascendencia y el significado de las mismas, conviene hacer una breve mención a su origen y clasificación.

El origen de las competencias está estrechamente vinculado a su creador, David McClelland, profesor de psicología de la Universidad de Harvard. Halló que lo que verdaderamente distinguía a los “mejores” era un conjunto de características de muy diversa índole (valores personales, autoimagen, rasgos de personalidad, motivaciones estables) que se reflejaban en pensamientos, emociones y comportamientos, se podían medir y también desarrollar (McClelland, 1973: 13).

En 1993 sus discípulos (Spencer y Spencer, 1993: 281) publican *Competence at Work*, en el que profundizan en los métodos de competencias y añaden los resultados tangibles en las organizaciones.

Después de estudiar el perfil de competencias diferenciadoras en el éxito de cientos de puestos de docenas de empresas, se encontraron denominadores comunes: veinticuatro características personales. Estas competencias supusieron un gran paso en la simplificación y estandarización del perfil de competencias de un puesto.

El conjunto de cualificaciones que necesita un trabajador para ocupar con solvencia un puesto laboral, es conocido hoy con la denominación de competencias. La definición de competencia de acuerdo con (Bunk, 1994: 8) es la siguiente: “Una persona tiene competencia ocupacional si posee los conocimientos, las destrezas y las aptitudes que necesita para desenvolverse en una ocupación, si es capaz de resolver tareas independientes y flexiblemente, y si tiene la voluntad y la capacidad de desarrollar su esfera de trabajo dentro de la estructura organizativa en la que está inmerso”.

(Tejada, 1999: 21), añade:

A partir de la propia acción y del contexto, las competencias van más allá de la mera especialización técnica para incluir dimensiones relacionales y sociopolíticas. Dicho de otra forma el comportamiento técnico y metodológico ha de completarse con comportamiento personal y social. La consecuencia también afecta al ámbito de las capacidades en las que habrá de incidirse, apostando en la línea de cooperación y participación en la organización.

En 1997 la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) inició el Proyecto DeSeCo (1997) con el fin de brindar un marco conceptual firme que sirviera como fuente de información para la identificación de competencias clave⁽³³⁾ y el fortalecimiento de las encuestas internacionales que midieran el nivel de competencia de jóvenes y adultos (Rychen y Salganik, 2006).

Dichas competencias a su vez se agrupan en tres categorías (OCDE, 2000: 4):

- Usar herramientas de manera interactiva.
- Actuar de forma autónoma.
- Interactuar en grupos heterogéneos.

Las competencias clave involucran la movilización de destrezas prácticas y cognitivas habilidades creativas y otros recursos psicosociales como actitudes, motivación y valores.

³³ Se ha comprobado que los individuos necesitan apoyarse en competencias clave que les permitan adaptarse a un mundo caracterizado por el cambio, la complejidad y la interdependencia, como ya hemos comentado a lo largo de este trabajo.

Este proyecto, “reunió a expertos de una amplia gama de disciplinas para que trabajaran con actores y analistas políticos para producir un marco relevante a las políticas”. Los países miembros de la OCDE aportaron al proyecto sus propios puntos de vista. Aunque el Proyecto reconoció la diversidad de valores y prioridades en los diferentes países y culturas, identificó también desafíos universales, así como valores comunes que orientan la selección de las competencias más importantes.

Según se desprende de este proyecto, “una competencia es más que conocimientos y destrezas. Involucra la habilidad de enfrentar demandas complejas, apoyándose en y movilizando recursos psicosociales (incluyendo destrezas y actitudes) en un contexto en particular”.

Así mismo, a través de este proyecto se han identificado un conjunto pequeño de competencias clave, enraizadas en el entendimiento teórico de cómo se definen dichas competencias. Cada competencia clave deberá:

- Contribuir a resultados valiosos para sociedades e individuos;
- Ayudar a los individuos a enfrentar importantes demandas en una amplia variedad de contextos;
- Ser relevante tanto para los especialistas como para todos los individuos.

El aprendizaje por competencias incluye, mucho más que la adquisición de conocimientos, el Proyecto DeSeCo sugiere que una competencia en sí puede ser aprendida dentro de un ambiente favorable para el aprendizaje y reconoce que en el centro del marco de competencias clave se encuentra la habilidad de los individuos de pensar por sí mismos como expresión de una madurez moral e intelectual, y de tomar responsabilidad por su aprendizaje y por sus acciones (OCDE, 2000: 7).

En 1995 Daniel Goleman⁽³⁴⁾ mantiene que sin McClelland el concepto de competencias no habría salido del ámbito académico y de los recursos humanos. Su mensaje: “el éxito profesional no depende tanto del Coeficiente de Inteligencia y de las calificaciones académicas como de características personales que se pueden aprender” (McClelland, 1976: 5).

(Goleman, et al., 2002: 158-161), subraya el papel que juegan las emociones en las competencias y distingue veinticinco agrupadas en cinco dimensiones, que a su vez están relacionadas con los siguientes elementos:

1. El Conocimiento de uno mismo (tres)
2. La Autorregulación o Gestión de uno mismo (cinco)
3. La Automotivación de uno mismo (cuatro)
4. La Comprensión Social (cinco)
5. Las Habilidades Sociales (ocho)

Asimismo, este autor sostiene que la inteligencia emocional es el termómetro del éxito en prácticamente cualquier trabajo y estima que duplica al Coeficiente Intelectual (CI) y a los conocimientos técnicos en su capacidad de predecir el éxito.

3.2.2. Definición y tipo de competencias:

El estudio por competencias tiene como finalidad clarificar el contenido de los estudios, facilitar la comprensión de las titulaciones en el marco europeo y proporcionar comparabilidad entre los diferentes títulos, en relación a las

³⁴ McClelland le dirigió su tesis doctoral en Harvard.

competencias –genéricas o específicas– que los graduados en busca de una determinada titulación esperan obtener. De hecho, la capacidad de definir qué competencias se propone desarrollar un programa o qué se espera que los graduados conozcan, comprendan o hagan, añade una dimensión más a la transparencia de la titulación. Las competencias contribuyen también al desarrollo de unos títulos mejor definidos y al perfeccionamiento de los sistemas de reconocimiento facilitando que sean “simples, eficientes y justos”. Las competencias, a su vez, favorecen la diversidad porque añaden ángulos, niveles y seleccionan los conocimientos apropiados para un determinado perfil (Zabalza, 2004).

(ISUS Trade, 2010),⁽³⁵⁾ al igual que otros autores, defienden que la competencia comporta todo un conjunto de conocimientos, procedimientos, actitudes y capacidades que son personales y se complementan entre sí. Es una concepción integradora y dinámica que se distingue con el nombre de competencia de acción, de manera que el individuo para actuar con eficacia frente a las situaciones profesionales debe dominar los cuatro componentes esenciales, que la conforman: "saber", "saber hacer", "saber estar" y "saber ser". Benito Echeverría Samanes –Catedrático Emérito de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universitat de Barcelona–, concreta la definición de dichos conceptos:

- a) Técnico = Saber: Demostrar conocimientos y experiencia acumulada en determinado campo de la actividad humana, que permitan la comprensión, interpretación y utilización de las teorías y prácticas propias del ámbito del desempeño.

³⁵ ISUS es un proyecto educativo llevado a cabo en Dayton (Ohio) con estudiantes en riesgo de abandono de estudios, en que varias entidades colaborando programaron simultáneos los estudios académicos con trabajo práctico en el área de estudios elegida por el alumno. Con un enfoque basado en competencias para el desarrollo de la juventud, donde el aprendizaje de actividades en un área construye y fortalece otras. El concepto es más que el de una escuela superior, ya que se alterna entre el nivel académico universitario, cursos técnicos de nivel universitario y la realización de habilidades prácticas. El crecimiento personal de los alumnos es un punto clave, se les alienta a través de una comunidad de apoyo al aprendizaje, la asesoría individual y en grupo, las observaciones y opiniones frecuentes y la incentivación. El respeto mutuo y las altas expectativas son parte integrante de la filosofía de ISUS. Se ofrece a los estudiantes múltiples oportunidades para aplicar las habilidades cognitivas, el pensamiento crítico y los métodos de resolución de problemas, tanto en el aula como en el trabajo práctico. Además de evaluación académica, se utilizan valoraciones basadas en resultados para evaluar áreas de competencia no tradicionales como habilidades de trabajo, aptitudes para la vida, habilidades para hacer frente, y desarrollo social, emocional, personal y de logro.

b) Metodológico = Saber hacer: Aplicar los conocimientos a situaciones concretas, utilizar procesos e instrumentos adecuados, solucionar problemas de forma autónoma y transferir con ingenio las experiencias adquiridas a nuevas situaciones.

c) Participativo = Saber estar: Mostrarse atento a la evolución del entorno, predispuesto al entendimiento interpersonal, dispuesto a la comunicación y cooperación con los demás, para interactuar con respeto y tolerancia en la comunidad.

d) Personal = Saber ser: Tener una imagen realista de sí mismo y disposición a aprender, actuar conforme a las propias convicciones, asumir responsabilidades, tomar decisiones y relativizar posibles frustraciones.

(Echeverría, 2010)

Otros autores como (Rodríguez, 2002) consideran, además, otras competencias relativas al "saber aprender" y al "hacer saber", ofreciendo en el recuadro siguiente una visión de conjunto de los tipos de competencia, al tiempo que la definición operativa de cada una de ellas.

Tipos de competencias		
COMPETENCIAS TÉCNICAS	Implican el dominio de los conocimientos y destrezas específicos de un determinado campo profesional	SABER: Conocimientos generales o específicos, teóricos, especulativos o científico-técnicos
		SABER HACER: Dominio de los métodos y técnicas específicas de determinados campos profesionales
COMPETENCIAS SOCIALES	Incluye motivaciones, valores, capacidad de relación en un contexto social organizado	SABER APRENDER: Capacidad de formación permanente al ritmo de la evolución que se produce en las profesiones, en la tecnología y en las organizaciones
		SABER ESTAR: Actitudes de comportamiento en el trabajo y formas de actuar e interactuar
		HACER SABER: Posibilitar que en el lugar de trabajo se desarrollen aprendizajes como resultado de la intercomunicación personal

Recuadro 16: Tipos de competencias. Fuente: Adaptado de (Rodríguez, 2002)

Estas consideraciones coinciden en que todo plan de estudio debe estar enfocado a la consecución de competencias y supone una visión de la educación desde la perspectiva del que aprende. A su vez, pretende la mejora del empleo y el desarrollo de mejores oportunidades de ejercicio profesional o de integración laboral de los

titulados, a través de una clarificación de las capacidades adquiridas. Por tanto, es la base objetiva que permite la creación de un Espacio Europeo de Educación Superior.

Una herramienta de unificación son los Descriptores de Dublín (European Communities, 2008), que recomiendan que se otorgue el título de primer ciclo a los alumnos que:

- hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio;
- sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional ⁽³⁶⁾ y posean las competencias ⁽³⁷⁾ que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio;
- tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética;
- puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado;
- hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.

Los resultados de aprendizaje se demostrarán con evidencias de conocimiento, de proceso y de producto, Benito Echeverría, entre otros autores, propone para conseguir dichos resultados, utilizar la "pirámide de Miller" (Miller, 1990: 65):

- a) Sabe ("know"): Dominio de conocimientos teóricos, evaluables a través de exámenes tradicionales, pruebas objetivas, etc.

36 La palabra "profesional" se utiliza en los descriptores en su sentido más amplio, refiriéndose a aquellas atribuciones relevantes para desarrollar un trabajo o profesión que requiera la aplicación de algunos aspectos del aprendizaje avanzado. No se utiliza en relación con los requisitos específicos relativos a las profesiones regladas. Esto último puede identificarse más requisitos específicos relativos a las profesiones regladas. Esto último puede identificarse más con perfil / especificación.

37 La palabra "competencia" se utiliza en los descriptores en su sentido más amplio, lo cual permite la gradación de capacidades o habilidades. No se utiliza en un sentido concreto, identificado únicamente sobre la base de una evaluación de tipo "sí/no".

- b) Sabe cómo ("know how") aplicar los conocimientos a situaciones concretas, a valorar mediante exposiciones orales, pruebas de habilidades, etc.
- c) Muestra cómo ("show how") actuar en una situación real, observable mediante ejercicios de simulación, "role playing", elaboración de proyectos, etc.
- d) Hace ("doing"), mensurable de acuerdo a indicadores de funcionalidad, eficiencia y eficacia de los proyectos realizados, estudios de casos, diarios, etc.

(Echeverría, 2010)

3.2.3. Competencias de las enfermeras. Retrospectiva

Las competencias de las enfermeras se sitúan históricamente, como una extensión o enlace de aquello que los usuarios de cuidados, no pueden, no saben, o no tienen los medios suficientes para atender por sí mismos o por su entorno. Esta demanda de cuidados puede ser por enfermedad, defecto físico o accidentes; mas también por acontecimientos o dificultades que exigen recurrir a una ayuda exterior. Por ese motivo puede resultar difícil centrar las competencias de las enfermeras, que siempre estarán sujetas a las demandas de cuidados existente, y por tanto dicha necesidad suele estar impregnada de un componente temporal.

Ya Collière, refiriéndose a las competencias de las enfermeras aporta lo siguiente:

Las competencias de la enfermería, es decir, el terreno de los cuidados de enfermería, se sitúa verdaderamente en la encrucijada de un tríptico que tienen como vértice todo aquello que concierne a la persona, que concierne a su defecto físico o a su enfermedad, y que concierne a su entorno y a su medio ambiente (Collière, 1993: 289).

Las competencias de la Titulación enfermera, estarán relacionadas con los cuatro conceptos esenciales: persona, salud, entorno y cuidado, que como hemos comentado anteriormente, configuran el metaparadigma enfermero.

Compartimos plenamente la finalidad de las competencias enfermeras, que nos aporta (Collière, 1993: 291): “movilizar y desarrollar las capacidades de la persona, de la familia y de su entorno” con el objetivo de afrontar el acontecimiento o situación,

resolver las dificultades si fuera posible o adaptándose utilizando para ello todos los recursos disponibles, tanto afectivos, psíquicos, sociales como económicos.

Las competencias de las enfermeras se sitúan en interrelación con las competencias de los usuarios y las de otros profesionales sanitarios. Este hecho y su repercusión sobre la autonomía de las enfermeras ya han sido analizados en este trabajo, aunque nos parece oportuno reseñarlo en este apartado. Es por eso que, en todas las circunstancias hay que determinar y pactar con la persona afectada, el tipo de ayuda que necesita, teniendo en cuenta la capacidad de los usuarios y la gravedad de las situaciones.

El proceso de cuidados de enfermería, es el método científico que nos ayudara a poner en práctica nuestras competencias. Volviendo de nuevo a (Collière, 1993: 295): “procede de un encuentro entre dos (o varias) personas [...] este proceso está centrado en la encrucijada de un sistema de intercambio que proviene de fuentes diferentes y complementarias”. Debe ser individualizado, se crea a partir de aquello que se descubre al movilizar las informaciones (escritas, verbales y no verbales) que proceden de la situación. La enfermera gracias a sus conocimientos y habilidades, descodifica dicha información, para comprender su significado y utilizarla en el proceso de cuidar. Por todo esto, el proceso no es lineal, cada aspecto alimenta constantemente al conjunto de la acción curativa.

Los profesionales de la Enfermería serán capaces de desempeñar las siguientes competencias:

- Asistenciales: Dispensar cuidados de Enfermería a la persona sana y enferma, a la familia y a la comunidad mediante el establecimiento de una relación terapéutica, trabajando en equipo y orientando esos cuidados hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención a los enfermos y a la rehabilitación.
- Administradoras: Participar en el equipo de salud como miembro del mismo, planificando, ejecutando y evaluando las funciones propias de la Enfermería.
- Docentes: Asumir y dirigir la formación del personal de Enfermería, tanto del nivel profesional (universitario) como del nivel auxiliar (técnicos de formación

profesional) y participar en la educación para la salud de las personas, grupos y comunidad.

- Investigadoras: Investigar en el campo de la Enfermería y participar en otras investigaciones del campo de la salud.

Estas competencias comprenden las siguientes actividades:

- Documentar el proceso enfermero, identificar áreas de investigación o estudios especiales diseñados para aumentar los conocimientos y desarrollar o perfeccionar las habilidades en la práctica de la Enfermería y llevar a cabo dichos trabajos. Debe, asimismo, responsabilizarse de la educación del personal de Enfermería, contribuir a la formación de otro personal sanitario y educar al público en materia de salud, continuando con su propia educación y colaborando con otras disciplinas implicadas igualmente en proporcionar servicios de salud, sin olvidar a los usuarios de dichos servicios y a sus familias.
- Participar en la toma de decisiones que afecten a la atención de Enfermería, elaborando o colaborando en la elaboración de todas las normas que sobre el desempeño del ejercicio profesional se dicten. Los profesionales de la Enfermería tienen también un papel muy importante que desempeñar en la planificación de los servicios de salud, debiendo tomar parte, por derecho propio, en los grupos multidisciplinarios de planificación (Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro).

La filosofía que subyace al Proceso de Bolonia otorga al estudiante un papel central y protagonista, además de considerarlo como socio activo y participativo en la reforma universitaria europea (Michavila y Parejo, 2008: 110). En España la integración se ha hecho lenta y desigual, provocando en un principio déficit de información y escasa participación en el proceso de toma de decisiones.

3.2.4. Competencias Proyecto Tuning

El proyecto europeo Tuning proporciona un contexto y unas herramientas para una acción coordinada, estructurando las titulaciones de la siguiente manera: Contenidos; Resultados del aprendizaje/competencias; Asignación de Créditos; y Volumen de trabajo (González y Wagenaar, 2003).

En dicho proyecto, se enunciaron las competencias y se clasificaron en dos grandes bloques: *competencias transversales* (genéricas) y *competencias específicas*. Posteriormente se realizó la comparación de las mismas, entre los sujetos implicados: graduados, empleadores y académicos. Entre las respuestas se encontró una mayor coincidencia entre los graduados y los empleadores, resultando la valoración de los académicos más dispar.

Por orden de preferencia las competencias valoradas como más importantes por los graduados y empleadores, fueron las siguientes:

Empleadores: compromiso ético, capacidad de trabajar en un equipo multidisciplinar, iniciativa y espíritu emprendedor y trabajo en equipo.

Graduados: habilidad para trabajar de forma autónoma, habilidades básicas de manejo del ordenador, habilidades de investigación, capacidad para organizar y planificar.

Obsérvese que la habilidad para trabajar en forma autónoma es valorada en cuarto lugar en una acumulativa de los dos grupos anteriormente citados y alcanza el sexto lugar al realizar la valoración conjunta con los resultados de los tres grupos.

Se enumeran a continuación por orden descendente de importancia aquellas competencias que coinciden tanto los directivos como los docentes y los asistenciales: trabajo en equipo, motivación, resolución de problemas, preocupación por la calidad, planificación y gestión del tiempo, habilidad para trabajar de manera autónoma, capacidad para generar nuevas ideas (creatividad), iniciativa y espíritu emprendedor.

Las coincidencias obtenidas en este proyecto confirman la importancia que la autonomía tiene en el campo profesional, ya que todos los grupos se ponen de acuerdo al valorar aquellas competencias genéricas que están –en su mayoría– íntimamente relacionadas con el ejercicio de la autonomía. Estos datos han sido extraídos del informe sobre el proyecto Tuning, incluido en el libro blanco de la titulación de enfermería (ANECA, 2004: 93-96)

3.3. TITULACIÓN ENFERMERA EN EL EEES. TÍTULO DE GRADO

Para adaptar los estudios de Educación Superior a las exigencias del EEES y dar respuesta a los retos que plantea el siglo XXI, marcado por un mundo en continuo cambio, complejo e interdependiente; resulta imperiosa la necesidad de la mejora continua en eficacia, eficiencia y economía, tanto de las instituciones como de las titulaciones.

Son necesarias, organizaciones con nuevos modelos de gestión y profesionales polivalentes, flexibles y con capacidad de hacer frente a contextos profesionales cambiantes (Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio).

Es por eso que la organización de las enseñanzas universitarias propone como elementos básicos la flexibilidad y la diversidad y pretende no sólo un cambio estructural, sino que impulsa un cambio de metodologías docentes, “que centra el objetivo en el proceso de aprendizaje del estudiante, en un contexto que se entiende ahora a lo largo de la vida” (Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio). Al mismo tiempo, el citado Real Decreto refiere que “los planes de estudios, conducentes a la obtención de un título deberán, por tanto, tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los estudiantes”.

Consideramos que para alcanzar estos retos es prioritario proporcionar al estudiante los elementos que le aporten la capacidad para actuar autónomamente en un mundo más amplio y en consecuencia, potencien la autonomía profesional de los futuros egresados “que tengan una imagen propia que sepan y sean capaces de traducir sus necesidades y deseos en actos de voluntad: decisión, elección y acción” (Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre).

3.3.1. Objetivos/directrices ministeriales

Los objetivos/ competencias que los estudiantes deben adquirir a través de las enseñanzas oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de enfermero (Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio), son:

- Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
- Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
- Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
- Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género,⁽³⁸⁾ grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
- Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
- Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
- Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud –enfermedad.
- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
- Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
- Establecer una comunicación eficaz con usuarios, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
- Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

³⁸ Entendemos que el legislador se refiere en este caso al sexo.

- Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
- Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uní o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
- Conocer los sistemas de información sanitaria.
- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
- Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al usuario y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

Además establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero (Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio), ver Anexo 2.

3.3.2. Perfil profesional de la enfermera

(Fernández, 2010), en el siguiente recuadro, aporta los componentes del profesional de la docencia, que parece oportuno extrapolar al campo de las enfermeras:

Ser profesional supone
Formación sistemática (pragmática, intelectual y ética)
Desempeño flexible (creador y ejecutor)
Saber experto
Alto nivel de cualificación (complejidad de “lo humano”)
Autonomía de acción
Sabe lo que tiene que hacer y cómo hacerlo de la mejor manera posible
Actitud de aprendizaje permanente
Reflexión crítica

Recuadro 17: Ser profesional supone. Fuente: (Fernández, 2010)

El proyecto de la titulación de enfermería (ANECA, 2004), establece el perfil que debe tener la Enfermera responsable de Cuidados Generales así como las competencias asociadas, quedando patente la importancia del ejercicio de la autonomía profesional en la enfermera:

1. Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.

Primordialmente significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.

2. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.

Supone entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.

3. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.

Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estaría también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.

4. *Conocimiento y competencias cognitivas*. Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.

5. *Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación)*. Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

6. *Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo*. Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos (ANECA, 2004: 66-67).

Además, parece pertinente, a pesar de la longitud de la cita, contextualizar el perfil profesional en el momento actual y en concreto el descrito por la Universitat de València en el Formulario de solicitud para la verificación de títulos oficiales de grado. Graduado o graduada en Enfermería. Este es el perfil que deben adquirir los estudiantes de la Escuela de Enfermería La Fe por estar adscrita a dicha universidad.

El graduado o graduada en Enfermería fundamenta las decisiones de su práctica profesional asumiendo un compromiso social solidario con su campo profesional y con la sociedad en general, a fin de mejorar las condiciones de vida, salud y bienestar de la población en la que preste sus servicios profesionales, y actuando según los principios científicos, humanísticos y éticos basados en el respeto a la vida, la igualdad entre el hombre y la mujer, el medio ambiente y la dignidad humana. Con sus conocimientos y capacidades contribuye a promover y proteger la salud, prevenir la enfermedad, mantener y restaurar la salud de las personas, de las familias y de la comunidad, proporcionando una atención integral que mejore la seguridad, el bienestar, la calidad de vida, y la participación de la población.

Las enfermeras y enfermeros son expertos en proporcionar cuidados para ayudar a las personas en cada etapa de su ciclo vital a determinar y alcanzar su potencial de salud, en su entorno de vida y trabajo. En la atención a las personas enfermas y dependientes, desarrolla los procedimientos de la práctica clínica y asistencial apropiados al proceso diagnosticado, a la disponibilidad tecnológica, y al nivel de atención requerido, bien sea en servicios de atención primaria, servicios hospitalarios o servicios socio-sanitarios. Asimismo, contribuye a la identificación de las capacidades de la persona y de la familia

para orientar y potenciar el autocuidado, guiarles y apoyarles en la resolución de problemas, y enseñarles a promover un entorno favorable a su desarrollo, recurriendo a otros profesionales socio-sanitarios cuando la situación lo requiera. Como miembro de un equipo de salud, en la atención domiciliaria actuar a como enlace entre la atención primaria y especializada, en coordinación con los servicios sociales y otros recursos de la comunidad.

Las enfermeras y enfermeros, mediante programas de educación para la salud, proporcionan educación directa sobre los determinantes de la salud a las personas, a las familias y los grupos (en las escuelas, los lugares de trabajo, las asociaciones, los centros juveniles, etc.). En sus actividades con la comunidad, interviene en el diagnóstico de salud de la población, contribuye a la identificación de las necesidades sociales y sanitarias, identifica los grupos de personas expuestas a los mismos factores de riesgo y que comparten necesidades de salud, y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para que esta participe en la resolución de sus problemas, y pueda alcanzar mejores niveles de salud y desarrollo.

Las enfermeras y enfermeros participan en las actividades de planificación, organización y control, encaminadas a cubrir los objetivos trazados en el equipo de salud. Ejercitan las actividades propias de la administración de los servicios de enfermería, mediante la elaboración de protocolos y procedimientos, las tareas de supervisión, el establecimiento de indicadores y cumplimentación de registros dentro del sistema de información sanitaria. Diseñan estrategias dirigidas al control de la calidad de la atención de los servicios de enfermería.

Las enfermeras y los enfermeros participan en la formación continuada de los propios profesionales y en la formación de los estudiantes, apoyando la difusión e intercambio de conocimientos y experiencias entre los servicios de salud y los centros docentes universitarios. Igualmente, pueden realizar tareas de investigación documental y de campo que contribuyan a orientar y enriquecer su práctica profesional, así como iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación, tanto en el nivel de análisis subindividual, individual, poblacional y de género (Universitat de València: 43-44).

En el siguiente recuadro se ha especificado una síntesis del contenido de los diferentes saberes que deberían conformar el perfil profesional:

Perfil profesional	
Saber	Dominio de conocimientos
Saber hacer	Dominio de Competencias
Saber ser y estar	Actitudes, valores y virtudes
Saber vivir juntos	Equipo interdisciplinar

Recuadro 18: Perfil profesional. Fuente: elaboración propia

3.3.3. Competencias en las prácticas tuteladas

Los programas de grado en enfermería dentro del marco de educación superior tienen dos propósitos: preparar para la práctica profesional de forma que capacite a los estudiantes para manejar situaciones en su práctica profesional futura y proporcionarles habilidades genéricas tales como la búsqueda de conocimiento y pensamiento crítico. Además, la forma de acceso a los estudios se ha diversificado en los modos de procedencia de los estudiantes, tanto por las diferentes formaciones previas como por la movilidad nacional e internacional de los mismos (Candy, 2000:114). También se ha incrementado la accesibilidad y flexibilidad de la educación superior con la utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) (Schüldt, et al., 2008: 11).

Así mismo, se considera oportuno reflejar las competencias genéricas y específicas (recuadro 18), del título oficial de grado de la Universitat de València referentes a la materia prácticas tuteladas de trabajo fin de grado, porque reúnen todos los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que debe adquirir la enfermera, al mismo tiempo que son las que sigue la EUE La Fe:

Competencias genéricas

a) Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos	
G1	Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que se atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
G8	Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud - enfermedad.
G11	Mantener y actualizar la competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad en la atención a la salud.
G12	Proponer y desarrollar actuaciones de atención a la salud que privilegien la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y que propendan a la mejora de las condiciones de vida de la población.
b) Fundamentos científicos de la profesión	
G13	Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería, para la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención integral de las personas, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.
G15	Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
c) Habilidades profesionales	
G16	Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
G17	Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia, grupos y comunidad, orientados a los resultados en salud, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas
G18	Promover y respetar el derecho de participación, información y autonomía en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad y muerte.
G19	Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia y grupos atendidos, garantizando una atención integral.
G20	Promover estilos de vida saludables por parte de la persona, la familia y la comunidad, que fomenten el autocuidado en el manejo de la salud.

c) Habilidades profesionales (Continuación)	
G21	Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de la salud, la cooperación multidisciplinar, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, en coordinación con todos los niveles de la atención sanitaria y de otros recursos y servicios sociosanitarios.
G22	Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente, a la familia y al cuidador/a no profesional, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan al bienestar de las personas con enfermedad en estado avanzado y terminal y de sus familiares.
G24	Planificar, organizar y evaluar actividades formativas dirigidas al personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
d) Habilidades de comunicación	
G25	Establecer una comunicación veraz, eficaz y respetuosa con pacientes, familia, grupos sociales, otros profesionales y medios de comunicación, tanto de forma oral como escrita, y fomentar la educación para la salud.
e) Salud pública y sistemas de salud	
G28	Establecer procedimientos de evaluación, utilizando principios científico-técnicos y de calidad.
G30	Identificar los determinantes de la salud, tanto biológicos como demográficos, ambientales, sociales, económicos, culturales, psicológicos y de género, analizar su influencia en las condiciones de vida y trabajo de la población y su repercusión en el proceso de salud-enfermedad.
G31	Identificar la participación comunitaria como un elemento imprescindible para el desarrollo de la promoción de la salud, así como participar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas saludables y proyectos intersectoriales que fortalezcan el desarrollo local.
f) Manejo de la información	
G32	Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica, biomédica y sanitaria, para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y epidemiológica.
G33	Aplicar las tecnologías de la información y de la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas, de promoción de la salud y de investigación.
G34	Tener en la actividad profesional un punto de vista crítico, creativo, constructivo y orientado a la investigación en salud.
G35	Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo del estado de salud de las personas.
G36	Adquirir la formación básica para la actividad investigadora, identificando los elementos y fases que intervienen en el proceso de investigación.
G37	Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas aplicando, entre otros, el enfoque de género.

Competencias específicas	
E2	Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería, poniendo especial atención la diferencia según edad y sexo
E3	Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación y los mecanismos de acción de los mismos. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociado y/o efectos secundarios derivados de su administración y consumo en función de la diferencia sexual.
E4	Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital y según la actividad física, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia en mujeres y hombres y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.
E5	Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.
E7	Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales así como la expresión de sus preocupaciones e intereses desde la perspectiva de género.
E8	Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.
E12	Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y seguridad a las personas atendidas.
E13	Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.
E14	Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería al individuo a la familia y a la comunidad.
E15	Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos, grupos y comunidad. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales desde la perspectiva de género, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.
E17	Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.

Competencias específicas (Continuación)	
E18	Conocer los aspectos específicos y los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.
E19	Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer. Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.
E20	Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.
E21	Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología enfermera. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.
E22	Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería aplicando el análisis de género.
E23	Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados terminales.
E24	Prácticas pre-profesionales. En forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los centros de salud hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los: valores profesionales, competencias de comunicación, asistencia, razonamiento clínico, gestión clínica, juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la enfermería, basados en principios y valores, asociados a competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el título.
E25	Trabajo fin de grado. Materia Transversal cuyo trabajo se realizara asociado a distintas materias.

Recuadro 19: Competencias genéricas y específicas. Fuente: (Universitat de València, 2010: 44-46 y 80-83)

3.4. NUEVO PARADIGMA EDUCATIVO BASADO EN EL APRENDIZAJE Y EN LAS COMPETENCIAS

Para comprender la magnitud y las consecuencias del aprendizaje de la autonomía en el Título de graduado o graduada en Enfermería, parece oportuno destacar el actual cambio de paradigma que supone un cambio del paradigma *técnico* al paradigma *interpretativo*, consistente en pasar de la investigación *proceso-producto*, a la *investigación-acción* como proceso participativo y colaborativo de autorreflexión (Carr y Kemmis, 1988: 195)⁽³⁹⁾.

Como se ha comentado ampliamente, uno de los objetivos fundamentales del proceso de Convergencia Europea es promover el cambio metodológico en la Enseñanza Superior, para lo que es necesario “efectuar un cambio de paradigma centrando el eje de la enseñanza sobre el aprendizaje autónomo del alumno” (Ministros Europeos de Educación, 1999; De Miguel, 2005a: 16).

Esto supone según el mismo autor “establecer una relación entre el desempeño que esperamos del estudiante como consecuencia de su desarrollo competencial, las modalidades y la metodología de trabajo del alumno y el profesor y los procedimientos a utilizar para comprobar la adquisición de los mismos” (De Miguel, et al., 2005b: 13). Por otra parte el grupo de trabajo que elaboró el libro blanco, lo expresa de la siguiente manera: “Reconocer que el actual sistema tradicional de enseñanza requiere de la adopción de un nuevo paradigma docente centrado en el aprendizaje del

³⁹ La aportación de los diferentes autores en la materialización de ese cambio, la sintetiza magistralmente el Dr Madrid en su “guía para la investigación en el aula de idiomas”: Otros estudios se basan precisamente en las limitaciones del paradigma técnico y de la investigación proceso-producto y proponen una investigación interpretativa y etnográfica. Las reflexiones de Joyce (1975) sobre la necesidad de preparar al profesor para que pueda resolver problemas imprevistos en lugar de objetivos concretos, las de Schön (1983), Elliott (1990) y Stenhouse (1987) sobre el profesor reflexivo e investigador y las aportaciones de Habermas (1971, 1974) sobre la función crítica del conocimiento han ido consolidando una nueva forma de concebir la competencia docente que resalta el proceso de toma de decisiones, la importancia de analizar e indagar en el pensamiento del profesor antes, durante y después de la enseñanza. Este movimiento considera que los actos de enseñanza son el resultado de determinadas decisiones que han de ser estudiadas para ser conocidas. Los aspectos básicos que interesa investigar están relacionados con lo que decide el profesor, cómo, por qué y cuándo lo decide y qué proceso cognitivo de elaboración de la información sigue para llegar a cada actuación concreta (Shavelson, 1973; Gimeno, 1983). De esta forma, se va consolidando un paradigma “ecológico” que estudia todas las relaciones contextuales entre alumnos, profesores, currículo, aulas, escuela y comunidad (Madrid, 1998: 10)

estudiante y la utilización de métodos didácticos más dinámicos y un mejor aprovechamiento de las nuevas tecnologías” (ANECA, 2004: 112).

La teoría humanista de (Rogers y Vetrano, 1975) ha influido ampliamente en la práctica docente de todos los niveles educativos, siendo la educación centrada en el alumno y la insistencia de un aprendizaje individualizado y personificado, los mensajes más aceptados por los docentes. Entre los principios defendidos por esta autora se destaca el referente a la práctica: “la mayor parte del aprendizaje significativo se logra mediante la práctica”. Otro autor de importante influencia en los procesos de enseñanza-aprendizaje, ha sido (Dewey, 1960) con su teoría del “aprender haciendo” que refuerza la importancia de las prácticas en el sistema pedagógico.

Por todo esto, como afirma (De Miguel, et al., 2005b: 138) cabe destacar que la modalidad organizativa que más favorece el desarrollo de actitudes en los alumnos son las prácticas clínicas.⁽⁴⁰⁾ Por tanto, parece oportuno considerarlo como el escenario más adecuado para desarrollar una metodología que favorezca el ejercicio de la autonomía profesional.

En este contexto, la pedagogía de la autonomía tiene su base en el dialogo, es decir en la apertura a nuevas maneras de pensar y de ver las cosas; significa “capacidad de escuchar, además de la tolerancia (que no es necesariamente la aceptación) y la posibilidad de realizar nuevas conexiones”. Es necesario estar concienciado de que el cambio es posible; asimismo, conlleva estar dispuesto a asumir riesgos y desafíos que invitarán al estudiante y al profesor, a una búsqueda permanente de su lugar para aprender (Freire y Hernández, 2003: 20).⁽⁴¹⁾ Además, el reto consiste en asumir la autonomía del profesor –desde el rigor metódico, la investigación, el respeto de los saberes del estudiante, la curiosidad epistemológica, la estética y la ética; sin discriminación y desde la reflexión crítica sobre la práctica,

⁴⁰ El título de Grado ofrece un cambio sustancial en el concepto de prácticas clínicas, introduciendo el término “Practicum”

⁴¹ Es necesario reflejar algunas de las ideas aportadas por Paulo Freire sobre la educación: enseñar no es transferir conocimientos, sino crear la posibilidad de su producción o de su construcción [...] Quien forma se forma y se reforma en formar y quien es formado se forma y forma al ser formado [...] Enseñar no existe sin aprender y viceversa (Freire y Hernández, 2003: 32).

reconociendo y asumiendo la identidad cultural –fomentando y respetando la autonomía del ser del educando (Freire y Hernández, 2003: 31-46).⁽⁴²⁾

Es evidente que dicha transformación de la educación superior supone, “el aprendizaje permanente a nivel nacional, la modernización de la enseñanza superior y la creación de instrumentos europeos comunes destinados a promover la calidad, la transparencia y la movilidad” (Consejo de Europa, 2009). Potenciar la autonomía del estudiante, en concreto en la titulación enfermera, pueden ser un estímulo para asumir los desafíos que la sociedad plantea ⁽⁴³⁾, como concluye Leyshon “las ideas de autonomía no deben ser desestimadas, ya que pueden servir para estimular a los educadores (y a sus estudiantes como futuros profesionales) para conectar con el reto de la sociedad” (Leyshon, 2002: 472).

3.4.1. Practicum reflexivo en Enfermería.

A modo de reflexión inicial analizaremos el concepto y los componentes básicos de las Prácticas Clínicas. Estas son el elemento esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje en enfermería y brindan la oportunidad de desarrollar un conocimiento práctico que sólo se adquiere en la “acción”. Es una actividad planificada que permite al estudiante integrar y verificar en la práctica los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, es decir, favorece la adquisición de las competencias necesarias para el desarrollo de una práctica profesional excelente. Esto se consigue a través de la atención personalizada. Dicha actividad se basa en una práctica reflexiva y en la aplicación de una metodología científica, cuyo desarrollo se lleva a cabo mediante la integración del estudiante en el equipo de enfermería de la unidad de prácticas correspondiente.

⁴² Desde esta perspectiva, la educación de la autonomía exige: seguridad, competencia profesional y generosidad; compromiso; comprender que la educación es una forma de intervención en el mundo; libertad y autoridad; toma de conciencia de las decisiones; saber escuchar, dialogo y querer bien a los estudiantes (Freire y Hernández, 2003: 75-109).

⁴³ Hasta 2020, el objetivo primordial de la cooperación europea deberá ser seguir apoyando el desarrollo de los sistemas de educación y formación en los Estados miembros, cuya finalidad es lograr:

- a) la realización personal, social y profesional de todos los ciudadanos;
- b) la prosperidad económica sostenible y la empleabilidad, al tiempo que se promueven los valores democráticos, la cohesión social, una ciudadanía activa y el diálogo intercultural (Consejo de Europa, 2009).

En el ambiente académico la relación teoría-práctica, ha sido un tema central en la formación de profesores y de enfermeras. La publicación de los trabajos de (Benner, 1987; Schön, 2002), potenció el debate –sobre el conocimiento científico vs intuitivo y la importancia del proceso interpretativo– y pusieron en crisis los enfoques tecnológicos tradicionales indicando su falta de adecuación.

Medina en su libro *la Pedagogía del Cuidado* argumenta magistralmente la necesidad de las teorías de enfermería como estructura conceptual para guiar y orientar la práctica clínica (Medina, 1999: 89-113). De modo que exista una relación tal, que “la teoría informe y transforme la práctica al informar y transformar las maneras en que la práctica se experimenta y entiende”(Carr y Kemmis, 1988: 128). Dicho autor afirma que son necesarios modelos teóricos –como por ejemplo, los modelos humanistas de Rizzo-Parse, Waston o Leininger– que sean capaces de captar “los aspectos tácitos, relacionales, contextuales y configuracionales centrales en la práctica competente y virtuosa de la Enfermería” (Medina, 1999: 112).

En el título de grado en enfermería la enseñanza clínica queda definida de la siguiente manera:

‘La enseñanza clínica’ es el aspecto de la formación de los cuidados de enfermería mediante el cual el estudiante de enfermería aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con un individuo sano o enfermo y/o la colectividad, a planificar, prestar y evaluar los cuidados de enfermería globales requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos. El estudiante no sólo aprende a ser un miembro del equipo, sino también a ser un jefe de equipo que organiza los cuidados de enfermería globales, entre los que se incluyen la educación para la salud de los individuos y grupos, en el seno de la institución sanitaria, hospitales e instituciones de salud, así como en la comunidad, bajo la responsabilidad de los enseñantes (ANECA, 2004: 17).

A la luz de esta proposición se entiende al profesor como un facilitador, cuyas funciones serán: estructurar las situaciones, motivar para la acción, orientar sobre los procesos, presentar la información necesaria, sugerir fuentes de datos, tutelar y evaluar las acciones y el aprendizaje (Álvarez y Lázaro, 2002: 219).

Para que la enseñanza pueda cumplir su cometido en un contexto práctico, debe integrarse dentro de un esquema cíclico. Además, en el transcurso de las mismas se utilizarán una gran variedad de recursos didácticos centrados en el estudiante con el objetivo de promover su liderazgo y la práctica reflexiva. Por tanto siguiendo a De Miguel, la metodología más apropiada sería:

- Métodos: Estudio de casos. Aprendizaje basado en problemas. Seminarios/ talleres. Aprendizaje cooperativo. Diario reflexivo
- Modalidades organizativas: Seminarios/ talleres. Tutorías. Estudio y trabajo en grupo. Prácticas profesionales.
- Componentes competenciales: Conocimientos generales para el aprendizaje. Habilidades y destrezas intelectuales. Conocimientos vinculados al mundo profesional. Habilidades y destrezas de comunicación. Habilidades y destrezas interpersonales. Actitudes y valores de organización/ gestión personal. Actitudes y valores de desarrollo profesional.
- Estrategias evaluativas: Trabajos y proyectos. Informes/ memorias de prácticas. Pruebas de ejecución de tareas reales y/ o simuladas. Escalas de actitudes. Sistemas de auto-evaluación. Técnicas de observación. Portafolio.

(De Miguel, et al., 2005b: 126)

Es pues evidente, que para impulsar la autonomía de las enfermeras será necesario introducir los modelos teóricos y las competencias en la planificación, desarrollo, evaluación y mejora de las prácticas clínicas; utilizando estas como posibilidades y no como limitaciones. Aunque también conviene tener en cuenta que esta finalidad entraña riesgos y que al mismo tiempo se pueden interpretar como dificultades lo que para otros podría considerarse como oportunidades.

No obstante, tampoco se puede obviar que una visión restrictiva de las competencias por parte de las enfermeras puede justificar la falta de iniciativa y autonomía profesional, provocando una carencia de atención en los cuidados de enfermería. Por el contrario, una comprensión arbitraria de las competencias por parte del colectivo profesional, puede generar un abuso de autonomía y libertad de la enfermera, generando disfunciones en los cuidados de enfermería con perjuicio para el usuario/ familia o comunidad.

Se podría contemplar la opción desde una visión más equidistante y ecléctica, con la que se tuviera una comprensión completa/ adecuada de las competencias que posibilitara al máximo la libertad, la iniciativa y la autonomía responsables. Aportando una visión holística y humanista que integre en el estudiante los conocimientos prácticos de las enfermeras, con la fundamentación teórica de los modelos de enfermería aportados por la Escuela.

Parece oportuno mencionar conceptos como: enfermera generalista, enfermera especialista y práctica avanzada en enfermería. Aunque no es motivo de esta tesis profundizar en dichos términos, resulta pertinente plantear el vocablo de práctica avanzada ⁽⁴⁴⁾, por considerar que en la educación superior de enfermería deben estar claramente presentes las características que definen dicha práctica y posteriormente se irán materializando en un futuro profesional a lo largo de la formación permanente. (Mantzoukas y Watkinson, 2007: 35), en su revisión sobre la práctica avanzada en enfermería concluyen que, todos los estudios indagados coinciden en un objetivo común y el deseo de “el logro de la autonomía de la práctica y la integridad profesional dentro de la disciplina de enfermería, para mejorar la prestación de servicios”. Destacan siete núcleos temáticos que identifican como las características genéricas de la práctica avanzada en enfermería, estos son:

- Uso de los conocimientos en la práctica
- Pensamiento crítico y capacidad de análisis
- Juicio clínico y habilidades para tomar decisiones
- Liderazgo profesional e investigación clínica
- Coaching y habilidades de tutoría
- Habilidades de investigación
- Cambio de la práctica

(Mantzoukas y Watkinson, 2007: 32)

⁴⁴ El consejo Internacional de Enfermería define la enfermera de atención directa/ enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario (CIE. Consejo Internacional de Enfermeras, 2009: 1).

3.4.2. Estilos de aprendizaje y criterios de resultado en el desarrollo de la autonomía

En la puesta en marcha del nuevo modelo de prácticas clínicas, es importante tener en cuenta tanto los estilos de aprendizaje, como los ocho niveles de referencia del Marco europeo para las titulaciones y las Certificaciones Profesionales definidas en términos de aprendizaje. En concreto, se describirán aquellos relacionados con el desarrollo de la autonomía y la responsabilidad.

Como se ha comentado a lo largo de esta investigación, el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje es complejo y requiere tomar en consideración las diversas teorías y los diferentes estilos de aprendizaje. Partiendo del concepto de “aprender a aprender” (Alonso, et al., 2002: 55, 54), nos proponen tres componentes o subconceptos: (1) las necesidades del discente, referidas al conocimiento y capacitación necesarios para hacer efectivo el aprendizaje, (2) el estilo de aprendizaje,⁽⁴⁵⁾ es decir, las preferencias y tendencias particulares de cada individuo y (3) la formación diseñada para el aprendizaje, entendiendo por aquél “el conocimiento y destreza necesarios para aprender con efectividad en cualquier situación en que uno se encuentre”

Para apoyar la formación de los estudiantes de enfermería, es preciso establecer una metodología que favorezca la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, de la forma más fácil. Parece evidente que “la forma en que una persona aprende se relaciona con el modo en que procesa y recupera la información; ello afecta al modo en que toma las decisiones y resuelve los problemas” (Ceballos y Arribas, 2003: 2).

En los siguientes Gráficos, se destacan las teorías de aprendizaje de la autonomía:

⁴⁵ “Los Estilos de Aprendizaje son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos, que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo los discentes perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje” (Alonso, et al., 2002: 48).

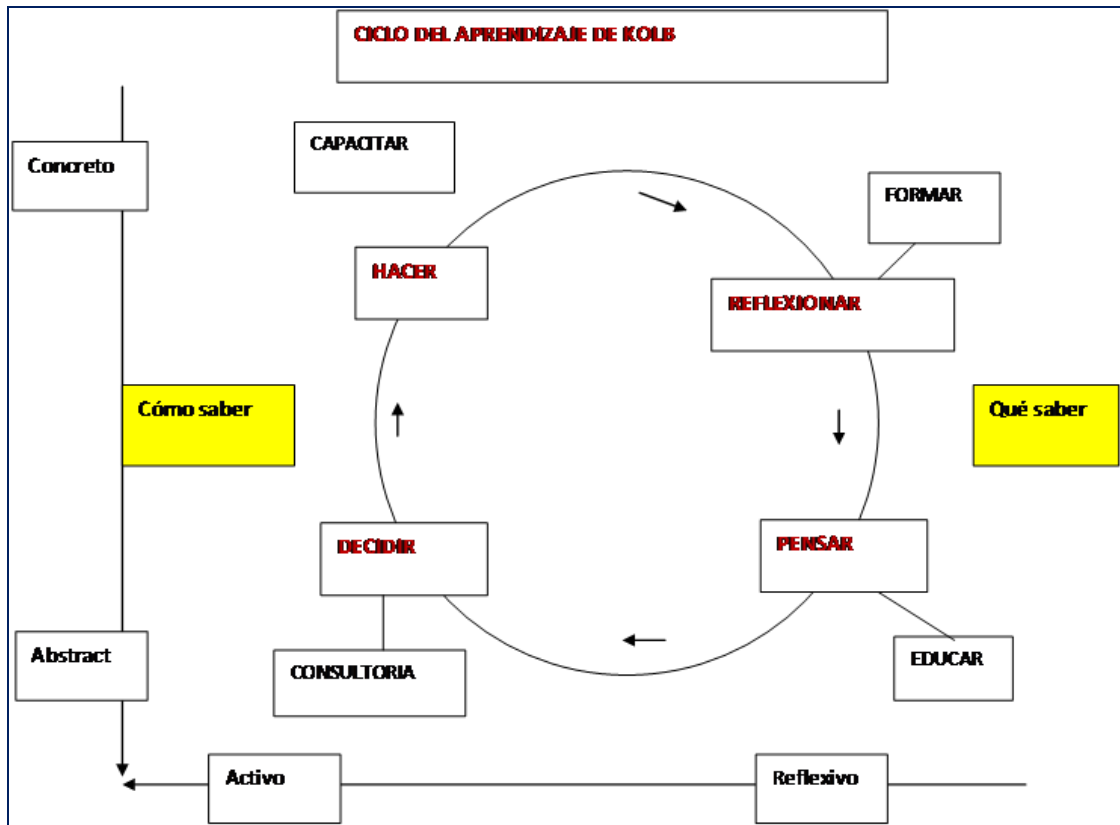


Gráfico 1: Ciclo de aprendizaje de Kolb. Fuente: (Alonso, et al., 2002)

(Alonso, et al., 2002: .47).refieren que la teoría de aprendizaje de Kolb, (1984) es el instrumento más usado en la identificación y análisis del estilo de aprendizaje en los estudiantes de Enfermería; por lo que éste instrumento es de gran utilidad en la intervención pedagógica del profesional de la docencia en el campo enfermero, como queda probado en los estudios realizados (Thompson y Crutchlow, 1993: 49).

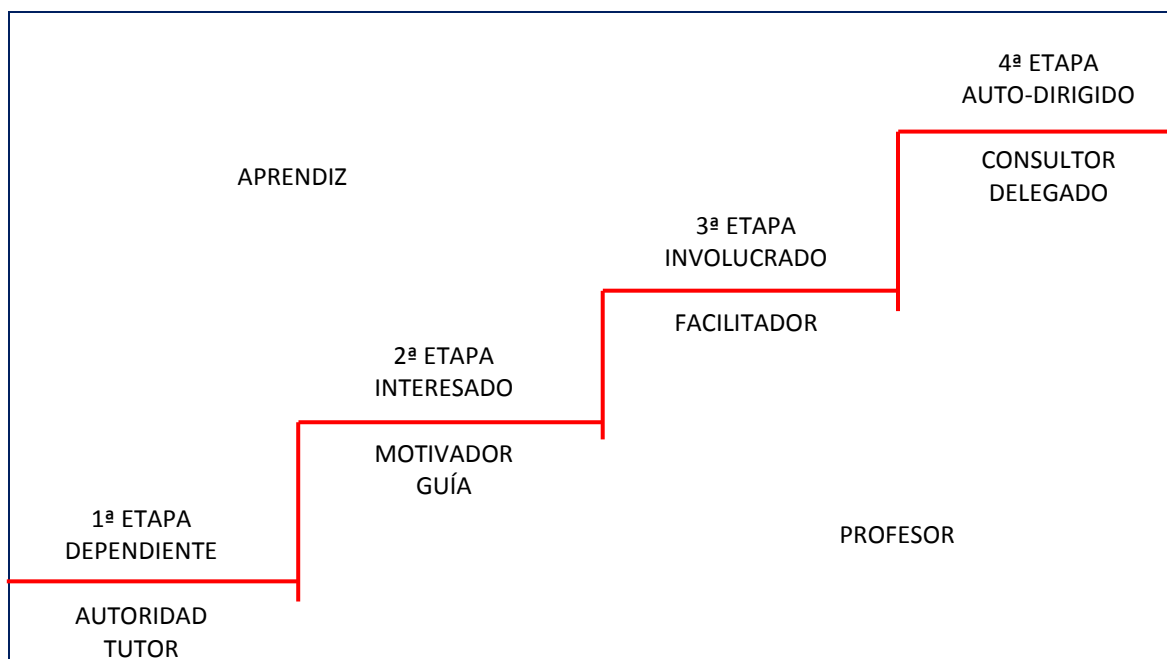


Gráfico 2: Etapas en la autonomía del aprendizaje. Fuente (Galván, 2006)

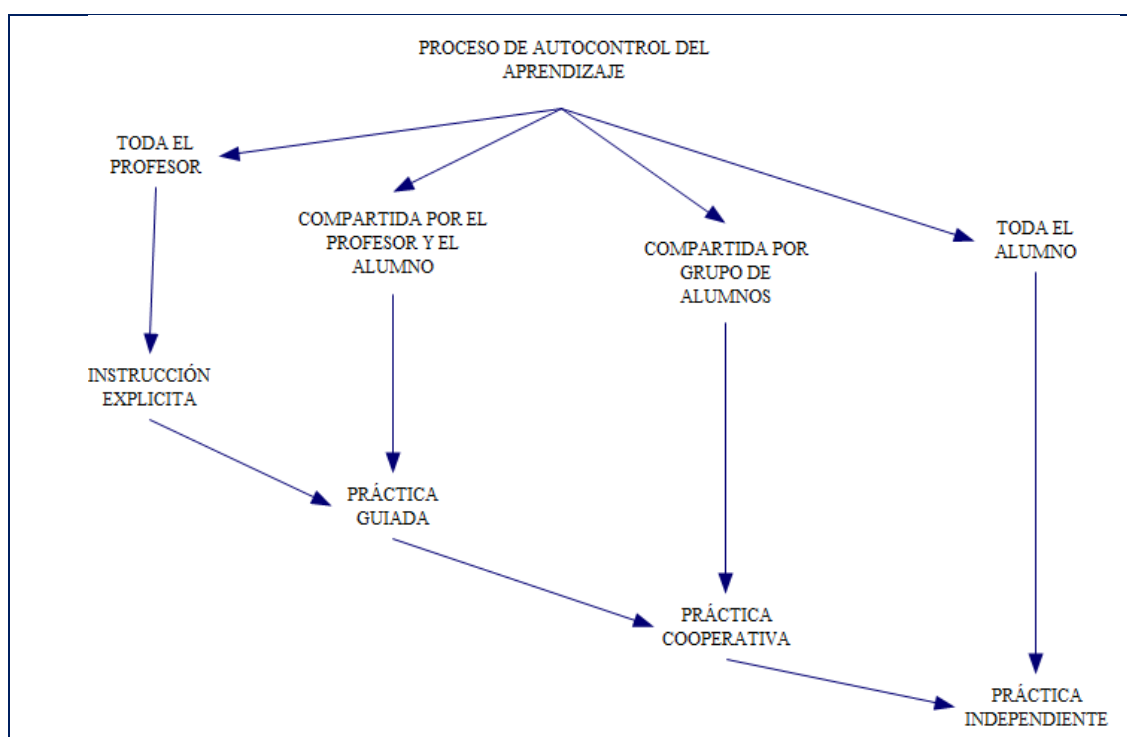


Gráfico 3: Proceso de autocontrol del aprendizaje. Fuente: (Mateos, 2001)

Acerca de la autonomía del estudiante, este mismo autor sostiene que se logra de manera progresiva, a través de un proceso de apoyo y guía decreciente, a medida que el estudiante internaliza sus propias estrategias de aprendizaje. Este modelo que se complementa con el planteado por Grow.

Criterios de resultado

Para conseguir el desarrollo del ejercicio de la autonomía durante la realización de las prácticas clínicas, seguiremos los descriptores que definen los ocho niveles de referencia del Marco europeo para las Titulaciones y las Certificaciones profesionales. Los ocho niveles referidos a la autonomía los citamos a continuación por ser el tema central de nuestra investigación.

Consideramos que los criterios de resultado en el proceso de aprendizaje de la autonomía correspondientes a los niveles iniciales, los supera el estudiante en los primeros días de prácticas clínicas y los posteriores los alcanza a través de todo el período práctico que actualmente se cursa en dos cursos diferentes.

El marco europeo para las Titulaciones y las Certificaciones Profesionales establece ocho niveles de referencia definidos en términos de aprendizaje. Dichos niveles son los siguientes (Palomino, et al., 2005):

Nivel 1. Completa las tareas o estudios bajo supervisión directa y demuestra eficacia en contextos simples y estables.

Nivel 2. Asume una limitada responsabilidad e la ejecución de las tareas para la mejora de su actuación laborar o académica, en un contexto simple y estable y en el seno de un grupo homogéneo y familiar.

Nivel 3. Se responsabiliza de la ejecución de las tareas y manifiesta cierta autonomía en el trabajo o en los estudios en contextos generalmente predecibles pero donde algunos factores pueden variar

Nivel 4. Ejecuta las tareas en contextos laborales o académicos, generalmente predecibles pero donde diversos factores pueden variar y donde algunos factores están interrelacionados. Propone soluciones para mejorar los resultados. Supervisa el trabajo rutinario que realizan otras personas y se responsabiliza de su formación.

Nivel 5. Gestiona de manera autónoma los proyectos que requieren una resolución de problemas con diversos factores, donde algunos interactúan originando cambios impredecibles. Demuestra creatividad en el desarrollo de proyectos. Dirige a los colaboradores y se revisa su rendimiento, incluido el suyo. Instruye a los colaboradores y fomenta el trabajo en equipo.

Nivel 6. Se responsabiliza de la organización administrativa, la gestión de los recursos y los equipos en contextos profesionales o académicos y que requieren la resolución de problemas complejos, donde muchos factores interactúan. Demuestra creatividad en el desarrollo de proyectos y toma la iniciativa en los procesos de gestión, incluyendo la formación de los colaboradores para mejorar el trabajo en equipo.

Nivel 7. Demuestra cualidades de liderazgo y espíritu innovador en contextos profesionales y académicos desconocidos, complejos e imprevisibles, que requieren la resolución de problemas, donde muchos factores interactúan. Supervisa la estrategia de actuación de los equipos

Nivel 8. Demuestra grandes cualidades de liderazgo y espíritu innovador u autonomía en contextos profesionales y académicos nuevos, y requiere la resolución de problemas, donde muchos factores interactúan.

Además, cada uno de los ocho niveles se define mediante una serie de descriptores, que indican los criterios de resultados, para el aprendizaje relevante del nivel correspondiente en cualquier sistema de cualificaciones. Los niveles cinco y seis, aproximadamente se corresponde con las titulaciones de ciclo corto y primer ciclo, o grado, según el acuerdo tomado en Bergen por los ministros responsables de la educación superior en Europa. En nuestro caso, parece oportuno reflejar todos los criterios de resultado, incluido el nivel cinco-seis, con respecto a la autonomía y la responsabilidad, porque al estar referidos a las prácticas clínicas y ser un escenario nuevo de aprendizaje para el estudiante, en cierta manera tiene que superar todos los niveles anteriormente descritos. Así mismo, también conviene tener en cuenta los niveles siete y ocho porque el escenario de prácticas clínicas es muy complejo y en ocasiones se requiere que el alumno aplique aprendizajes de niveles superiores a los requeridos en el aprendizaje teórico.

En el cuadro siguiente desarrollamos los descriptores que definen los niveles cinco y seis en el marco europeo de cualificaciones, para el desarrollo de la autonomía y la responsabilidad (EQF o MEC, siglas en español).

Descriptores de los niveles 5 y 6 del MEC			
	Conocimientos	Destrezas	Competencias
Nivel 5	Conocimiento comprensivo, especializado, factual y teórico en un campo de trabajo o estudio y conciencia de los límites de este conocimiento.	Rango comprensivo de destrezas cognitivas y prácticas requeridas para el desarrollo de soluciones creativas para problemas abstractos.	Gestión del ejercicio y supervisión en contextos de trabajo o actividades de estudio donde hay cambios impredecibles. • Revisión y desarrollo de la actuación propia y la de otros.
Nivel 6	Conocimiento avanzado de un campo de trabajo o estudio que requiera una comprensión crítica de teorías y principio.	Destrezas avanzadas que demuestren maestría e innovación, requeridas para resolver problemas complejos e impredecibles en un campo especializado de trabajo o estudio.	Gestión de actividades o proyectos, técnicos o profesionales, complejos, tomando responsabilidades para la toma de decisiones en contextos de trabajo o estudio impredecibles. • Tomar responsabilidades para gestionar el desarrollo profesional de personas o grupos.

Recuadro 20: Descriptores de los niveles 5 y 6 del MEC. Fuente: (European Communities, 2008: 12-13)

3.5. LA ESCUELA DE ENFERMERÍA LA FE EN EL EEES

Este trabajo de investigación se ha desarrollado en el ámbito de la Escuela de Enfermería La Fe, que es una Institución docente fundada en 1969 como Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios y transformada en Escuela Universitaria de Enfermería desde 1977, como Escuela adscrita a la Universitat de València Estudi General y con dependencia funcional y administrativa de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Para no hacer este apartado más extenso (véase Anexo 3) donde se hace referencia a su identidad, modelo de gestión, planificación estratégica y proyecto docente, en los que se inscribe la intervención didáctica, base del presente estudio.

Producto de esta reflexión, emergen algunos objetivos generales y específicos a poner en práctica en la Escuela de Enfermería La Fe y que se detallan a continuación:

Objetivos generales
Formar enfermeros generalistas que tengan una imagen propia, que sean capaces de traducir sus necesidades y las de las personas (familias, grupos o comunidad), en actos de voluntad, decisión y acción.
Profesionales polivalentes, flexibles con capacidad de hacer frente a contextos profesionales cambiantes, que participen en las decisiones que le son propias y que asuman la responsabilidad de sus acciones.
Desarrollar la autonomía del estudiante, como factor determinante del ejercicio excelente de la práctica enfermera.
Preparar profesionales autónomos y críticos, capaces de interactuar con el equipo multidisciplinar.
Aumentar la autonomía de los estudiantes, mediante la reflexión, análisis crítico y el conocimiento de sí mismo y el entorno.
Contribuir al desarrollo del ser humano, reconociendo su dignidad y los derechos humanos.
Enseñar a realizar intervenciones centradas en los recursos interiores de las personas, cuidado integral.
Promover el cuidado, formando al estudiante en el conocimiento de la persona, cómo funciona, cuál es su entorno y sus creencias; desde la reflexión, el apoyo, el confort y la educación, para que el cuidado se convierta en algo específico, individual y contextual; aplicado desde la libertad y con responsabilidad.

Objetivos específicos
Sensibilizar al estudiante sobre la necesidad de desarrollar la autonomía personal y profesional.
Conocer y transmitir las claves del ejercicio de la autonomía profesional.
Facilitar la aplicación y utilización de metodologías educativas que contribuyan al desarrollo de la autonomía.
Proporcionar al estudiante los elementos que le aporten la capacidad para actuar autónomamente.
Entrenar al estudiante desde el inicio de su formación en la práctica reflexiva y la autoevaluación.
Utilizar la autoevaluación como instrumento que facilite la incorporación de criterios a la conducta.
Utilizar métodos y técnicas innovadoras en el proceso formativo y en la evaluación.
Ayudar a identificar los valores.
Contribuir a transformar actitudes y creencias.
Desarrollar la capacidad de aprender e innovar del estudiante para fomentar el aprendizaje a lo largo de la vida.
Realizar una evaluación educativa y continua que esté orientada al aprendizaje.

Objetivos específicos (continuación)
• Utilizar los resultados de aprendizaje como elemento clave en el proceso de enseñanza/aprendizaje y operativo en la evaluación de competencias.
• Proporcionar a los estudiantes oportunidades de aprendizaje a través de la enseñanza.
• Elaborar programas de acción tutorial que orienten y motiven a los alumnos en lo relativo a la participación y a la organización de su itinerario curricular.
• Fomentar la participación de los estudiantes en actividades que complementen su formación integral.
• Desarrollar hábitos y actitudes que favorezcan la adquisición de competencias Instrumentales, interpersonales y sistémicas.
• Tener en cuenta la satisfacción de los alumnos en todos los criterios que afectan al proceso formativo.
• El profesorado ha de adaptarse a los enfoques de aprendizaje de los alumnos y promover activamente el uso de estrategias de aprendizaje propias del enfoque integral.

3.5.1. Guía docente módulo de prácticas clínicas Enfermería Médico-Quirúrgica

La guía docente de la materia troncal Enfermería Médico-Quirúrgica, correspondiente al módulo de prácticas clínicas, elaborada siguiendo las directrices del EEES y dentro del proyecto de innovación de la Escuela (ver Anexo 4).

Analizar el contenido de esta guía es pertinente, por ser el espacio educativo donde se insertará la intervención didáctica diseñada y aplicada en esta investigación. Es necesario resaltar que la intervención no estaba reflejada en dicha guía docente, por ser este un proyecto de innovación pedagógica de una de las dos profesoras que impartían la asignatura. Cabe destacar que la intervención didáctica, se llevó a cabo con el apoyo y consentimiento tanto del equipo directivo, como de las profesoras implicadas. Así mismo se contó con el consenso y compromiso de los alumnos implicados –se comentará en el desarrollo de la propia intervención–.

El desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje con la implantación de prácticas integradas –como se puede observar en la propia guía–, durante el desarrollo del módulo práctico 1.5 de Enfermería Médico-Quirúrgica (ver Anexo 5) refleja la metodología utilizada. Las estrategias de evaluación a utilizar, tanto por parte de la

profesora (ver Anexo 6) como por los profesionales (ver Anexo 7) se ha realizado bajo el enfoque de competencias.

Además de las propias prácticas en el ámbito profesional-laboral en uno de los servicios del hospital;⁽⁴⁶⁾ se han utilizado otras metodologías tales como: estudio de casos extraídos de la propia práctica, seminarios, tutorías;⁽⁴⁷⁾ diario reflexivo,⁽⁴⁸⁾ y la observación directa y participativa de la profesora en los escenarios clínicos, como estrategias de apoyo y convirtiéndose a su vez en elemento básico y eje central del propio sistema organizativo durante dichas prácticas.

Como puede verse en la propia metodología utilizada, los seminarios se realizan semanalmente, los diarios regularmente y las tutorías programadas por el profesor o, a demanda de los alumnos –estas pueden realizarse en el propio servicio del hospital o en el despacho del profesor–.

Los objetivos del seminario, siguiendo a (Álvarez y Lázaro, 2002: 319), son:

- Facilitar el desarrollo de la identidad personal y profesional.
- Aprender a dar sentido a la propia experiencia y a construir proyectos profesionales y vitales.
- Facilitar el desarrollo de una acción colectiva social y política transformadora.

Con respecto a los diarios reflexivos,⁽⁴⁹⁾ el estudiante realiza, de forma periódica, un proceso reflexivo sobre los conocimientos, habilidades y actitudes ante las situaciones que se le plantean a lo largo de las prácticas. Se sigue el esquema

⁴⁶ Descrito en el apartado 3.4.1 (Practicum reflexivo)

⁴⁷ Siguiendo a (De Miguel, et al., 2005b: 57,38), en el seminario, el protagonismo está en la actividad desarrollada por el grupo. El objetivo es la construcción del conocimiento haciendo participar activamente al estudiante, permite profundizar en un tema específico. La tutoría, consiste en el establecimiento de una relación personal entre el “facilitador o tutor” y uno o varios estudiantes con el fin de facilitar y estimular el aprendizaje (De Miguel, et al., 2005b: 68-69).

⁴⁸ Diario reflexivo, es un documento personal orientado a motivar en el alumno reflexiones sobre lo aprendido tanto a nivel personal como vivencial, y se convierte en el hilo conductor del aprendizaje (Martínez, 2009: 130).

⁴⁹ La utilización del diario reflexivo es una técnica sugerida por los expertos para mejorar el “Aprendizaje Reflexivo” (Alonso, et al., 2002: 186). Es un documento personal y confidencial, orientado a motivar en el alumno reflexiones sobre lo aprendido tanto a nivel personal como vivencial, y se convierte en el hilo conductor del aprendizaje (Martínez, 2009: 130). “Implica un proceso de reflexión a través del cual las alumnas acceden al conocimiento profesional de una manera profunda, comprensiva y significativa”, potencia el desarrollo de habilidades de pensamiento y conforma comprensiones profundas la construcción de aprendizaje significativo (Medina, 2004: 169).

propuesto por Medina (ver recuadro 20), que se basa en la teoría de (Schön, 2002) sobre conocimiento en la acción, relacionándolo con los tres enfoques curriculares: técnico, práctico y crítico. La realización de esta actividad, además, favorece el proceso dialéctico —conversación con uno mismo y la situación— y la interacción con el profesor, lo que permite incidir directamente en el aprendizaje. Se utiliza también como instrumento de evaluación, ya que durante la última semana de prácticas —en dicho diario—, el estudiante elabora una autoevaluación sobre: el servicio de prácticas, la metodología utilizada, el papel del profesor y el nivel de las competencias adquiridas.

Secciones teóricas del diario	Conocimiento en la acción	Reflexión en la acción	Reflexión sobre la acción
<i>Enfoques curriculares</i>	<i>Técnico</i>	<i>Práctico</i>	<i>Crítico</i>
Componentes del diario	Intervenciones realizadas. Diálogos con enfermos y personal sanitario. Registros en el plan de cuidados.	¿Podría haber actuado de modo diferente? ¿Qué significo aquel diálogo? ¿Qué diferencias hay entre la interpretación de otros compañeros y la mía propia? ¿Me plantea algún problema ético?	¿Cuáles son las conclusiones del diálogo anterior y cómo puedo incorporarlas a mi práctica?

Recuadro 21: Diario Reflexivo. Fuente: (Medina, 2004)

En relación con las tutorías, éstas se realizan mediante entrevistas individualizadas de orientación —o con los estudiantes de un mismo servicio, cuando el tema así lo requiere— y sirven para realizar un acompañamiento del alumno durante las prácticas clínicas, así como para realizar simulaciones de cuidado por parte de la profesora.

La estrategia de evaluación es formativa, estando presente en todo el proceso y siendo una tarea compartida por los alumnos, los profesionales del servicio donde se han realizado las prácticas y el profesor de las mismas.

SÍNTESIS: Criterios para el aprendizaje de la autonomía

El ejercicio de la autonomía exige una formación atenta a la incorporación de valores específicos como el compromiso, la implicación, la libertad y la responsabilidad, que supondrá el enriquecimiento exponencial y constatable de las conductas, de tal modo que en la práctica enfermera se incremente la “capacidad” de ejercer la autonomía mediante la reflexión, el análisis crítico y el conocimiento de sí mismo y el entorno, en orden a ejercer de modo excelente la práctica enfermera en cualquier situación, tanto en los procesos formalizados como en los informales.

Asimismo, la autonomía exige para ser ejercida de modo excelente una gestión emocional que permita el incremento progresivo del dominio de los propios actos con criterios de responsabilidad, coherencia, transparencia, interacción y búsqueda de la eficacia y que se manifieste en la práctica del autogobierno, en la capacidad para dictarse las propias normas en orden a converger con las personas en la gestión de la salud, de lo que se derivan los siguientes criterios:

- Ejercer el dialogo, la reflexión y la confrontación de datos y criterios con el paciente y su entorno.
- Demostrar conocimiento del ser humano y su complejidad.
- Dominar los conceptos esenciales de la disciplina enfermera para la toma de decisiones en la planificación de los cuidados oportunos.
- Ejercer el intercambio de datos, criterios y conductas en el marco de una labor de trabajo en cooperación con los profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas e implicados en un proceso común.
- Demostrar el dominio de las competencias técnicas, la capacidad de formular prioridades y la capacidad de adaptarse para transformar la realidad.
- Ejecutar la práctica enfermera de forma responsable, con implicación y participación, con intuición y juicio clínico.

- Ser capaz de gestionar el tiempo y la distribución pertinente de las actividades.
- Dominar las habilidades psicosociales facilitadoras de una interrelación de calidad, oportuna, veraz y accesible con el usuario.
- Conocer el modelo de gestión de la entidad sanitaria y los cuidados protocolizados y los no protocolizados.
- Gestionar el conocimiento individual derivado de la comunicación formal e informal.
- Ejercitar el sentido común y el equilibrio psicosocial que junto con la autoevaluación y autocontrol, ayudarán a reconocer los límites.
- Desplegar la creatividad, a partir del dominio de las competencias.
- Actuar con libertad, identificando, desde la coherencia, el escenario en el que debe ejercerla.

4. INNOVACIÓN PEDAGÓGICA PARA EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

Siguiendo los valores promulgados por la Escuela de Enfermería La Fe de innovación pedagógica y mejora continua se ha elaborado el siguiente material para llevar a término este proyecto.

4.1. CARTOGRAFÍA DEL CONCEPTO DE LA AUTONOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

En esta investigación se decidió construir un instrumento propio. Aunque en la bibliografía científica ya existían diferentes instrumentos para medir la autonomía, ninguno de ellos se adaptaba completamente a realidad que se quería estudiar en este proyecto, es decir no nos permitía comparar o correlacionar sus medidas.

El planteamiento inicial pretende responder a la pregunta de investigación mediante un diseño de estudio empírico, que parte de instrumentos cualitativos y finaliza con una medición cuantitativa de los elementos estudiados. Este tipo de diseño permite obtener mayor conocimiento de la realidad investigada, sobre todo de los valores razones y comportamientos, que inciden en el tema investigado.

El estudio empírico denominado *Cartografía del Concepto de la Autonomía de los profesionales de enfermería*, tiene por objetivo establecer una relación de conceptos afines con la autonomía enfermera expresados por los profesionales en activo en el campo profesional de la enfermería.

La metodología, como se irá viendo en la descripción del procedimiento, comprende dos tipos de metodología científica: una de corte cualitativo (especialmente en la generación de conceptos) y otra de corte cuantitativo, en la que las relaciones y la importancia de las ideas generadas se valora individual y cuantitativamente por cada uno de los participantes en el proceso.

En definitiva, se analiza la estructura conceptual de un término mediante la generación de términos afines y la relación que mantienen entre sí. Esa estructura

conceptual se presenta pues como las dimensiones o factores a tener en cuenta en múltiples aplicaciones (generación de un estudio documental sobre el concepto, preparación de un cuestionario para valorar actitudes, destrezas y conocimientos (dependiendo del tipo de concepto cartografiado), preparación de unidades didácticas, y etc.).

Así pues, el procedimiento elaborado se puede resumir en los siguientes pasos:

1. Generación de los conceptos relacionados con el concepto marco Autonomía enfermera.
2. Estructuración y valoración de la relevancia de los Conceptos.
3. Análisis y representación de los conceptos.
4. Interpretación de los resultados.

El análisis presentado en este apartado supone una aportación propia equivalentes a las realizadas por Trochim (1999) en el campo de las Ciencias Sociales (Trochim y Linton, 1986; Trochim, et al., 1994; Trochim, 1999).

4.1.1. Generación de los conceptos relacionados con el concepto marco de autonomía enfermera

Para la generación de los conceptos relacionados con el concepto marco autonomía, se crearon dos grupos nominales de actuación diferencial: alumnos de enfermería y profesionales enfermeras.

El primer grupo estuvo compuesto por diez alumnos pertenecientes al tercer curso de la Escuela de Enfermería la Fe de Valencia. La elección de los miembros fue voluntaria y por motivaciones personales, tras la invitación de la profesora a participar en el proyecto. La elección del número fue decisión de la investigadora, considerando adecuado dicho número por ser una buena representación del total de la clase (sesenta alumnos) y una muestra que aseguraba la riqueza y variedad de las aportaciones.

El segundo grupo, formado por diez enfermeras expertas, que desarrollan sus actuaciones en centros sanitarios de la Comunidad Valenciana. Nuevamente la investigadora seleccionó el panel de participantes siguiendo criterios de idoneidad e interés por el tema. La representatividad se aseguraba tanto desde el punto de vista aleatorio, como desde una perspectiva de indagación cualitativa. Se considera que este grupo es una buena representación de la realidad de las enfermeras en nuestro entorno, por pertenecer a distintos ámbitos y existir una amplia variedad en cuanto a los años de actividad profesional

Para cada grupo se utilizó una metodología diferente y a la vez complementaria, que se expone a continuación.

1. GRUPO I: Estudiantes

1ª Intervención: se realizó una sesión de trabajo conjunta con la investigadora y los alumnos seleccionados, la actividad se produjo en un aula distanciada de la actividad docente y fuera de horas de clase –previamente se había consensuado la hora de finalización–. Por razones de trabajo, hubo un alumno que no pudo asistir (en total 9 alumnos y la investigadora).

El dossier elaborado para la captación de la opinión de los alumnos sobre la autonomía (ver Anexo 8), constaba del consentimiento informado, un apartado en el que se reflejaban datos demográficos del alumno, el guión de la entrevista semi-estructurada y la valoración del nivel de autonomía percibido. Dicho dossier se utilizó en la introducción y sirvió como guía de la sesión. Durante la misma, estuvieron marcados los tiempos y se cumplió con lo establecido, también se solicitó a los miembros que dejaran reflejado por escrito todo lo que pensaban, diferenciando con distinto color su opinión al inicio y la modificada como fruto de la discusión y de las aportaciones del grupo.

1ª actividad. Se pidió el consentimiento informado de los miembros. Facilitando el dossier elaborado por la investigadora y solicitando a los alumnos la cumplimentación de la primera pregunta a nivel individual (concepto de autonomía). Los datos de este primer apartado no se comparten con el resto del grupo.

2ª actividad. Complimentación del resto del dossier partiendo de la reflexión individual, con posterior debate y puesta en común.

3ª actividad. Elaboración de conclusiones, que ponen de manifiesto los cambios de planteamiento de los miembros del grupo, fruto del dialogo y de las aportaciones de los compañeros. Estos se comparten entre los componentes del grupo con gran sorpresa y admiración por su parte.

La sesión fue distendida y amena, se cumplieron los objetivos y sirvió como método didáctico para transformar y ampliar el concepto de autonomía que tenían sus participantes. Esto causó gran satisfacción entre los mismos, los resultados de dicha sesión quedan reflejados en el Anexo 9

Como respaldo para el desarrollo de procesos de investigación educativa en el campo de la medición de actitudes, se tomó como referencia la teoría de acción razonada (Reyes, 2007).

2ª Intervención. Autoevaluación del nivel de autonomía percibido, las respuestas fueron recopiladas y agrupadas por media y mediana (véase Anexo 10).

3ª Intervención. Como conclusión se elaboró un mapa conceptual que recogía, la visión de los alumnos sobre la autonomía en la práctica enfermera (véase Anexo 11). De dicho documento se sustrajeron algunas de las sentencias que posteriormente constituyeron la matriz de los conceptos referidos a la autonomía.

2. GRUPO II. Profesionales

1ª Intervención: Por correo electrónico mediante carta de presentación se solicita a los seleccionados su colaboración para intervenir en el presente estudio, con el objetivo de establecer consenso entre profesionales; es decir la construcción de conocimiento conjunto.

Una vez aceptada la participación, se les solicita que por correo electrónico realicen un brainstorming sobre el ejercicio de la autonomía enfermera. Los

participantes pueden expresarse con total libertad (opiniones, términos,...) y plantear dimensiones no previstas del tema expuesto.

2ª Intervención: El proceso de retroalimentación entre los participantes es controlado por la investigadora, siendo esta la que recopila todas las respuestas recibidas. En una segunda ronda se solicita que escriban de 10 a 30 frases que identifiquen los criterios del ejercicio de la autonomía en las prácticas clínicas.

3ª Intervención: Agrupación de las respuestas y junto con los resultados del trabajo con los alumnos, se elabora un cuestionario con 68 sentencias (ver Anexo 12). Solicitando, tanto a estudiantes como profesionales, que clarifiquen la relevancia y oportunidad de las categorías identificadas

4.2. ESTRUCTURACIÓN Y VALORACIÓN DE LA RELEVANCIA DE LOS CONCEPTOS

Con las 68 sentencias, se elabora un cuestionario sobre el grado de relevancia de las sentencias (ver Anexo 13), que se remite a las profesionales y alumnos, con la solicitud de que evalúen del 1 al 5 el grado de relevancia de cada frase con respecto al ejercicio de la autonomía, siendo el valor 5 la máxima relevancia y 0 la mínima.

Al mismo tiempo, con dichas sentencias, también se elabora una matriz (ver Anexo 14) que se pasó tanto a alumnos como profesionales para su cumplimentación. En ella se solicita que valoren del 0 al 3 la relación que tiene cada una de las frases con el resto de las sentencias.

A partir de los datos, aparecen los valores defectos; que se han agrupado y categorizado en áreas y componentes

Posibles sesgos:

Al no estar definidos previamente los conceptos, los resultados están sujetos a la interpretación de las personas que cumplimentan tanto el cuestionario, como la matriz.

Con la intención de ser fieles a las aportaciones de los participantes, se recogieron todas las frases, aun teniendo significados parecidos, lo que dio como

resultado una matriz con 68 sentencias, e hizo que la cumplimentación del instrumento fuera laboriosa y requiriera de varias horas para su correcta contestación. Estas dos circunstancias, pueden haber influido en los resultados finales.

4.3. ANÁLISIS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS CONCEPTOS

A partir de la matriz anterior se ha realizado el análisis de datos mediante el procedimiento de Escalamiento Multidimensional con el modelo Euclídeo. Este modelo se basa en el cálculo de disimilaridades (similaridades) a partir de la distancia euclídea entre cada par de objetos y es apropiado para el tipo de variables cuantitativas de intervalo.

La expresión matemática permite el cálculo de la distancia entre cada par de objetos y hallar la matriz de disimilaridades que es la que se utiliza para extraer las dimensiones (factores) en los que satura cada objeto de análisis, en nuestro caso los 68 conceptos relacionados con la autonomía:

Sean x e y dos puntos de un espacio con n dimensiones, entonces la distancia euclídea se define como:

$$d(x, y) = \sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2}$$

Con el programa SPSS 14.0 se pidió una solución de dos dimensiones, al igual que el procedimiento utilizado por Trochim, que extrae los valores de saturación de cada concepto sobre autonomía en cada una de ellas (véase Anexo 15).

Estos valores son los que se utilizan para realizar la representación de la relación de conceptos sobre autonomía en un mapa dimensional. Por ejemplo, el concepto v15 (*Diálogo y reflexión*), ha obtenido una puntuación en la dimensión 1: -1,5952 y en la dimensión 2: 0,3291. Es decir, se representa en el espacio de dos dimensiones en un punto (d_1, d_2) que resulta en (-1,5952, 0,3291). Así se hace con otros conceptos de manera que se obtiene en el espacio bidimensional la representación conjunta de éstos.

El peso de los conceptos relacionados con “autonomía” en las dimensiones extraídas por Escalamiento Multidimensional, se puede ver en el Anexo 16, así mismo se incluye un Gráfico de los mismos.

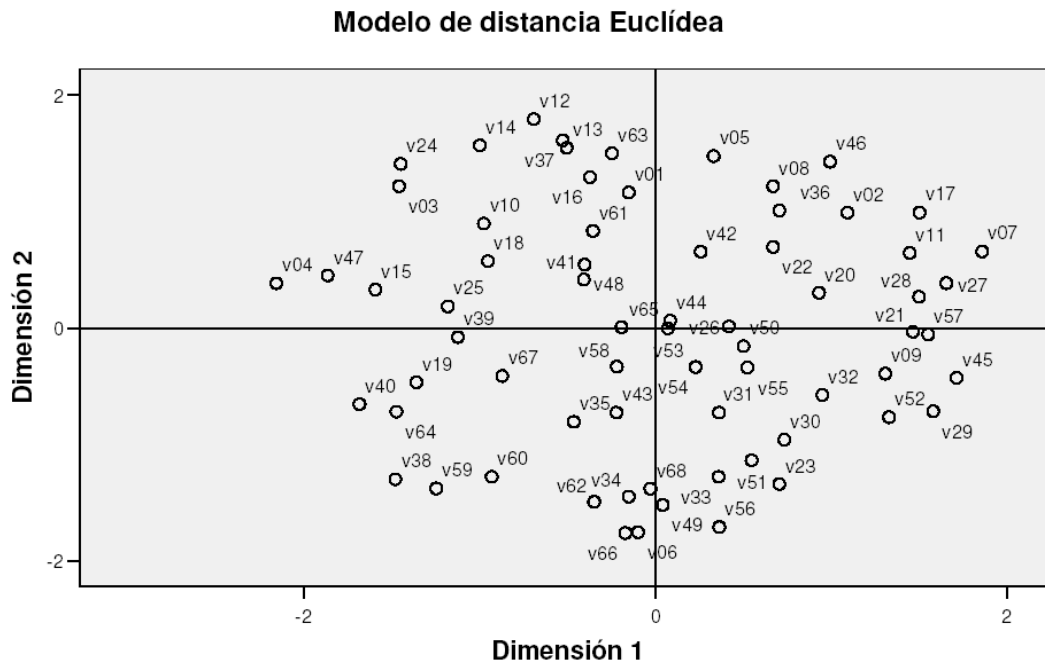


Gráfico 4: Representación dimensional de las distancias de los conceptos de autonomía calculadas mediante el análisis de escalamiento multidimensional.

El siguiente paso en el procedimiento de análisis consiste en realizar a partir de las puntuaciones de cada concepto en las dimensiones extraídas, un análisis de conglomerados jerárquicos (o *cluster*) para determinar matemáticamente los grupos formados en el espacio bidimensional. Es decir, qué conceptos de los analizados pueden aglutinarse en una unidad o grupo conceptual superior (véase Anexo 17).

Habitualmente, el número de *clusters* o conglomerados viene determinado por el nivel de interpretabilidad que el investigador quiere dar en función del criterio de *parsimonia* y *plausibilidad* del modelo a explicar, el número de *clusters* y el número de objetos, conceptos, de análisis en cada uno de ellos.

Una herramienta gráfica útil para establecer estos grupos es el dendograma. En la figura siguiente se presenta el dendograma del análisis cluster realizado con las puntuaciones de cada concepto de autonomía en las dimensiones del escalamiento

multidimensional. A la izquierda del mismo aparece un listado que identifica el número del concepto. Seguidamente, a modo de árbol, van representándose líneas horizontales que parten de cada concepto y que quedan unidas en algún punto o distancia, que está representada en la parte superior como una regla horizontal.

Dependiendo de dónde se determine el punto de corte de las distancias, siguiendo el criterio de parsimonia y plausibilidad, obtendremos un determinado número de grupos. En el caso que nos ocupa, la distancia escogida ha sido de ($1 < d_1 < 2$) de forma que los grupos combinados han coincidió en 10. Posteriormente, escogiendo una distancia mayor ($d_2 = 5$), se pueden agrupar estos 10 cluster o grupos de conceptos en 4 grandes bloques. En el siguiente apartado se explicará el sentido de cada grupo. La representación completa del dendograma puede verse en el Gráfico 5 de resultados.

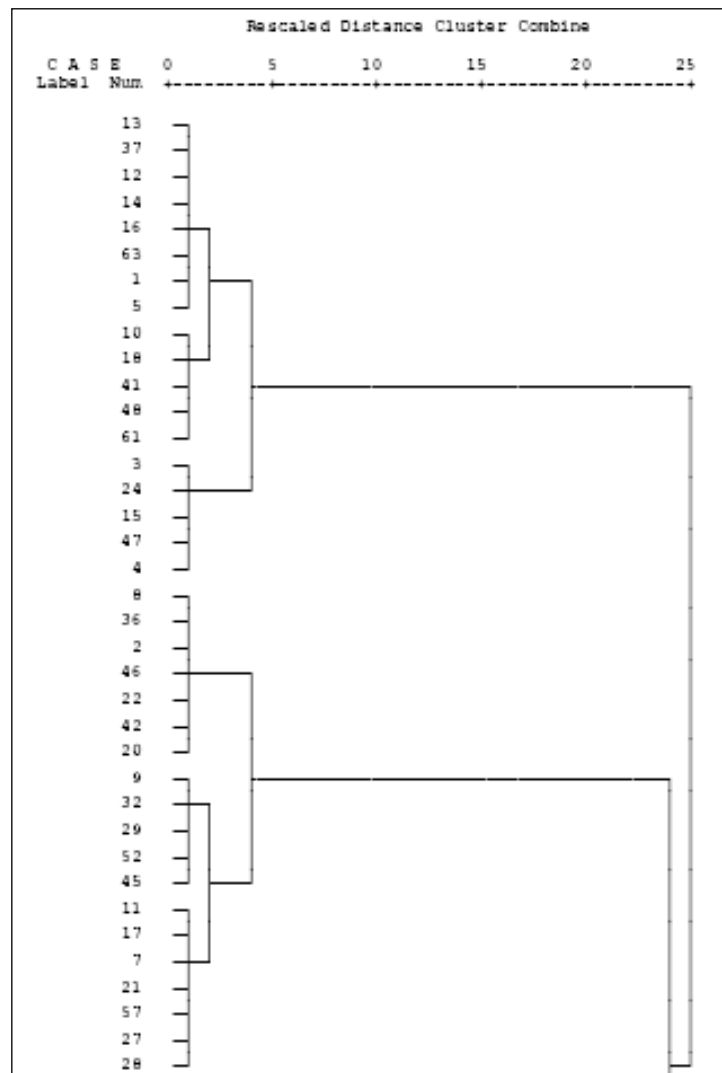


Gráfico 5: Dendrograma extraído por análisis de cluster jerárquico de conceptos relacionados con autonomía

Una vez determinadas las áreas afines de los conceptos de autonomía en función de sus puntuaciones dimensionales se puede representar el siguiente Gráfico.

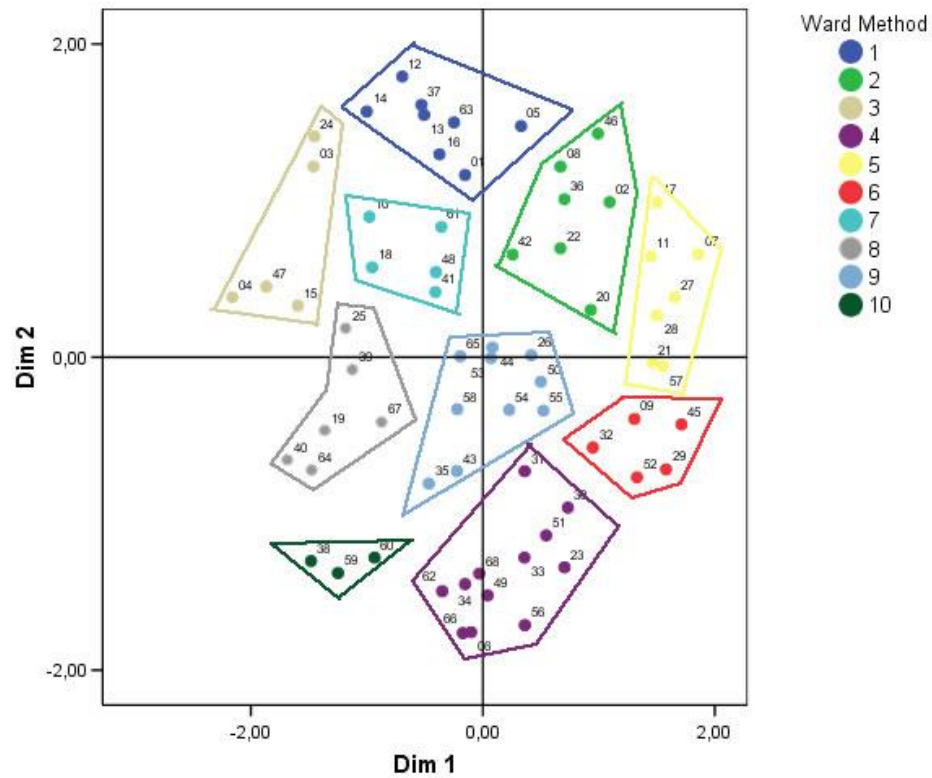


Gráfico 6: Representación de los clusters relacionados con *autonomía* sobre las dos dimensiones

Así, cada uno de los clusters o grupos representa a un conjunto de conceptos que tienen una característica subyacente en común. Cada uno de esos rasgos, que serán interpretados en el apartado siguiente, se ha definido y se muestra en el siguiente recuadro:

Nombre cluster
1: INTERDISCIPLINAR
2: DESARROLLO PROFESIONAL
3: RELACIÓN DE AYUDA
4: LIBERTAD Y LÍMITES
5: EXCELENCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS
6: RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
7: CUIDADO INDIVIDUALIZADO
8: ORGANIZACIÓN Y COMUNICACIÓN
9: DOMINIO DE LAS COMPETENCIAS
10: APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS ENFERMEROS

Recuadro 22: Enumeración de los clusters relacionados con *autonomía* sobre las diez dimensiones

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de dichos clusters

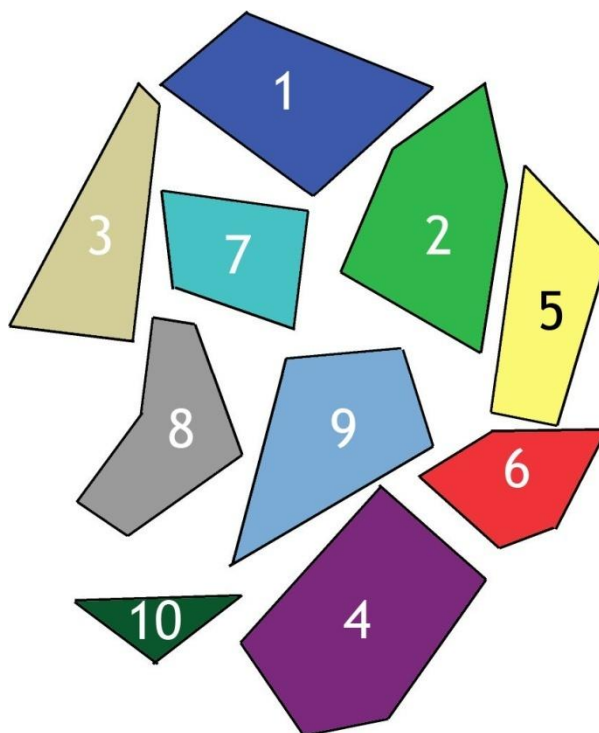


Gráfico 7: Representación resumen de clusters relacionados con autonomía sobre las diez dimensiones

4.3.1. Relevancia de los grupos o clusters

Resulta obvio, que una vez obtenidas las valoraciones sobre la relevancia de cada concepto proporcionadas por cada profesional experto de los que participó en el estudio (n=11), se puede extraer una puntuación media de cada grupo o cluster.

Recordemos que la escala de valoración alcanzaba como máximo 5 puntos (máximo nivel de relevancia). Como quiera que cada concepto haya sido valorado por 11 profesionales, la puntuación máxima a alcanzar sumando estas valoraciones es de 55.

Así, se puede obtener la media de cada cluster mediante la suma de la puntuación total de cada concepto incluido en éstos. Estas medias, representadas en la tabla siguiente, pueden pasarse a una escala que haga más comprensible la relevancia de cada cluster respecto a otros.

Nombre cluster	Número conceptos	Media	Desv. Típ	Media (escala 0-5)
3: RELACIÓN DE AYUDA	5	43,8000	5,07	3,98
1: INTERDISCIPLINAR	8	42,8750	5,77	3,90
2: DESARROLLO PROFESIONAL	7	42,8571	4,53	3,90
4: LIBERTAD Y LÍMITES	12	41,7500	3,74	3,80
10: APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS ENFERMEROS	3	40,6667	1,53	3,70
6: RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	5	39,4000	6,99	3,58
8: ORGANIZACIÓN Y COMUNICACIÓN	6	39,3333	0,82	3,58
5: EXCELENCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS	7	39,2857	4,42	3,57
7: CUIDADO INDIVIDUALIZADO	5	38,2000	3,70	3,47
9: DOMINIO DE LAS COMPETENCIAS	10	35,5000	5,52	3,23

Tabla 1: Puntuación media de la relevancia de cada cluster ordenada de mayor a menor

4.4. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se ha buscado un título a cada uno de los 10 grupos o clusters, esto se ha llevado a cabo utilizando una palabra que recogiera el significado del conjunto de conceptos que componen el conglomerado.

RESULTADO MATRIZ PROFESIONALES		
CLUSTER 1		
3	CUIDADOS ENFERMEROS	Para aplicar unos cuidados de calidad son necesarios entre otros, el dialogo, la reflexión y la confrontación de la enfermera con el usuario, para (si la situación lo permite) conjuntamente planificar los cuidados. Este trabajo bien hecho, produce autorrealización y satisfacción profesional y personal.
7	CUIDADO INDIVIDUALIZADO/ PERSONALIZADO	El cuidado individualizado/ personalizado, precisa de un análisis de la complejidad de la persona, familia o comunidad y la correlación entre los diferentes conceptos esenciales de la disciplina enfermera (persona, salud, entorno y cuidado), para desde el reconocimiento de los valores y creencias (de ambos actores), se puedan tomar las decisiones oportunas (previa comprensión, razonamiento, reflexión y elección independiente) para la planificación de cuidados, y así poder satisfacer las necesidades del usuario. Ejemplo: dirigir una relajación para aumentar la tolerancia al dolor.
1	INTERDISCIPLINAR	Actualmente trabajar en colaboración con varias disciplinas, es una realidad ineludible. Requiere colaboración, trabajo, participación en la toma de decisiones. Sirve para aunar esfuerzos, rentabilizar tiempos y aumentar los resultados. Precisa de una coordinación y no es posible si no existe respeto y valoración entre los profesionales pertenecientes a las diferentes disciplinas. Algunos de ámbitos de actuación podrían ser: los cuidados en domicilio, la cura de heridas, la atención a usuarios crónicos y a sus cuidadores.
CLUSTER 2		
2	DESARROLLO PROFESIONAL	El desarrollo profesional es el objetivo de toda profesión. Como base necesaria tendremos la motivación interna de sus miembros, apoyada en dos elementos clave: las expectativas y el esfuerzo. Entre los elementos que propician este desarrollo profesional podemos destacar, el dominio de las competencias técnicas, la capacidad de formular prioridades y la capacidad de adaptarse para transformar la realidad. Todo esto incide directamente en la profesionalización y la excelencia del cuidado.
6	RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	El ejercicio de la profesión enfermera requiere responsabilidad, parece oportuno pensar que para que se dé, es necesario que exista implicación y participación; que junto con la intuición y el juicio clínico será la garantía de unos cuidados responsables. Es evidente, que la responsabilidad profesional, implica también gestión del tiempo y distribución pertinente de las actividades.
5	EXCELENCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS	Para que los cuidados sean excelentes, la enfermera necesita además de los conocimientos propios, unas habilidades psicosociales y una coherencia personal que le facilite la interrelación con el usuario; le permita el conocimiento de la persona, su entorno y sus creencias; así como ofrecerle información de calidad, oportuna, veraz y accesible.

RESULTADO MATRIZ PROFESIONALES (Continuación)		
CLUSTER 3		
8	ORGANIZACIÓN Y COMUNICACIÓN	El modelo de gestión de la institución a la que pertenecemos, potencia o limita la aplicación de cuidados enfermeros de excelencia. En nuestros hospitales actualmente predomina el modelo biomédico, esto relega a la enfermera a un papel de colaboración y coordinación. En este contexto, las enfermeras ejercen parte de los cuidados que son la esencia de su profesión, a través de los “cuidados no protocolizados”; Estos se dan mayoritariamente a través de la comunicación informal, es decir aquella que no queda reflejada ni registrada. Al no existir evidencias científicas, no pueden ser reconocidos, ni valorados. Serán necesarios nuevos estilos de gestión que aumente la implicación de las enfermeras en la toma de decisiones y la satisfacción del usuario.
10	APLICACIÓN CONOCIMIENTOS ENFERMEROS	La enfermera aplica los conocimientos adquiridos a través de la enseñanza y el aprendizaje individual en todas las intervenciones enfermeras, entre ellas están: la valoración del usuario y la elaboración de cuidados protocolizados.
CLUSTER 4		
9	DOMINIO DE LAS COMPETENCIAS	El ejercicio de la profesión, requiere del seguimiento de unas directrices fundamentadas y aceptadas, al mismo tiempo que reclama la capacidad de ponerte en el lugar del otro. Parte del sentido común y el equilibrio psicosocial, que con la autoevaluación y autocontrol, ayudarán a reconocer los límites. Crece y se desarrolla con energía, el dominio de las competencias y una actitud favorable que facilite las iniciativas y permita la creatividad. Necesita de una formación continua, integral y específica. Un ejemplo puede ser: cuando la enfermera realiza apoyo emocional.
4	LIBERTAD Y LÍMITES	El ejercicio de la profesión, está condicionado por la manera de ser o de reaccionar de las personas o lo que es lo mismo por su vocación o aptitud particular. Necesita integrar y equilibrar, binomios contrapuestos como: creatividad/ espontaneidad y control/ disciplina. Requiere libertad para reconocer la diferencia y después de tomarse el tiempo necesario tomar decisiones desde la coherencia.

Recuadro 23: Resultado Matriz profesionales. Fuente: elaboración propia

Así mismo, siguiendo el mismo criterio se ha asignado un nombre, a cada uno de los clusters, como se puede observar en el recuadro siguiente:

Enunciados Clusters y Sub-escalas de la autonomía		
CLUSTER 1	CUIDADOS ENFERMEROS	Relación de ayuda Cuidado Individualizado Dialogo interdisciplinario
CLUSTER 2	PROFESIONALIDAD	Desarrollo profesional Responsabilidad profesional Excelencia en los cuidados enfermeros
CLUSTER 3	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN ENFERMERA	Organización y comunicación Aplicación de cuidados enfermeros
CLUSTER 4	IMPLICACIÓN Y COMPROMISO	Dominio de las competencias Libertad y límites

Recuadro 24: Clusters y enunciados correspondientes. Fuente: elaboración propia

4.5. ANÁLISIS Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

A partir de los dos trabajos anteriores se procedió a la elaboración de un instrumento que midiera el grado de autonomía alcanzado por los estudiantes durante el ejercicio de las prácticas clínicas (en adelante GA). La construcción de dicho instrumento se realizó teniendo en cuenta las recomendaciones teóricas de (Cañadas y Sánchez, 1998: 626; Fernández y Sotomayor: 23) y la consulta a dos expertos.

El cuestionario sobre la autonomía enfermera se compone de un apartado para datos de identificación y datos socio-demográficos (datos personales, acceso a la universidad, prioridad en la elección, experiencia profesional y servicio donde se realizaban las prácticas) y una escala de autonomía global que a su vez se divide en once sub-escalas.

Las sub-escalas que miden la autonomía global, son: *Características Personales* (CP), *Relación de Ayuda* (RA), *Cuidado Individualizado* (CI), *Dialogo Interdisciplinar* (DI), *Desarrollo Profesional* (DE), *Responsabilidad* (RE), *Excelencia de los Cuidados* (EX), *Organización y Comunicación* (OR), *Aplicación de Conocimientos* (AP), *Dominio de Competencias* (DC), *Libertad y Límites* (LL). Los ítems se responden en una escala tipo Likert con 5 niveles de respuesta: (1) muy en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) neutral, (4) de acuerdo y (5) muy de acuerdo.

Fiabilidad y validez del instrumento.

Para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento durante su fase de construcción, se realizó un pilotaje encaminado a la obtención de evidencias de validez, tanto de constructo como de contenido, y fiabilidad.

El pilotaje contó con una muestra piloto conformada por alumnas de 3º curso que estaban realizando sus prácticas clínicas (no eran las mismas que iban a participar en el estudio posterior) y profesionales enfermeros. Dicha muestra estaba conformada por 34 sujetos, de los cuales se perdieron 6, por lo que finalmente, la muestra quedó reducida a 26. La muestra piloto sirvió para analizar tanto los aspectos cualitativos (a partir de las observaciones de los participantes), como el análisis cuantitativo (a partir de los resultados del cuestionario) para determinar la validez y fiabilidad del mismo.

Fiabilidad

Para obtener el índice de fiabilidad del instrumento se utilizó el test α de Cronbach, entendiendo así como fiabilidad la consistencia interna del instrumento. Así mismo, se utilizó la correlación biserial puntual (r_{bp}) entre las puntuaciones de cada ítem y la puntuación total en el cuestionario para tomar decisiones sobre la calidad de los ítems y permitir una mejora del instrumento.

Inicialmente se obtuvo un $\alpha = 0,939$. No obstante, y a pesar del excelente índice obtenido, se observaron r_{bp} de algunos ítems con la escala global por debajo 0,2. Se consideró eliminar estos ítems y se realizó de nuevo el análisis de fiabilidad tanto para la escala tomada en su conjunto, como para las diferentes sub-escalas.

Así, se eliminaron los siguientes ítems: RA: ra08, ra09. (preguntas: 18,19). CI: ci01, ci03, ci11. (preguntas: 20,22,30). DI: di05. (preguntas: 35). DE: de04, de05. (preguntas: 40,41). RE: re08. (preguntas: 51). EX: ex05, ex08, ex09. (preguntas: 57,60,61). OR: or01, or02. (preguntas: 64,65). AP: ap09. (preguntas: 80). DC: dc03, dc04, dc06, dc09. (preguntas: 83, 84, 86). LL: ll01, ll04, ll05, ll07, ll08. (preguntas: 90, 93, 94, 96, 97). Es decir, de un número inicial de 88 ítems, la escala quedó reducida a

63. Cuestión que proporciona mayor consistencia al instrumento tomándolo como escala global de autonomía y en las diferentes sub-escalas.

Los resultados de fiabilidad del instrumento obtenidos quedan reflejados en la siguiente tabla, tanto para la escala global como de las diferentes sub-escalas.

<i>Escala</i>	<i>α de Cronbach</i>	<i>Nº elementos</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Típ.</i>
Escala TOTAL	0,959	63	262,38	21,472
RA	0,679	7	28,59	2,500
CI	0,857	8	33,45	3,713
DI	0,698	5	20,27	2,081
DE	0,836	5	21,53	2,488
RE	0,828	8	35,27	3,329
EX	0,796	8	32,84	3,226
OR	0,778	6	25,88	2,579
AP	0,778	8	31,27	3,702
DC	0,722	5	20,39	1,903
LL	0,719	4	17,07	1,946

Tabla 2: Índices de fiabilidad para la escala global y sub-escalas.

Adicionalmente, se realizó un análisis de fiabilidad para la escala de *Características Personales* (CP) que en sí misma constituiría una dimensión distinta a la autonomía, aunque con correlación positiva con ésta última como se verá más adelante. Esta cuestión hizo que para comprobar las hipótesis de la investigación y respecto a la autonomía considerada globalmente, se incluyese con el resto de sub-escalas. Aunque según el análisis estadístico los ítems 9 y la 10 no reunían las condiciones exigidas, se decidió seguir manteniéndolos en la encuesta definitiva por si en el futuro fueran de utilidad.

Los resultados de la fiabilidad de la escala de *Características Personales* muestran un $\alpha = 0,686$ para todos los análisis de fiabilidad (véase Anexo 18).

Validez de constructo

Para obtener evidencias de validez de constructo, entendida ésta como el “grado por el cual las relaciones entre los ítems del test y los componentes del test conforman el constructo sobre el cual se basan las inferencias de puntaje” (AERA, APA y NCME;

1999) se utilizó la técnica del Análisis Factorial de Componentes Principales. Dicho análisis permitirá observar en qué grado la estructura dimensional obtenida se corresponde con la estructura teórica planteada en el cuestionario, o dicho de otro modo, estructura sobre la que se quieren inferir los resultados.

El Análisis Factorial de Componentes Principales, contando ya con un cuestionario reducido a 63 ítems, muestra que la estructura que mejor explicaría el cuestionario es unidimensional, es decir que las sub-escalas pierden relativa importancia, teniendo más sentido hablar de una escala global de autonomía. No obstante, para los análisis para comprobar las hipótesis que se realizan más adelante se mantendrán.

La varianza explicada por la dimensión es del 30,052% (Autovalor = 18,933), un valor aceptable en cuestionarios de este tipo. En la tabla, siguiente se expresan las saturaciones de cada ítem con la dimensión extraída.

ítem	Fact. 01	ítem	Fact. 01
ra01	0,46	ex01	0,61
ra02	0,59	ex02	0,63
ra04	0,49	ex03	0,56
ra05	0,72	ex04	0,54
ra06	0,41	ex06	0,51
ra07	0,46	ex07	0,66
ci02	0,54	ex10	0,44
ci04	0,67	ex11	0,56
ci05	0,58	or03	0,44
ci06	0,62	or04	0,62
ci07	0,36	or05	0,53
ci08	0,62	or06	0,54
ci09	0,76	or07	0,40
ci10	0,70	or08	0,57
di01	0,65	ap01	0,68
di02	0,55	ap02	0,31
di03	0,36	ap03	0,48
di04	0,70	ap04	0,50
di06	0,35	ap05	0,47
de01	0,49	ap06	0,61
de02	0,51	ap07	0,37
de03	0,66	ap08	0,39
de06	0,58	dc01	0,40
de07	0,55	dc02	0,64
re01	0,50	dc05	0,48
re02	0,55	dc07	0,33
re03	0,75	dc08	0,62
re04	0,46	II02	0,55
re05	0,70	II03	0,63
re06	0,55	II06	0,44
re07	0,49	II09	0,51
re09	0,44		

Tabla 3: Saturaciones de los ítems en el Factor I.

Validez de contenido

La validez de contenido viene referida como un proceso de análisis racional o lógico (Santisteban, 1990) del contenido de la prueba con el fin de establecer éste es representativo de la conducta que se pretende medir y si además ésta es específica. Muchos de los procedimientos para obtener evidencias sobre la validez de contenido o aparente (*face validity*) de un instrumento concreto pasan por la valoración por parte de jueces expertos sobre la representatividad y especificidad del cuestionario ya elaborado.

Para el caso del cuestionario que se ha construido, el procedimiento en sí mismo asegura dicha representatividad y especificidad, ya que ha sido elaborado a partir de la apreciación de un grupo de *jueces expertos* desde conductas concretas de autonomía profesional de modo inductivo, el procedimiento inverso a lo que se suele hacer para obtener este tipo de evidencias de validez. Es decir, desde las aseveraciones o apreciaciones particulares hasta llegar a la definición de un constructo teórico mediante un procedimiento objetivo (véase el punto 4.1 de la Cartografía del Concepto de Autonomía).

4.6. INTERVENCIÓN DIDÁCTICA

Se propone como ciencia educativa: “la investigación-acción”,⁽⁵⁰⁾ ya que se pretende vincular la reflexión con la acción. Se caracteriza porque: (1) Se basa en un enfoque “de la verdad y de la acción como socialmente construidas e incorporadas en la historia” proceso activo que quiere transformar el presente para dar forma a un futuro distinto; (2) “implica relacionar las prácticas, los entendimientos y las situaciones entre sí”; (3) es deliberadamente un “proceso social” (Carr y Kemmis, 1988:

⁵⁰ “La investigación- acción (action research) es, sencillamente, una forma de indagación autoreflexiva que pretenden los participantes en situaciones sociales en orden a mejorar la racionalidad y la justicia de sus propias prácticas, su entendimiento de las mismas y las situaciones dentro de las cuales ellas tienen lugar. [...] Tiene dos objetivos fundamentales: “mejorar e interesar”. [...] Existen tres condiciones mínimas para que exista una investigación-acción, que son: “la primera, que un proyecto se haya planteado como tema una práctica social, considerada como una forma de acción estratégica susceptible de mejoramiento; la segunda que dicho proyecto recorra una espiral de bucles de planificación, acción, observación y reflexión [...]; la tercera que el proyecto implique a los responsables de la práctica en todos y en cada uno de los momentos de la actividad (Carr y Kemmis, 1988: 174-177).

193-194). Dicha intervención, se pretende utilizar como motor del desarrollo profesional.

Por otra parte, como se asume que la autonomía profesional no es sólo libertad de acción, sino que también supone libertad de pensamiento, se considera necesario desarrollar en los estudiantes de enfermería la capacidad para reflexionar sobre sus acciones e intervenciones, que les permita ampliar las dicotomías y no caer en las barreras culturales entre desarrollo/ subdesarrollo y sociedades modernas/ tradicionales, que habitualmente se utilizan como instrumentos políticos de dominación. Autores como (Laperrière, 2008: 394), afirman que “un incremento de la conciencia debería aumentar el realismo y la consecuente eficacia de nuestra práctica profesional, a través de estimular la conciencia de las competencias que llevarían más lejos nuestra autonomía profesional”.

Todo esto requiere un adiestramiento previo, y en la literatura se encuentran ejemplos que demuestran la incidencia que el adiestramiento y la evaluación tienen sobre el aumento del nivel de competencia y autonomía: “el adiestramiento profesional recibido lleva a las personas a hacer evaluaciones sobre su nivel de competencia. A su vez, la evaluación sobre el nivel de competencia, les lleva a dar cuenta de la necesidad de adiestramiento profesional” (Rosa y Varas, 2008: 73).

4.6.1. La metodología reflexiva y la autoevaluación en el incremento de la autonomía

Metodología reflexiva.

Es generalmente aceptado, que la reflexión es previa al ejercicio de la autonomía y constituye un pilar fundamental en cualquier profesión y en concreto en la profesión enfermera, por lo que será de vital importancia incidir en su desarrollo. A continuación, se reseñan algunas citas que nos confirman dicha relevancia:

- (Brown, 1978: 104) destaca cuatro puntos o momentos sobre lo que el sujeto debe conocer y saber de su propio conocimiento: “Saber cuándo uno sabe, saber

lo que uno sabe, saber lo que necesita saber y conocer la utilidad de las estrategias de intervención”.

- (Schön, 2002: 41-45) sostiene que, el profesional es un Práctico Reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden, sobre todo a efectos heurísticos, distinguirse tres componentes: conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la acción en la acción.
- (Flórez, 1999: 107) aporta la definición de conciencia reflexiva elaborada por los fenomenólogos y existencialistas franceses, es la siguiente: “[...] por la conciencia reflexiva se brinda atención crítica a lo que se hace o se piensa como tema de reflexión, para indagar en qué se está, cómo van las actividades y como se podría continuar adelante”.
- Schmieding a partir de los escritos de Orlando enuncia los siguientes supuestos sobre las enfermeras: “La mente de la enfermera es la herramienta principal para ayudar a los pacientes’ y ‘La práctica enfermera mejora con el uso de la autorreflexión” (Marriner y Raile, 2007: 435).
- (Collière, 1993: 312) por su parte afirma que “el proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay que dar” .

El acto reflexivo está íntimamente relacionado al conocimiento metacognitivo, (Flórez, 1999: 1) lo expresa como “cada acto de conciencia intencional y reflexiva sobre algún conocimiento se denomina metacognición, que además se refiere no solo al conocimiento sino al aprendizaje como proceso cognitivo”. Así mismo, distingue dos aspectos principales: “El conocimiento declarativo” y la “regulación procedimental de los procesos cognitivos” este último, a su vez incluye “la planificación, el control y la evaluación de resultados”, afirmando que la regulación de la cognición y del aprendizaje, son las actividades, procedimientos y procesos que permiten al aprendiz culminar con éxito la solución de todo tipo de problemas (Flórez, 2000: 4-5).

Las investigaciones y la experiencia demuestran que las acciones nuevas para conseguir su superación plantean dos posibilidades: se puede reproducir el pasado o, por el contrario, ser un acicate para abrir nuevas posibilidades, que incluso podían no haber sido pensadas por los sujetos implicados. El mismo autor (Flórez, 2000: 5) lo expresa de la siguiente manera, “La acción presente inaugura el futuro, que no está destinado a repetir el pasado sino a abrirse a la innovación, a la creación, al aprendizaje”.

En la perspectiva pedagógica cognitiva está claro lo que significa la formación: avanzar en la capacidad de pensar ⁵¹ y de decidir con autonomía sobre el mundo propio y el mundo que nos rodea (Flórez, 2000: 6).

Una parte principal de este marco es el pensamiento y la acción reflexiva. Pensar reflexivamente requiere procesos mentales relativamente complejos y que el asunto se convierta en el objeto de un proceso de pensamiento. Por ejemplo, cuando se quiere dominar una técnica mental en particular, la reflexión permite a los individuos pensar después en esta técnica, asimilarla y relacionarla con otros aspectos de sus experiencias y cambiarla o adaptarla. Los individuos acostumbrados a reflexionar también siguen estos procesos de pensamiento en la práctica o en la acción. Así pues, la reflexión implica el uso de destrezas meta cognitivas (pensar acerca de pensar), habilidades creativas y la adopción de una actitud crítica. No es solamente la forma en que los individuos piensan, también cómo comprenden una experiencia de manera más general, incluyendo sus pensamientos, sentimientos y relaciones sociales. “Esto requiere que los individuos alcancen un nivel de madurez social que les permita distanciarse de las presiones sociales, adoptar diferentes perspectivas, hacer juicios independientes y tomar responsabilidad por sus acciones” (OCDE, 2000: 7-8).

Se trata de conseguir que el sujeto sea capaz de utilizar adecuadamente o hábilmente su conocimiento, de forma que lo utilice en la resolución de tareas (fines cognitivos) y para la mejora de su propio conocimiento (Allueva, 2010) . Liesa,

⁵¹ Siguiendo a Allueva diremos que pensar “implica manejar un conjunto de destrezas o habilidades cognitivas para gestionar los conocimientos en función de las aptitudes e intereses de la persona” (Allueva, 2010).

recomienda que cualquier intervención que pretenda desarrollar las habilidades de pensamiento debe realizarse “teniendo en cuenta las necesidades personales y profesionales de la persona, desarrollando estilos de pensamiento que ayuden a satisfacer dichas necesidades”, así mismo enfatiza que esto se consigue “mediante el entrenamiento y la utilización adecuada de las aptitudes, habilidades y estrategias relacionadas con el pensamiento convergente, pensamiento divergente y la metacognición”. De esta manera las personas desarrollan habilidades y, posiblemente, aptitudes del pensamiento, o cuando menos, aprenden a pensar siendo más eficaces en la resolución de tareas (Liesa, et al., 2007: 147). Estudios recientes demuestran que, utilizar una pedagogía crítica centrada en el estudiante –como el ABP (Aprendizaje Basado en Problemas)– puede “desarrollar enfermeras autónomas, capaces de tener pensamiento crítico y tomar su propias decisiones [...] capaces de aprender y adaptarse” (Biley y Smith, 1998: 1024). En definitiva: profesionales maduros, reflexivos, capaces de aprender y sin resistencia al cambio.

Autoevaluación.

La evaluación debe convertirse en parte integrante del todo evaluado, por tanto, debe realizarse de manera constante, permanente y con posibilidad de retroalimentación. Existen diferentes conceptualizaciones según autores y contextos, siendo mucha la literatura escrita sobre el tema. En general, la teorización se ha construido en base a dos tendencias opuestas: una negativa constituida alrededor de la ideas de represión, selección, sanción y control; otra en torno a las ideas de progreso, cambio, adaptación y/ o ajuste (Zabalza, 1990).

“No todas las experiencias son verdaderas o igualmente educativas. Algunas experiencias son antieducativas. Una experiencia es antieducativa cuando tiene por efecto detener o perturbar el desarrollo de experiencias posteriores”. Las experiencias vividas perduran y condicionan las venideras. El fin de una educación basada en la experiencia será decidir qué tipo de experiencias aportarán un aprendizaje más significativo. “Toda experiencia debe preparar una persona para ulteriores experiencias de una calidad más profunda y expansiva” (Dewey, 1989: 22 y 55).

Los puntos clave que servirán para adentrarnos en el tema de la autoevaluación los aportan (Fuentes-Medina y Herrero, 1999: 354), al definirla como “un proceso complejo y amplio, que precisa limitar y explicitar aquello que se quiere conseguir”. Supone una valoración que, dentro del proceso evaluativo, cumple una función de búsqueda de puntos fuertes y débiles con el objetivo de realizar propuestas de mejora. Establece comparaciones, que dependerán de lo que se quiera conseguir con la utilización de la misma: objetivos, criterios, conductas, resultados, metas personales o internas.

Recurrimos de nuevo a (Fuentes-Medina y Herrero, 1999: 355) que nos indica que la evaluación adquiere un papel prioritario en el ámbito educativo actual, representando una herramienta para la mejora de la calidad de la enseñanza al ser “procesual, sistemática, cualitativa, participativa y encaminada a la toma de decisiones para el mejoramiento, aporta la valoración necesaria y la guía para cumplir el propósito de profesionalización y de reestructuración con cierto éxito”.

En la autoevaluación coinciden el agente evaluador y el sujeto evaluado. Requiere capacidad de autocrítica, por lo que potencia la apertura al juicio externo, favorece la flexibilidad y la apertura al cambio.

El fin de la evaluación formativa y/o autoevaluación es conseguir que los estudiantes construyan por sí mismos un sistema efectivo que les haga autorregularse y controlar su propio aprendizaje. En dicho aprendizaje, el estudiante precisará aprender al menos tres cosas, según (Sanmartí y Jorba, 1995: 62):

1. Identificar los motivos y objetivos del aprendizaje que quiere realizar.
2. Anticipar, representarse y planificar las operaciones necesarias para llevar a cabo cada proceso de aprendizaje, seleccionando los procedimientos, estrategias, orden de ejecución, resultados esperados, etc.
3. Identificar los criterios de evaluación para saber si las operaciones se desarrollan como estaba previsto, y qué correctivos se podrán tomar sobre la marcha.

Por tanto, la autoevaluación fomenta la autocritica y el desarrollo personal, bajo características similares a un causa/efecto, acción/reacción, y de este modo promueve la motivación de una formación continuada.

Así mismo cabe enumerar también las desventajas que puede tener la autoevaluación: falta de objetividad, es difícil que todos los profesionales sean honestos y objetivos, puede servir para autojustificarse, entre otros (Barber, 1997: 314).

Como ha quedado patente en estos dos apartados, para ejercer la autonomía es necesaria la reflexión y la autoevaluación y esto sólo se puede hacer desde la fuerza de la humildad ⁽⁵²⁾:

- El ejercicio de la autonomía puede tener dos consecuencias, por una parte supone traspasar la normalidad y por otra puede retroalimentarte y favorecer que lo aprendido se incorpore a las rutinas.
- El ejercicio de la autonomía es un deber, tiene un porcentaje de riesgo y la compensación de asumir ese riesgo es el aprendizaje. Este solo se da cuando está presente la humildad, es decir cuando existe el reconocimiento de que podemos aprender algo.
- Ejercer la autonomía, puede suponer que la conducta traspase el límite que marca la norma, por tanto es imprescindible la reflexión antes y después del acto autónomo. Antes para analizar la situación y medir los beneficios y/o consecuencias del mismo. Después para evaluar, sobre aquello ¿qué hemos hecho?, ¿cómo lo hemos realizado?, ¿cuál ha sido la dinámica? ¿qué consecuencias tiene en el entorno?. Todo esto nos da la posibilidad de aprender, tanto de los errores como de los aciertos.

⁵² "Sólo el hombre maduro es capaz de asumir y aceptar la ignorancia, la falibilidad, la incertidumbre. La sabiduría está, como nos enseñó Sócrates, no es saber que se sabe, sino en saber que no se sabe" (Gracia, 2004: 350).

4.6.2. Desarrollo de la intervención didáctica:

El ámbito en el que se ha desarrollado el presente trabajo de investigación, son las prácticas clínicas de las asignaturas de Enfermería Médico-Quirúrgica I y Enfermería Materno-Infantil 3.2, desarrolladas durante el segundo cuatrimestre del segundo curso de la Diplomatura de Enfermería, lo que conlleva que los alumnos hayan cursado una parte importante de las asignaturas teóricas de la titulación y compartan una misma programación docente.

Un aspecto de especial interés es que, aunque la intervención didáctica sea específica, solo se ha desarrollado en un grupo de estudiantes pertenecientes a la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica I, que conforman el grupo experimental, en la investigación han participado todos los alumnos de 2º curso de la EUE La Fe. Al mismo tiempo cabe resaltar que, dadas las características de las asignaturas y el escenario donde se realizan las prácticas clínicas (Hospital Universitario La Fe) el proceso de aprendizaje conlleva la aplicación de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas que han sido adquiridos o al menos iniciados en las diferentes asignaturas que conforman la titulación de enfermería y que abordan tanto aspectos generales y metodológicos del desempeño profesional, como los específicos de la población sana o enferma a lo largo del ciclo vital.

Los objetivos que nos planteamos inicialmente fueron:

- Desarrollar la autonomía clínica en los estudiantes de enfermería utilizando una intervención didáctica mediante una metodología reflexiva y de autoevaluación.
- Cuantificar los resultados de aprendizaje y el grado de consecución del ejercicio de la autonomía.

El modelo pedagógico se inscribe en el aprendizaje reflexivo-experiencial, que está centrado en el estudiante, potencia la capacidad de “aprender a aprender” y fomenta el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y creativo, —para incrementar el ejercicio de autonomía con el fin de conseguir la mejora continua de los procesos—. La enseñanza reflexiva pretende generar condiciones que permitan al

estudiante realizar las tareas del aprendizaje, a través del estudio y la reflexión antes, durante y después de la acción.

A través del practicum reflexivo, se pretende desarrollar la competencia profesional, que según (Schön, 2002: 42) consiste: “en la aplicación de teorías y técnicas derivadas de la investigación sistemática, preferiblemente científica, a la solución de los problemas instrumentales de la práctica”. El enfoque de las unidades didácticas ha estado basado en la propuesta del mismo autor establecida en el “conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción” (Schön, 2002: 280).

Se recuerda, que los datos se transforman en información, ésta en criterios y esquemas de percepción de valores, que a su vez se plasman en la conducta. Véase el siguiente diagrama.

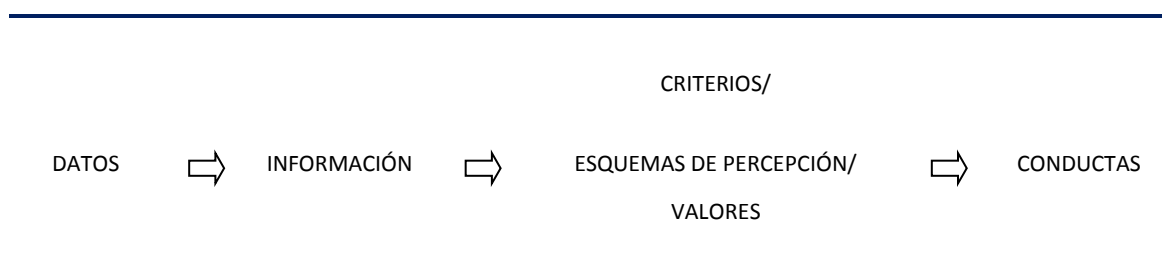


Diagrama 1: Secuencia de la transformación de datos en conductas

La técnica de intervención didáctica se ha desarrollado sobre tres ejes: conocimiento/concienciación, práctica reflexiva (capacidad de juicio, de duda y de preguntarse) y autoevaluación.

Los tres ejes se desarrollan en el ámbito individual, grupal⁵³ y profesional; retroalimentándose mutuamente y de manera continua. Los resultados que se pretenden alcanzar son: incrementar la percepción del nivel de competencia y el aprendizaje significativo sobre el ejercicio de la autonomía.

⁵³ Las sesiones clínicas con grupos reducidos de alumnos, pueden ser un lugar dónde los estudiantes interactúen en un ambiente informal para relacionar la teoría con la práctica, permiten analizar las situaciones desde múltiples perspectivas y ver diferentes alternativas a su modo de pensar. “Compartir y colaborar conjuntamente crean un aprendizaje común para todos mayor que la suma del aprendizaje individual” (Platzer, et al., 2000: 695).

CONTENIDO DEL PROGRAMA:

Primera sesión:

- | | |
|--|--|
| Reconocimiento de la relevancia del ejercicio de la autonomía. | • Presentación del trabajo: Reflexión sobre el significado, sentido e implicación de la autonomía personal y clínica (actividad autónoma). |
| Conceptualización de la autonomía. | • Debate grupal sobre el reconocimiento de la relevancia del ejercicio de la autonomía clínica. |

Segunda sesión:

- | | |
|---|--|
| Identificación de escenarios en los que es posible el ejercicio de la autonomía profesional y el respeto de la autonomía del usuario. | <ul style="list-style-type: none">• A partir del concepto de autonomía, reflexión individual sobre los procesos formales (cuidado de las heridas, inserción de un catéter por vía periférica, valoración del paciente, etc.), explicando el nivel de autonomía con el que se ejecutan y como se manifiesta esa autonomía.• Presentación del texto 1: sobre autonomía profesional.• Lectura crítica, reflexión y resumen estructural.• Debate grupal, compartiendo los resultados sobre el nivel de incorporación en sus prácticas de actitudes que favorecen el ejercicio de la autonomía y de conductas que lo hacen tangible. |
|---|--|

CONTENIDO DEL PROGRAMA: (continuación)

Tercera sesión:

Identificación de escenarios en los que es posible el ejercicio de la autonomía profesional y el respeto de la autonomía del usuario.

- A partir del concepto de autonomía reflexión individual sobre los procesos informales (comunicación, apoyo emocional, información, relajación, sonrisa, etc.), explicando el nivel de autonomía con el que se ejecutan y como se manifiesta esa autonomía
- Presentación del texto 2: sobre autonomía del usuario.
- Lectura crítica, reflexión y resumen estructural.
- Debate grupal, compartiendo los resultados sobre el nivel de incorporación en sus prácticas de actitudes que favorecen el ejercicio de la autonomía y de conductas que lo hacen tangible.

Cuarta sesión:

Conocimiento de criterios identificados como potenciales indicadores del ejercicio excelente de la autonomía.

- Presentación de un listado de criterios que pueden demostrar autonomía clínica.
- Revisión y ponderación de los mismos (actividad autónoma).

CONTENIDO DEL PROGRAMA: (continuación)**Quinta sesión:**

Autoevaluación del ejercicio de la autonomía en la práctica clínica.

- Presentación del listado de intervenciones enfermeras (NIC) y resultados (NOC).
- Autoevaluación individual, sobre los resultados y las intervenciones enfermeras realizadas durante las prácticas, siguiendo el proceso de autocontrol del aprendizaje propuesto por (Mateos, 2001).
- Cumplimentación del cuestionario sobre percepción de la autonomía
- Reconstrucción del concepto del ejercicio de la autonomía clínica (actividad autónoma y grupal)

Todas estas actividades quedan reflejadas en el diario reflexivo durante todo el proceso de prácticas.

Esta intervención didáctica queda resumida en el siguiente diagrama de flujo:

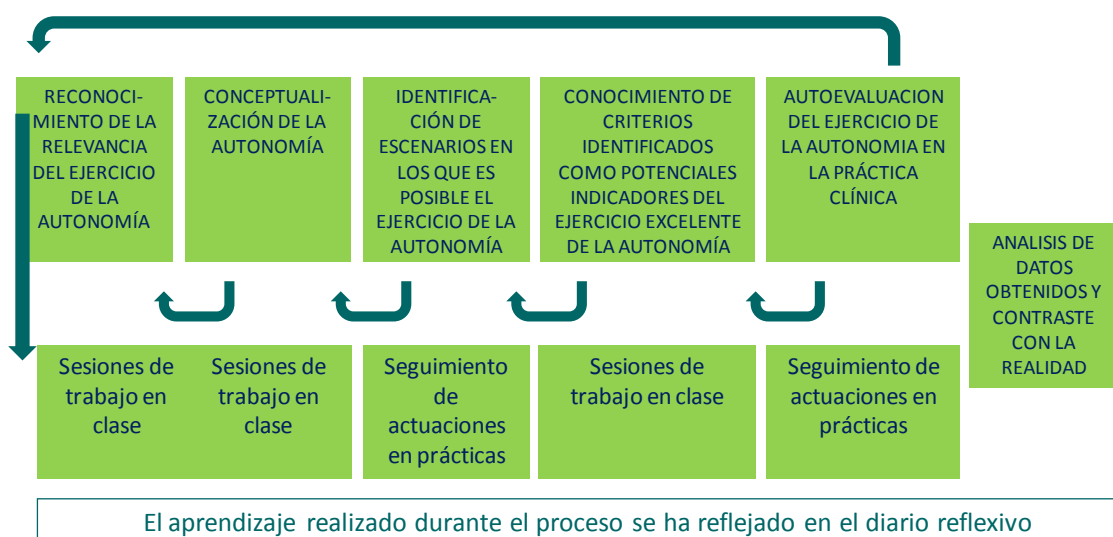


Diagrama 2: Desarrollo de la intervención didáctica

III. MARCO EMPÍRICO

5. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

5.1. CONSIDERACIONES INICIALES

La educación de enfermería en España, como se ha señalado repetidas veces a lo largo de esta investigación, está situada dentro del marco de la Educación Superior y combinada con el sector de cuidados de la salud que está en continuo cambio lo que ha supuesto la necesidad de adecuar la titulación a las demandas sociales.

Actualmente, es admitido por toda la comunidad académica que desarrollar la práctica de la autonomía en el estudiante es una labor formativa de la escuela desde la edad temprana. (Piaget y Heller, 1962: 24 y 45) en su libro *La autonomía en la escuela* –refiriéndose al decreto ministerial del 21 de abril de 1920 en Prusia– afirma que el último fin de la autonomía es la cooperación y aporta algunas de las ventajas de aplicar dicho proceso en la formación del estudiante:

“La autonomía contribuye a desarrollar a la vez la personalidad del alumno y su espíritu de solidaridad [...] La disciplina propia de la autonomía es, a la vez manantial de autonomía interior y de verdadera solidaridad”.

“La autonomía puede tomar en un grado más amplio aspectos más complejos que implican deberes y derechos más extensos”.

Como se ha podido evidenciar en la literatura al respecto que el grado de autonomía se puede fomentar y desarrollar, será necesario incluir en la formación universitaria, lo más tempranamente posible, enseñanzas adecuadas que aumenten el grado de competencia, a través del compromiso de las personas en su ejercicio y el propósito de la sociedad de asumir que la práctica sanitaria va más allá del comportamiento regulado por las normas y protocolos.

La interiorización de la autonomía fomentará la identidad profesional, que según (Ohlen y Segesten, 1998: 724) está “basada en dimensiones personales e interpersonales desde una perspectiva teórica centrada en la interacción, el crecimiento y la madurez”. En la investigación realizada por (Secrest, et al., 2003: 78, 81), se afirma que “desarrollar un sentido de profesionalización es igualmente

importante que el conocimiento y las habilidades”. Así mismo, “sentirse profesional significa pertenencia, no sentirse alienado, ser asertivo, no sentirse degradado, tener conocimientos, no sentirse ignorante”.

Como se ha tenido ocasión de señalar en otros apartados de esta tesis, la práctica de la autonomía enfermera, aunque está formada de actitudes y aptitudes individuales, se ejerce dentro de un rol y en un contexto particular. Estas relaciones profesionales se enmarcan en la interrelación, coordinación y colaboración, que se caracteriza por el dialogo, la confianza, el respeto, el poder y el apoyo mutuo. No obstante, conviene recordar que “autonomía no es lo mismo que la toma de decisiones clínicas, aunque el conocimiento clínico y la competencia se ubican en el centro de la práctica autónoma” (Tapp, et al., 2005: 126).

También se ha podido constatar que en la concepción de la autonomía se dan dos grandes grupos de opinión, quienes la consideran un derecho (ejercicio de libertad) o quienes la consideran un deber (ejercicio de responsabilidad). En la práctica ambas concepciones hacen una referencia explícita al dominio de las competencias, es decir, el conocimiento, las actitudes y las habilidades, aunque como se ha repetido en otras ocasiones, esto es condición necesaria pero no suficiente para ejercer la autonomía.

La autonomía se ejerce cuando es identificada como una actitud que supera las restricciones que a la conducta inteligente le imponen sentimientos como la soberbia o la humillación; la inclinación a la heteronomía o a la ausencia de límites en el ejercicio de las tareas y procedimientos; condiciones de la conducta como el determinismo y la irresponsabilidad nacida del desentendimiento en la gestión de los procesos. Se puede concluir que la autonomía culmina su función cuando se realiza desde la gestión inteligente de la información y el conocimiento, armonizándola con el respeto a la dignidad de las personas, como primer y distinguido valor del ser humano, fundamento de sus derechos y sus deberes.

Así mismo la autonomía, se considera como una de las características del trabajo que se relaciona con el bienestar psicológico de los profesionales de los servicios de

salud. Sería un resultado esperado que la autonomía aumente según el nivel de experiencia profesional: en un estudio realizado por (Haynes, et al., 1999: 267-268), se constató que las enfermeras expertas tenían mayor nivel de autonomía/control que las enfermeras o los médicos noveles. En este mismo estudio se halló que el compromiso profesional relacionado con la eficiencia en el trabajo (mayor calidad de cuidados proporcionados al paciente en relación con el coste), aumentaba en aquellos profesionales que estaban en contacto directo con los pacientes. Por otra parte, cabría predecir que una mayor claridad en el rol profesional debería producir un mayor bienestar psicológico; en el mencionado estudio se obtuvo una asociación positiva entre la satisfacción en el trabajo y la claridad en la definición de las funciones y una asociación negativa con la ansiedad y la depresión.

Otro estudio realizado en el ámbito de la enseñanza de licenciatura en enfermería (Wade, 2001: 265), relaciona el componente actitudinal de autonomía profesional de las enfermeras con la autoestima y la competencia clínica percibida, y afirma que la edad de las estudiantes y la competencia clínica percibida son los factores que aumentan en mayor grado la autonomía profesional.

La enseñanza superior en enfermería debe desarrollar en los estudiantes las habilidades de búsqueda de información, pensamiento crítico y analítico, el conocimiento y las habilidades profesionales. Además, debe ayudar a los estudiantes a entender a las personas procedentes de etnias y culturas distintas y animarles al compromiso social. Un estudio nacional realizado en Suecia, reveló que los estudiantes percibían que su formación desarrollaba todas las competencias anteriormente citadas, excepto las consistentes en la capacidad para entender a personas provenientes de otras culturas o etnias, y el impulso para su compromiso con la sociedad (Schüldt, et al., 2008: 15).

Así mismo, hay una necesidad fundamental de desarrollar el liderazgo en enfermería. Como afirma (Loureiro, et al., 2008: 76), las enfermeras deben ser líderes transformacionales, que favorezcan en la práctica de enfermería el desarrollo de un liderazgo visionario que permita a las enfermeras crear una imagen de un futuro ideal.

Todo ello compartido con los subordinados creará un terreno común y un sentido de unidad.

5.2. FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS

Algunos interrogantes conducirán la investigación a la definición del problema que aborda la tesis:

1. La metodología reflexiva y la autoevaluación durante las prácticas clínicas ¿desarrollan realmente el ejercicio de la autonomía de los estudiantes de enfermería?
2. ¿Existe algún efecto entre la intervención didáctica utilizada durante las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería y el grado de autonomía alcanzado?
3. ¿Se detectan diferencias en la percepción que los estudiantes y profesionales tienen sobre el grado de autonomía en el ejercicio de su profesión, en función del proceso formativo recibido?

6. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Convencidos de que el ejercicio de la autonomía profesional es un factor clave en la administración de cuidados excelentes, el propósito de esta investigación es añadir “valor” a la labor educativa del alumno en la Escuela de Enfermería La Fe de Valencia en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior. Se trata de ofrecer un marco de referencia que aporte indicadores para la concienciación, reflexión y autoevaluación que propicie la mejora continua en el ejercicio de su autonomía personal y profesional.

6.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Potenciar el aprendizaje de los estudiantes de la Escuela de Enfermería la Fe, en la materia de las prácticas clínicas, para incrementar su autonomía en el ejercicio de sus competencias y adecuar nuestra formación al Espacio Europeo de Educación Superior.

6.2. OBJETIVOS OPERATIVOS:

- Identificar las variables que pueden incrementar la capacidad de los estudiantes para actuar autónomamente.
- Establecer indicadores que permitan a los estudiantes medir su autonomía en el ejercicio de la profesional.
- Conocer la percepción que los estudiantes de enfermería tienen sobre el grado de autonomía alcanzado durante las prácticas clínicas.
- Establecer el marco de referencia de manera que los estudiantes puedan incrementar la percepción del ejercicio de autonomía clínica, para propiciar la mejora continua de las prácticas hospitalarias.

7. HIPÓTESIS

El presente estudio se propone verificar las siguientes hipótesis de investigación:

Hipótesis 1

Existe una relación entre la percepción del nivel de autonomía alcanzado por los estudiantes durante las prácticas clínicas de 2º curso y la utilización de una intervención didáctica.

El contexto de los estudiantes de enfermería (edad, sexo, experiencia profesional y trabajo actual) tiene un efecto sobre la percepción de la autonomía.

Hipótesis 2

Existen diferencias con respecto a la percepción del grado de autonomía alcanzado por los estudiantes de enfermería y los profesionales enfermeros, en función del proceso formativo recibido.

El contexto de los estudiantes y profesionales de enfermería (edad, sexo, experiencia profesional) tiene un efecto sobre la percepción de la autonomía.

8. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para lograr verificar las hipótesis anteriores, se exploran los objetivos del proyecto a través de la implantación de un estudio experimental longitudinal que corresponde al estudio principal de esta tesis y otro estudio adicional que sirve de contraste y ajuste al estudio inicial.

- Uno longitudinal con un diseño cuasi- experimental, que mida la percepción que los estudiantes tienen sobre el nivel de autonomía alcanzada durante sus prácticas clínicas.
- Y otro transversal de diferencias con cuatro grupos. Con el fin de observar las diferencias frente al grado de autonomía que los participantes en el estudio tenían en el momento de la observación.

El primer estudio objeto de esta tesis, es el que nos permitirá conocer la realidad de nuestra población y el efecto de la metodología docente utilizada sobre el grupo experimental. El segundo estudio pretende aportar una medición de contraste del ejercicio de la autonomía en los diferentes grupos y su similitud –o no– con el grupo experimental y el grupo control. Somos conscientes de que el planteamiento de nuestra investigación limita, a priori, los resultados a la Escuela de Enfermería La Fe. Para que los resultados se pudieran extrapolar a otros contextos, el estudio debería haberse realizado en las mismas condiciones ambientales –es decir, se debería haber formado a educadores pertenecientes a las diversas universidades, de manera que fueran capaces de poner en práctica la misma metodología docente, lo que hubiera supuesto un coste añadido muy elevado–, hecho que resultaba imposible y poco práctico.

Por todo ello, es evidente que no es pretensión de esta tesis, generalizar las conclusiones obtenidas a toda la población académica –estudiantes de enfermería– de otras universidades. Su pretensión es realizar una investigación experimental con una metodología y herramientas específicas, que nos permitan conocer la realidad de la población estudiada –en este caso alumnos de 2º curso de la EUE La Fe– y que en el supuesto de ser adecuadas, podrían ser extrapolables para estudiar otra realidad. Es

evidente que la consideración enumerada anteriormente no merma el interés y la validez del propio proyecto de investigación.

8.1. ESTUDIO LONGITUDINAL

8.1.1. Población- muestra

El ámbito en el que se ha desarrollado el presente trabajo de investigación, es la Escuela de Enfermería La Fe (EUE La Fe), institución pública adscrita a la Universidad de Valencia. Durante los dos períodos de prácticas clínicas de las asignaturas de Enfermería Médico-Quirúrgica I y Enfermería Materno-Infantil 3.2, desarrolladas en el segundo cuatrimestre del segundo curso de la Diplomatura de Enfermería, lo que conlleva que los alumnos hayan cursado una parte importante de las asignaturas teóricas de la titulación y compartan una misma programación docente.

La investigación se realizó con un total de 66 estudiantes —todo el universo poblacional—, todos ellos de nacionalidad española excepto tres estudiantes que estaban realizando el programa de intercambio ERASMUS. Los estudiantes se desglosan en tres grupos prediseñados: experimental 1 (16), experimental 2 (14) y grupo control (36). Los criterios de selección, venían establecidos por su matrícula en las asignaturas prácticas citadas anteriormente. La asignación de los sujetos a cada grupo se estableció por orden alfabético y posteriormente la pertenencia al grupo experimental y al grupo control se hizo de forma aleatoria y vino dada por las profesoras que tutelaban las prácticas así como por los escenarios donde los estudiantes realizaban las mismas. (Véase tabla 4).

<i>Población-Muestra</i>		
	Frecuencia	% válido
Experimental 1	16	24,24
Experimental 2	14	21,21
Control	36	54,55
Total	66	100,00

Tabla 4: Muestra del estudio longitudinal

Así mismo las mediciones se realizaron en cuatro tiempos o segmentos, repartidas por igual durante los dos períodos de prácticas ya citados, siendo las fechas de realización para el primer período, del 16 de febrero al 3 de abril y del 4 de mayo al 26 de junio de 2009 para el segundo.

Los escenarios de dichas prácticas agrupados por las profesoras que tutelaban dichos servicios fueron:

- Neonatología; oncología, cirugía lactantes A; medica escolares B; cirugía escolares A, hospital de día, aislamiento dos (todos ellos ubicados en el Hospital Infantil).
- Oncología, medicina interna, neumología, cirugía torácica, cirugía cardiovascular, cardiovascular, cardiología, onco-hematología, unidad de trasplantes de médula ósea, (situados en el Hospital General).
- Medicina digestiva, unidad hepática, cirugía general, lesionados medulares, unidad de cirugía sin ingreso, unidad de raquis y unidad de sépticos, (distribuidos entre el Hospital General y el Hospital de Rehabilitación).
- Puerta de urgencia, unidad de corta estancia sin ingreso, gestantes, puerperio, ginecología y oncología, (emplazados en el Hospital Maternal).

El número de alumnos que completaron la encuesta en los cuatro tiempos de medición t_1 - t_2 - t_3 y t_4 fueron 66, 60, 49 y 50 estudiantes respectivamente. Las tasas de respuesta correspondientes fueron del 100%, 90,91%, 74,24% y 75,76%. La falta de respuesta en unos casos se debió principalmente a que no todos los alumnos realizaron los dos períodos de prácticas y en otros al cansancio de los propios participantes.

La muestra inicial estaba constituida mayoritariamente por elementos del sexo femenino siendo $n = 56$ mujeres y 10 hombres, representando el 84,8% y 15,2% respectivamente (véase gráfico 8).

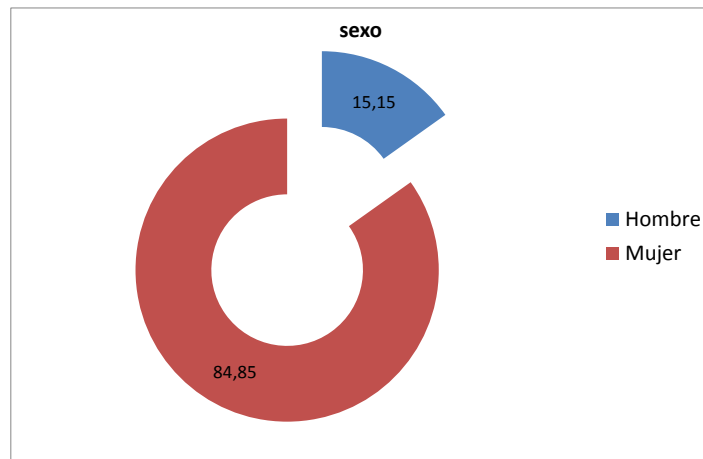


Gráfico 8: Porcentaje de la muestra por sexo

La edad media de los participantes fue de 23,30 años. Quedando el grupo de edad mayoritario entre 20 y 27 años, y con edades comprendidas entre los 20 y 41 años (véase tabla 5).

Edad			
Grupo estudio	N	Media	Desv. Típ.
Experimental 1	14	23,21	4,543
Experimental 2	4	24,50	6,073
Control	27	21,48	3,056
NS/NC	9	27	5,874
Total	64	23,30	4,878

Tabla 5: Media y desviación típica de la *edad* en grupo control y experimental

La mayoría de los estudiantes accedieron a la universidad con el bachillerato LOGSE (62,12%), los porcentajes referentes a otras formas de acceso vienen marcados por la normativa vigente en nuestra Comunidad Valenciana, el 24,24% provenían de ciclos formativos; el 4,55% de COU; el 6,06% procedían de otras titulaciones y el 3,03% eran mayores de 25 años (véase gráfico 9).

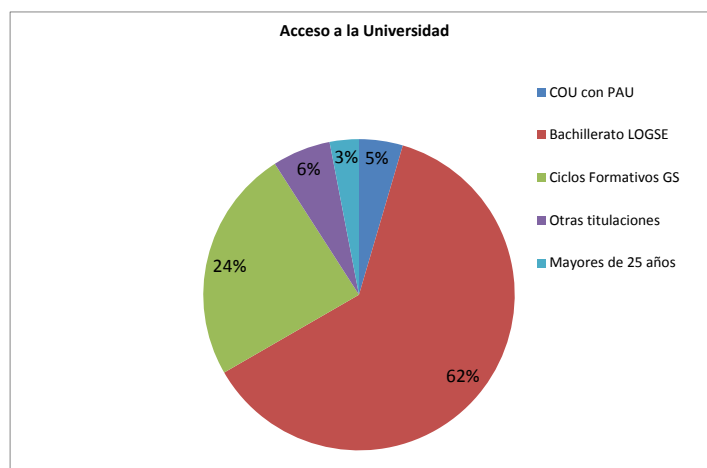


Gráfico 9: Porcentaje de la muestra según su *acceso a la Universidad*

En relación a la prioridad de la elección el 65% de los sujetos de nuestro estudio habían elegido la titulación enfermera como primera opción y tan sólo el 23% la eligió como segunda opción; sólo un 8% de los estudiantes la tenían como tercera opción y el 3,1% correspondía a la cuarta opción (véase gráfico 10).

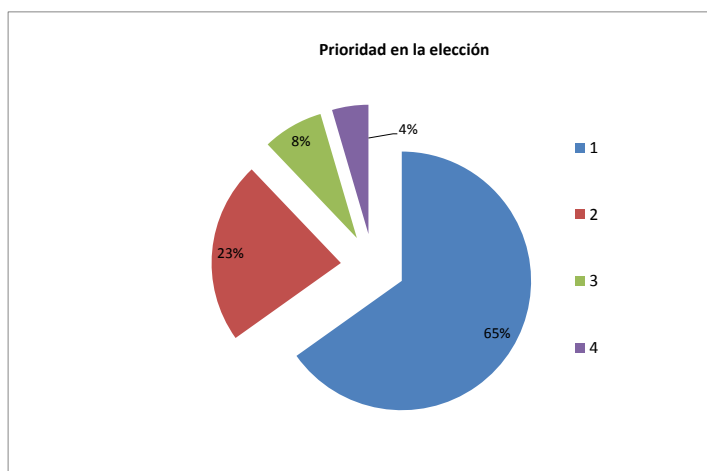


Gráfico 10: Porcentaje de la muestra según la *prioridad en la elección* de los estudiantes del estudio longitudinal

El 59,1% de los estudiantes, tenían experiencia profesional en diferentes ámbitos, frente al 40,9% que no habían trabajado con anterioridad. Un porcentaje elevado de los participantes en el estudio no tienen actividad laboral (62,12%), y tan sólo el 37,88% trabajan actualmente. Como se puede ver en la tabla siguiente:

	Frecuencia	%
<i>Experiencia profesional</i>		
Si	39	59,1
No	27	40,9
Total	66	100
<i>Actualmente trabaja</i>		
Sí	25	37,88
No	41	62,12
Total	66	100
<i>ERASMUS</i>		
Si	3	4,6
No	63	95,4
Total	65	100

Tabla 6: Frecuencia y porcentaje respecto a experiencia profesional, trabajo actual y participación en programa ERASMUS

8.1.2. Diseño, variables implicadas en el estudio.

Se eligió una versión extendida de un “diseño de selección de cohorte” (Cook y Campbell, 1979) también denominada “diseño de cohorte longitudinal” con cohortes adyacentes o consecutivas” (Olweus, 1991: 30). Algunas de estas cohortes actuaron como grupos de intervención en posteriores actividades de recopilación de datos. Con un diseño quasi-experimental, de análisis de medidas repetidas, también denominado mixto con dos grupos, experimental y control (factor inter- sujetos) con pre-test y post-test (factor intra-sujetos).

Se comparó el efecto de la intervención en grupos que son más o menos homogéneos, es decir, grupos de segundo de la EUE La Fe. Un aspecto clave del estudio es que ambos grupos de comparación están sujetos al mismo proceso formativo. Con este diseño, se pretende ver si la intervención en esas condiciones de homogeneidad de los dos grupos, tiene un efecto diferente –con respecto al incremento de la autonomía– en el grupo donde se ha intervenido frente al otro donde no se ha realizado ninguna intervención. Es decir, si el estudio es eficaz o no, existen cambios, o simplemente se obtienen los mismos resultados independientemente del proceso formativo.

La asignación de los sujetos a cada grupo se estableció por orden alfabético y posteriormente la pertenencia al grupo (corte)⁽⁵⁴⁾ experimental y al grupo (corte) control se hizo de forma aleatoria y vino dada por las profesoras que tutelaban las prácticas y los escenarios donde los estudiantes realizaban las mismas. El grupo experimental lo formaban aquellos sujetos designados a la profesora autora de esta tesis (estudiantes de enfermería de 2º curso de la EUE La Fe, quienes, aparte del programa docente fueron sometidos a una intervención didáctica específica) y el grupo control estaba formado por el resto de sujetos incluidos en el estudio (estudiantes de enfermería de 2º curso de la EUE La Fe, que siguió el programa establecido en la guía docente del centro).

Un aspecto clave a destacar en el diseño es que las cohortes de comparación no se han realizado teniendo en cuenta la edad. Es por eso que aunque la gran mayoría de sujetos en ambas cohortes tenían aproximadamente la misma edad, también existían sujetos con edades alejadas de las medias para ambos grupos.

Como se puede observar en el siguiente recuadro, la variable dependiente fue la eficacia de la intervención objeto del estudio y que a su vez, ha sido medida mediante los resultados de las once dimensiones de la autonomía, incluidas en el cuestionario. La variable dependiente será la metodología docente utilizada.

⁵⁴ En este trabajo se utilizará indistintamente la palabra cohorte o grupo para facilitar la lectura del mismo.

ESTUDIO LONGITUDINAL	
UNIDAD DE ANÁLISIS	
Estudiantes de enfermería de 2º curso de la EUE La Fe	
VARIABLES	
• VI (independiente): Intervención didáctica para incrementar el grado de autonomía (variable intra-grupos y temporal, con 4 niveles o momentos). • VI (independiente): Grupo experimental y grupo control (variable entre-grupos, con 3 niveles). • VD (dependiente): Percepción del grado de autonomía de los estudiantes en sus diferentes dimensiones de la misma. • VI (intervinientes): Edad, sexo, prioridad en la elección de la titulación de enfermería, forma de acceso a la Universidad, experiencia profesional en otros trabajos, servicios donde han realizado las prácticas y los conocimientos adquiridos durante la formación.	

Recuadro 25: Variables en el estudio longitudinal. Fuente: elaboración propia

Como se ha comentado anteriormente, la EUE La Fe tiene organizadas las prácticas clínicas de 2º curso en dos periodos delimitados, que suponen dos escenarios diferentes y cambio de tutora en cada escenario, esto condicionó que el diseño de nuestro estudio fuera más complejo de lo habitual. Este diseño se esquematiza en la tabla siguiente:

Diseño de la investigación longitudinal						
Grupo Experimental 1	01	X	02	03		04
R						
	ACCIÓN PEDAGOGICA					
Grupo Experimental 2				X		
R	05		06	07		08
					ACCIÓN PEDAGOGICA	
Grupo Control						
R	09		010	011		012

Tabla 7: Diseño de la investigación longitudinal

La distribución de los estudiantes fue conformada por cuatro grupos, con dos mediciones para cada período de prácticas, realizadas en escenarios diferentes, tanto al grupo experimental como al grupo control. Por consiguiente, el muestreo realizado a los dos grupos, fue temporal y sistematizado, recogiendo valores correspondientes a cuatro tiempos, representados gráficamente por: (t_1-t_2) y (t_3-t_4) . En el grupo experimental los dos tiempos coincidían con el pre-test y el post-test de la intervención educativa.

En el primer período de prácticas la composición de los grupos fue: para el grupo experimental (1) 16 estudiantes y para los tres grupos control 15, 18 y 13 estudiantes respectivamente. Durante el segundo período de prácticas, el grupo experimental (2) estuvo compuesto por 14 estudiantes y la disposición de los tres grupos control fue de 16, 19 y 15 estudiantes.

8.1.3. Materiales e instrumentos de medida

El GA alcanzado se midió a través de los resultados obtenidos en el cuestionario de autoevaluación de elaboración propia –descrito en el apartado anterior–, con el mismo formato y mismo contenido para todas las mediciones.

Como se ha comentado anteriormente, el instrumento consta de un cuestionario de 73 ítems distribuidos en once sub-escalas que evalúan la percepción, de los participantes sobre las diferentes dimensiones de la autonomía, con un número de ítems variable para cada escala, oscilando entre cuatro y diez. Los ítems para cada dimensión son: *Características Personales* (CP) diez, *Relación de Ayuda* (RA) siete, *Cuidado Individualizado* (CI) ocho, *Dialogo Interdisciplinar* (DI) cinco, *Desarrollo Profesional* (DE) cuatro, *Responsabilidad* (RE) ocho, *Excelencia de los Cuidados* (EX) ocho, *Organización y Comunicación* (OR) seis, *Aplicación de Conocimientos* (AP) ocho, *Dominio de Competencias* (DC) cinco, *Libertad y Límites* (LL) cuatro. Los ítems se responden en una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta: (0: N/C, 1: muy en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: neutral, 4: de acuerdo y 5: muy de acuerdo) Con este instrumento se encuestó a los estudiantes (véase Anexo 19) y a los profesionales, en la encuesta de éstos últimos se modificaron pertinentemente los datos referentes a estudios previos y experiencia profesional (ver Anexo 20).

La puntuación total de la escalas se obtiene calculando el nº de ítems por la máxima puntuación (5). La puntuación más alta posible de la herramienta es de 370 y la más baja de 73. Una puntuación alta refleja un alto grado de autonomía. El tiempo necesario para cumplimentar la herramienta fue de 15 minutos aproximadamente.

8.1.4. Procedimiento/ Recogida de datos. Consideraciones éticas.

Para realizar la investigación la autora del proyecto solicitó por escrito el permiso a la Directora de la Escuela de Enfermería La Fe de Valencia para su aprobación.

Una vez conseguida la autorización, la investigadora informó personalmente a las profesoras de prácticas sobre los objetivos del estudio y de la importancia de la recogida de datos, solicitando su colaboración. Fue la investigadora quien estableció contacto directo con los posibles participantes en el proyecto, mostrándoles su finalidad, interés y la importancia de su colaboración. También les informó de que tendrían que cumplimentar los cuestionarios en los cuatro tiempos previstos.

A todos los que mostraron su interés por participar se les entregó un cuestionario que contenía: explicación sobre el propósito del estudio, solicitud del consentimiento –mediante firma–, e información sobre el tiempo que requería la cumplimentación del cuestionario. También se aseguraba la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria de cada sujeto. En un principio fue la investigadora la encargada de repartir los cuestionarios a todos los grupos con posterioridad en algunas ocasiones fueron las profesoras de prácticas del grupo control, las que entregaron los cuestionarios durante las sesiones de trabajo con los propios estudiantes. Se mantuvo contacto directo con las docentes para hacerles entrega de los materiales y comentar las incidencias surgidas, aparte de responder a las preguntas que iban aflorando a lo largo del proceso.

Los resultados presentados fueron recogidos durante el curso académico 2008-2009 en cuatro tiempos (vid supra), siendo las fechas de recogida de datos las siguientes: para t_1 , los días 11 y 12 de marzo; t_2 , el 28 y 29 de abril; t_3 , el 27 y 28 de mayo y finalmente, para t_4 , el 24 y 25 de junio.

8.1.5. Intervención didáctica y materiales utilizados

Se recuerda, que tal como se ha visto en el apartado teórico, el programa de intervención estaba basado en una metodología reflexiva y pretendía profundizar el sentido, significado e implicaciones del ejercicio de la autonomía durante la práctica

clínica, con el fin de incidir en el proceso de aprendizaje, incrementando las competencias y el grado de autonomía de los estudiantes.

Dicho programa fue aplicado durante las sesiones clínicas de los dos períodos de prácticas clínicas. El grupo experimental como se ha comentado anteriormente, recibió una instrucción específica en cinco sesiones. Esto supuso la realización de unas actividades complementarias.; el grupo control no participo de esta intervención.

Todos los sujetos recibieron la misma sesión en el mismo día. La secuencia de instrucción consistió en todos los casos en la presentación del trabajo autónomo y descripción de la estrategia objeto de entrenamiento mediante instrucción directa. Los materiales y la didáctica fueron adaptados por la autora de esta investigación.

Durante todo el período de prácticas los alumnos del grupo experimental reflejaron en el diario reflexivo las implicaciones que el ejercicio de la autonomía tenía en sus prácticas clínicas. También realizaron tutorías individuales con la profesora y sistemas de auto-evaluación, que se correspondieron con los cuestionarios utilizados. Esta última actividad fue realizada tanto por el grupo experimental como por el grupo control.

8.2. ESTUDIO TRANSVERSAL

8.2.1. Población y Muestra

Los participantes en este estudio fueron 187 estudiantes y 48 profesionales. Los datos de la investigación se recogieron en junio de 2009. La distribución de la población por grupos fue la siguiente: 66 alumnos pertenecientes al estudio anterior, 58 estudiantes de enfermería de tercer curso de la EUE La Fe, 66 estudiantes de segundo curso de la Escuela Nuestra Señora de los Desamparados de la Universidad Católica de Valencia (UCV) y también un grupo formado por 48 enfermeras que ejercían su profesión en el Hospital La Fe.

Para la selección de los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la UCV se tuvo en cuenta que reunieran unas características similares a los participantes en el

primer estudio. Por consiguiente, los criterios seguidos en la elección de la muestra fueron: estudiantes de enfermería que estuvieran a punto de completar el período de prácticas clínicas de 2º curso. La elección se realizó al azar, porque el muestreo se hizo a todos los alumnos que estaban recibiendo una clase teórica en un momento concreto, la muestra resultante fue similar al grupo de la Escuela EUE La Fe.

Con respecto a los profesionales se decidió incluir a todas las enfermeras que estaban ejerciendo su profesión en los servicios donde realizaban las prácticas clínicas los estudiantes pertenecientes al grupo experimental. Finalmente, la muestra quedó constituida con aquellas enfermeras que desearon participar en el estudio de forma voluntaria. Todos los participantes eran españoles, excepto cinco estudiantes ERASMUS que pertenecían al grupo de 3º curso (cuatro) y al grupo control (uno).

La muestra estaba constituida en su mayoría por elementos del sexo femenino, siendo la distribución por grupos la siguiente: grupo de 2º experimental (79,3%), grupo de 2º control (89,7%), estudiantes 2º UCV (80,3%), estudiantes de 3º (87,9%) y para las enfermeras (87,5%). La edad media de los participantes fue de 24,10 (grupo experimental), 21,61 (grupo control), 25,28 (UCV), 24,70 (3º) y 45,03 (enfermeras). (Véase tabla 8).

Grupo Análisis			Frecuencia	Porcentaje válido
Estudiantes de 2º experimental	Válidos	Hombre	6	20,7
		Mujer	23	79,3
		Total	29	100,0
Estudiantes de 2º control	Válidos	Hombre	3	10,3
		Mujer	26	89,7
		Total	29	100,0
Estudiantes de 3º	Válidos	Hombre	6	10,5
		Mujer	51	89,5
		Total	57	100,0
	Perdidos	NS/NC	1	
	Total		58	

(continuación)			Porcentaje	
Grupo Análisis			Frecuencia	válido
Estudiantes UCV	Válidos	Hombre	8	13,1
		Mujer	53	86,9
		Total	61	100,0
	Perdidos	NS/NC	5	
	Total		66	
Profesionales	Válidos	Hombre	6	12,5
		Mujer	42	87,5
		Total	48	100,0
NS/NC	Válidos	Hombre	1	33,3
		Mujer	2	66,7
		Total	3	100,0

Tabla 8: Muestra por la variable *sexo* en los grupos analizados

Siguiendo la misma tendencia que los estudiantes de 2º curso, más de la mitad de los participantes de este estudio accedieron a la universidad con el bachillerato LOGSE, a excepción del grupo formado por las enfermeras que la mayoría accedieron con COU (66,7%)⁽⁵⁵⁾ (véase tabla 9).

Grupo Análisis			Frecuencia	Porcentaje válido
Estudiantes de 2º experimental	Válidos	Bachillerato LOGSE	15	51,7
		Ciclos Formativos GS	9	31,0
		Otras titulaciones	3	10,3
		Mayores de 25 años	2	6,9
		Total	29	100,0
Estudiantes de 2º control	Válidos	COU con PAU	1	3,4
		Bachillerato LOGSE	24	82,8
		Ciclos Formativos GS	4	13,8
		Total	29	100,0

⁵⁵ De las tablas siguientes se han excluido los profesionales porque su cuestionario constaban ítems diferentes a este respecto. Los datos referentes a los profesionales son expuestos posteriormente.

(continuación) Grupo Análisis		Frecuencia		Porcentaje válido
Estudiantes de 3º	Válidos	COU	1	1,8
		COU con PAU	1	1,8
		Bachillerato LOGSE	33	57,9
		Ciclos Formativos GS	16	28,1
		Otras titulaciones	5	8,8
		Mayores de 25 años	1	1,8
		Total	57	100,0
	Perdidos	NS/NC	1	
		Total	58	
Estudiantes UCV	Válidos	COU con PAU	1	1,5
		Bachillerato LOGSE	36	54,5
		Ciclos Formativos GS	19	28,8
		Otras titulaciones	6	9,1
		Mayores de 25 años	4	6,1
		Total	66	100,0

Tabla 9: Muestra por la variable *acceso a la Universidad* en los grupos analizados

En relación con la prioridad en la elección destaca el grupo de alumnos (UCV) con un 88,7% de estudiantes que eligieron la titulación de enfermería como primera opción, siendo de un 62,1% para el grupo de tercero. Ante la pregunta si habían trabajado anteriormente respondieron afirmativamente un 61,4% de los estudiantes de 3º curso y un 72,7% de los estudiantes de 2º curso (UCV). Es evidente que el 100% de los profesionales contestaron afirmativamente a esta pregunta. Con respecto a la pregunta si actualmente trabajaban la respuesta fue positiva para el 24,6% de los estudiantes de 3º curso y para 24,2% de los componentes del grupo UCV. Estos datos quedan reflejados en las siguientes tablas.

Grupo Análisis		Frecuencia		Porcentaje válido
Estudiantes de 2º experimental	Válidos	1	21	75,0
		2	4	14,3
		3	3	10,7
		Total	28	100,0
	Perdidos	Sistema	1	
		Total	29	

(continuación)		Frecuencia		Porcentaje válido
Grupo Análisis				
Estudiantes de 2º control	Válidos	1	17	58,6
		2	9	31,0
		3	1	3,4
		4	2	6,9
		Total	29	100,0
Estudiantes de 3º	Válidos	1	36	62,1
		2	19	32,8
		3	3	5,2
		Total	58	100,0
Estudiantes UCV	Válidos	1	55	88,7
		2	7	11,3
		Total	62	100,0
	Perdidos	9	4	
		Total	66	

Tabla 10: Muestra por la variable *prioridad en la elección* en los grupos analizados, exceptuando profesionales

Grupo Análisis			Frecuencia	Porcentaje válido
Estudiantes de 2º experimental	Válidos	Sí, he trabajado anteriormente	22	75,9
		No he trabajado anteriormente	7	24,1
		Total	29	100,0
Estudiantes de 2º control	Válidos	Sí, he trabajado anteriormente	13	44,8
		No he trabajado anteriormente	16	55,2
		Total	29	100,0
Estudiantes de 3º	Válidos	Sí, he trabajado anteriormente	35	61,4
		No he trabajado anteriormente	22	38,6
		Total	57	100,0
	Perdidos	NS/NC	1	
	Total		58	
Estudiantes UCV	Válidos	Sí, he trabajado anteriormente	48	72,7
		No he trabajado anteriormente	18	27,3
		Total	66	100,0

Tabla 11: Muestra por la variable *experiencia profesional* en los grupos analizados, exceptuando profesionales

Grupo Análisis			Frecuencia	Porcentaje válido
Estudiantes de 2º experimental	Válidos	Sí	12	41,4
		No	17	58,6
		Total	29	100,0
Estudiantes de 2º control	Válidos	Sí	9	31,0
		No	20	69,0
		Total	29	100,0
Estudiantes de 3º	Válidos	Sí	14	24,6
		No	43	75,4
		Total	57	100,0
	Perdidos	NS/NC	1	
	Total		58	
Estudiantes UCV	Válidos	Sí	15	24,2
		No	47	75,8
		Total	62	100,0
	Perdidos	NS/NC	4	
	Total		66	

Tabla 12: Muestra por la variable *trabajo actual* en los grupos analizados, exceptuando profesionales

Los datos referentes a los profesionales fueron: El 72,9% eran diplomados, el 25% tenían la convalidación y un 2,1% tenían alguna especialidad. Con respecto a los años de ejercicio profesional el 20,8% llevaba de 6 a 15 años; el 18,8% llevaban de 16 a 20 años y el 16,7% tenían de 21 a 25 años. Los años que llevaba trabajando en el hospital eran de 1 a 5 años 13 enfermeras (35,1%) y 12 enfermeras llevaban en el hospital de 16 a 30 años (25%).

Grupo Análisis		Frecuencia		Porcentaje válido
Profesionales	Válidos	menos de 1	7	15,6
		1 a 3	15	33,3
		4 a 7	8	17,8
		7 a 10	1	2,2
		11 a 15	1	2,2
		16 a 20	4	8,9
		20 a 30	8	17,8
		más de 30	1	2,2
		Total	45	100
	Perdidos	9	3	
Total			48	

Tabla 13: Frecuencia y porcentaje de *años en el servicio* de profesionales

Grupo Análisis		Frecuencia		Porcentaje válido
Profesionales	Válidos	Convalidación	12	25,0
		Diplomado	35	72,9
		Especialidad	1	2,1
		Total	48	100,0
NS/NC	Perdidos	Sistema	3	

Tabla 14: Frecuencia y porcentaje de *estudios* de profesionales

Años en el Hospital Grupo Análisis		Frecuencia		Porcentaje válido
Profesionales	Válidos	1 a 5	13	35,1
		6 a 10	1	2,7
		11 a 15	4	10,8
		16 a 20	6	16,2
		21 a 25	6	16,2
		26 a 30	1	2,7
		31 a 35	5	13,5
		36 a 40	1	2,7
		Total	37	100,0
	Perdidos	NS/NC	11	
Total			48	
NS/NC	Perdidos	Sistema	3	

Tabla 15: Frecuencia y porcentaje de *años en el hospital* de profesionales

Grupo Análisis			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Profesionales	Válidos	1 al 5	3	6,3	7,7	7,7
		6 al 10	5	10,4	12,8	20,5
		11 al 15	5	10,4	12,8	33,3
		16 al 20	9	18,8	23,1	56,4
		21 al 25	8	16,7	20,5	76,9
		26 al 30	3	6,3	7,7	84,6
		31 al 35	6	12,5	15,4	100,0
		Total	39	81,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	9	18,8		
Total			48	100,0		
NS/NC	Perdidos	Sistema	3	100,0		

Tabla 16: Frecuencia y porcentaje de *años en ejercicio* de profesionales

8.2.2. Diseño, variables implicadas en el estudio

El diseño de este estudio es de corte transversal, puesto que vamos a observar las diferencias frente al grado de autonomía que los participantes en el estudio tenían en el momento de la observación. El estudio se ha realizado a cuatro grupos diferentes, coincidiendo con el cuarto momento de la investigación inicial.

Mediante la comparación de los grupos lo que se pretende observar, es, si existen diferencias en la percepción de los componentes de este estudio sobre el grado de autonomía en el ejercicio de su profesión. Cómo se han configurado unas diferencias después de haber pasado por diferentes procesos formativos y en qué sentido se han configurado las diferencias. Por una parte tenemos dos grupos (2º y 3º) que pasaron por un proceso formativo similar, a excepción del grupo experimental. Otro grupo es el de las enfermeras, que en algunos casos hace mucho tiempo que lo recorrieron. Por último los alumnos de 2º (UCV) que tienen otro proceso formativo pero que están al final de la formación práctica del 2º curso.

Son la variable independiente el grupo al que pertenecen y la variable dependiente el grado de autonomía alcanzado por los estudiantes (véase recuadro 27).

ESTUDIO TRANSVERSAL
UNIDAD DE ANÁLISIS Estudiantes de 2º curso EUE La Fe: grupo control y grupo experimental. Estudiantes de 2º curso UCV. Estudiantes de 3º curso EUE La Fe y profesionales trabajadores del Hospital La Fe. VARIABLES VI (independiente): Grupo al que pertenecen, según la formación recibida. VD (dependiente): Percepción del grado de autonomía de los sujetos. VI (intervinientes): <i>Estudiantes:</i> la edad, sexo, prioridad en la elección de la titulación de enfermería, la forma de acceso a la Universidad, la experiencia profesional en otros trabajos, los servicios donde han realizado las prácticas, los conocimientos adquiridos durante la formación. <i>Profesionales:</i> edad, sexo, características personales, servicio donde ejercen su profesión, los años en el servicio, cursos post-grado, años de experiencia profesional, hospital y servicio. VC (control): Edad.

Recuadro 26: Variables en el estudio transversal. Fuente: elaboración propia

8.2.3. Materiales e instrumentos de medida

El instrumento utilizado fue el mismo que el empleado en el estudio anterior, a excepción del utilizado para los profesionales que estuvo sujeto a algunas modificaciones con respecto a los datos personales recogidos. Para este grupo, los datos referentes a acceso universitario y prioridad en la elección, se sustituyeron por estudios realizados, años de ejercicio profesional, años de ejercicio en el hospital y tiempo trabajado en el servicio actual.

8.2.4. Procedimiento/ Recogida de datos. Consideraciones éticas

Con respecto a la recogida de datos provenientes de los estudiantes de enfermería de la Escuela de Enfermería Ntra. Sra. de los Desamparados Universidad Católica de Valencia (en adelante UCV). La investigadora solicitó el permiso a la subdirectora de dicha Universidad (sede en la calle Jesús), y esta a su vez, presentó la solicitud y el informe detallado del proyecto al comité directivo, el cual dio su conformidad y aprobación. Una vez recibida la autorización y acordado el momento oportuno para la cumplimentación del cuestionario, fue la investigadora quien estableció contacto directo con los participantes, informando verbalmente a los sujetos del estudio al que iban a ser sometidos y la finalidad del mismo. El cuestionario

se aplicó colectivamente en un contexto de aula, a partir de tiempo cedido por las profesoras de pediatría, con la recogida posterior del mismo.

El paso inicial para el reclutamiento de los profesionales fue obtener el permiso, previa solicitud oral y escrita de las supervisoras y supervisores de los servicios clínicos del Hospital La Fe, donde los estudiantes estaban realizando las prácticas clínicas. Se le explico a cada participante potencial el propósito del estudio y se le invito a participar voluntariamente en el mismo. El instrumento era entregado personalmente y recogido posteriormente en sobre cerrado para asegurar el anonimato.

Al igual que en el estudio anterior, todos los participantes cumplieron una hoja de consentimiento que contenía una explicación sobre el propósito del estudio, la cumplimentación del cuestionario y el tiempo que requería, así como aseguraba la confidencialidad de los datos.

9. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para el tratamiento de los datos en ambos estudios, se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 en su versión para Windows. Agrupamos los datos generando dos archivos:

1. Análisis de la encuesta fundida FE 2º curso (66 estudiantes). Correspondiente a la 1ª encuesta (t_1), 2ª encuesta (t_2), 3ª encuesta (t_3), 4ª encuesta (t_4), tanto para grupo control como para el grupo experimental).
2. Análisis del 4º tiempo, para todos los grupos (235): Estudiantes de 2º curso la Fe (control y experimental t_4), estudiantes de 3º curso La Fe, estudiantes UCV y profesionales.

Se obtuvieron dos niveles de resultados:

- 1) uno para determinar la influencia del programa en la percepción del grado de autonomía en alumnado de 2º curso de La Fe y,
- 2) el otro para comprobar mediante la comparación las diferencias en la percepción del grado de autonomía en función del grupo al que pertenecen (profesionales, alumnado de La Fe de 2º y 3er curso, y alumnado de 2º curso de la UCV).

9.1. ESTUDIO LONGITUDINAL:

Para determinar la influencia del programa en la percepción del nivel de autonomía alcanzado por los estudiantes durante las prácticas clínicas de 2º curso realizamos análisis ANOVA de medidas repetidas, considerando como variable independiente entre-grupos la pertenencia a uno de los dos grupos experimentales o el grupo control y la variable independiente *programa* como variable intra-grupos.

Así, interesa establecer el efecto de la interacción de estas dos variables independientes sobre las variables dependientes, en nuestro caso *Percepción de la autonomía*, distribuida en las 11 dimensiones y como concepto global. El nivel de

confianza establecido para rechazar la hipótesis nula en la que se asume que no existe efecto del programa sobre dichas variables dependientes, es de $\alpha=0,05$

También fue calculado el tamaño del efecto con el estadístico *eta al cuadrado parcial*, que se interpreta como la proporción de variación de la variable dependiente explicada por cada uno de los efectos. Para el caso que nos ocupa, la variación de cada una de las variables dependientes explicada fundamentalmente por la interacción de las dos variables independientes.

9.1.1. Efecto en las once dimensiones de la autonomía

En la tabla 17 se refleja para cada una de las variables dependientes la media y desviación típica de cada grupo en los diferentes momentos de observación.

	Experimental 1		Experimental 2		Control		Total	
	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ
CP (t ₁)	69,000	6,4143	66,000	8,0000	72,153	8,9986	69,586	8,23545
CP (t ₂)	73,2500	7,0862	72,5000	9,6066	74,0000	8,4064	73,3793	8,14342
CP (t ₃)	81,75	8,10203	75	8,68496	71,6923	6,26345	75,3793	8,36837
CP (t ₄)	79	9,97139	74,5	6,48074	75,2308	8,58442	76,069	8,39188
RA (t ₁)	81,0714	6,8192	77,1429	8,08122	78,9011	8,04227	79,0148	7,60834
RA (t ₂)	83,5714	5,86535	81,0714	12,01918	81,5385	10,47286	81,9704	9,63181
RA (t ₃)	87,1429	10,69045	87,5	5,49317	80,8791	8,36128	84,4335	8,75938
RA (t ₄)	85,3571	6,37735	88,5714	9,89743	86,8132	13,12102	86,8966	10,4844
CI (t ₁)	69,1667	8,51909	66,1111	8,20805	61,1966	12,29324	64,751	10,56973
CI (t ₂)	71,9444	6,04947	71,6667	10,60764	71,1111	8,16497	71,4943	8,12315
CI (t ₃)	75,5556	5,31213	73,0556	5,87194	69,9145	7,45993	72,3372	6,73474
CI (t ₄)	77,5	6,44472	78,0556	7,64628	74,359	9,62744	76,2452	8,23173
DI (t ₁)	65	13,13664	64	18,39255	68,6154	11,29556	66,3448	13,67029
DI (t ₂)	74,5	8,53564	76,5	9,66585	78,4615	11,14013	76,8276	9,87807
DI (t ₃)	84	11,10984	78	6,04743	75,6923	11,25007	78,6207	10,32478
DI (t ₄)	81	9,73946	87	11,26309	81,5385	13,01675	82,8966	11,60771
RE (t ₁)	81,5625	4,98883	78,75	13,0247	79,8077	10,91928	80	10,04454
RE (t ₂)	85	5,50973	88,125	9,88776	82,8846	9,23344	84,9138	8,56912
RE (t ₃)	87,1875	2,08631	90,9375	7,5519	79,4231	7,29968	84,7414	7,99958
RE (t ₄)	86,875	6,51235	90,625	8,53041	85,1923	10,77524	87,1552	9,15453

(continuación)	Experimental 1		Experimental 2		Control		Total	
	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ
DE (t ₁)	73,75	9,54314	71,25	14,07886	73,8462	24,16556	73,1034	17,9987
DE (t ₂)	80,625	10,83562	86,875	10,3294	80,7692	11,87542	82,4138	11,15001
DE (t ₃)	92,5	6,54654	86,875	7,98995	79,2308	10,17476	85	10,177
DE (t ₄)	85,625	8,63444	90,625	9,42546	86,1538	12,44217	87,2414	10,57171
EX (t ₁)	79,6875	12,20637	73,125	10,3294	67,8846	14,60758	72,5862	13,42111
EX (t ₂)	84,375	5,62996	80,9375	12,3156	79,8077	10,87148	81,3793	10,01308
EX (t ₃)	88,125	2,58775	81,25	7,31925	77,6923	9,37981	81,5517	8,4888
EX (t ₄)	87,5	6,54654	84,6875	7,72721	84,6154	11,80775	85,431	9,3319
OR (t ₁)	84,5833	8,71734	75,4167	13,08549	75,641	12,86573	78,046	12,2318
OR (t ₂)	85,8333	5,27046	83,75	11,87735	82,3077	9,94286	83,6782	9,31566
OR (t ₃)	85,8333	6,1075	87,0833	8,4398	79,4872	8,48159	83,3333	8,40446
OR (t ₄)	86,6667	7,76643	89,1667	8,11622	86,6667	12,0953	87,3563	9,77441
AP (t ₁)	71,875	8,93928	62,8125	7,95495	63,6538	12,18842	65,6897	10,70915
AP (t ₂)	80,3125	7,61079	71,5625	17,87544	75,3846	7,41944	75,6897	11,35657
AP (t ₃)	83,4375	7,78477	75,9375	12,60226	76,1538	7,33253	78,1034	9,44096
AP (t ₄)	82,8125	8,49764	82,1875	8,70524	80,3846	8,88856	81,5517	8,4888
DC (t ₁)	78,5	10,23998	71,5	13,25573	68,6154	13,84159	72,1379	13,02669
DC (t ₂)	80,5	8,6685	76	13,52247	81,5385	10,13752	79,7241	10,68676
DC (t ₃)	87,5	5,42481	83	8,21149	78,1538	10,27818	82,069	9,23476
DC (t ₄)	85	8,75051	88,5	7,83764	85,2308	12,37035	86,069	10,12046
LL (t ₁)	79,375	10,50085	76,875	15,10381	76,5385	11,25178	77,4138	11,8488
LL (t ₂)	84,375	5,62996	79,375	13,47948	81,9231	12,3387	81,8966	11,05294
LL (t ₃)	89,375	7,28869	88,125	7,98995	78,8462	7,67948	84,3103	8,9367
LL (t ₄)	88,75	10,26436	89,375	9,42546	85,7692	11,87542	87,5862	10,57462

Tabla 17: Media y desviación típica de las once dimensiones de la autonomía en cada grupo de estudio en los diferentes momentos de la medición

Los resultados de los contrastes invariados para los que se observa el efecto de la interacción de las variables *intervención* (programa de intervención) y *grupo* en cada una de las variables dependientes (sub-escalas de la autonomía) se presentan en la tabla siguiente.

Fuente	Medida	F	Significa- ción	Eta al cuadrado parcial
intervención * grupo_01	CP	2,928	0,013	0,184
	RA	1,37	0,237	0,095
	CI	0,669	0,675	0,049
	DI	1,694	0,134	0,115
	RE	1,866	0,097	0,126
	DE	1,727	0,126	0,117
	EX	0,856	0,531	0,062
	ORG	1,318	0,259	0,092
	AP	0,49	0,814	0,036
	DC	1,81	0,108	0,122
	LL	1,228	0,301	0,086

Tabla 18: Prueba F para el contraste del efecto de la *intervención* por *grupo* de estudio en cada sub-escala

Sólo se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la variable de autonomía *Características Personales* por efecto de la interacción entre el *programa de intervención* y *grupo* (control/experimental1/experimental2) ($F = 2,928$; $p = 0,013$). Con una eta cuadrado parcial = 18,4%. Esto quiere decir, que en esta variable, el programa ha tenido un efecto distinto según el grupo de pertenencia del alumnado. El sentido se puede apreciar, observando el siguiente gráfico donde se representa la media de cada grupo en la variable *Características Personales* en los cuatro momentos de medición.

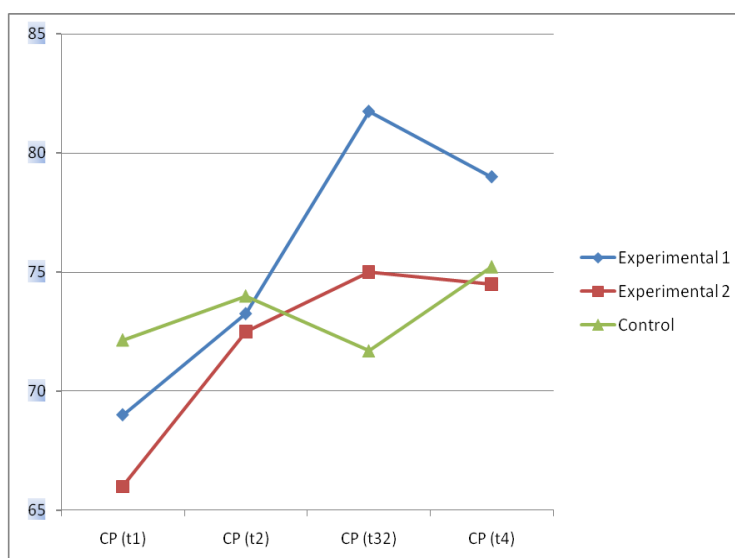


Gráfico 11: Medias en *características personales* por grupo y momento de la medición

Se observa que el *grupo experimental 1*, al igual que el resto de grupos, especialmente el *grupo experimental 2*, presentan un aumento en su percepción de las *Características Personales* positivas que favorecen el ejercicio de la autonomía, del momento t_1 al momento t_2 de observación. Sólo el grupo experimental 1, presenta un aumento significativo en la variable dependiente t_3 . Lo que podría significar que cuanto más tempranamente se realiza la intervención, la tendencia al aumento es mayor y se prolonga en el tiempo. Los resultados de estos análisis se encuentran disponibles en el Anexo 21.

9.1.2. Efecto en la autonomía como concepto global

Se realizó un segundo análisis tomando la autonomía como concepto global, es decir tomando la escala de autonomía sin distinción entre sub-escalas.

La tabla siguiente presenta los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) para la escala de autonomía en cada uno de los momentos de observación para cada uno de los grupos en la investigación.

Autonomía (100)	(t ₁)		(t ₂)		(t ₃)		(t ₄)	
	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ	Media	Desv.típ
Grupos Estudio								
Experimental 1	76,4726	5,46267	80,9932	5,26781	85,9932	3,81442	84,7945	6,08935
Experimental 2	71,7123	8,33802	79,3493	10,10991	82,6370	4,73616	85,7534	7,08707
Control	72,0126	9,80886	79,4521	8,53283	77,4921	7,42498	83,1823	10,19515
Total	73,1601	8,39169	79,8488	8,01327	81,2565	6,81224	84,3363	8,22344

Tabla 19: Medias y desviaciones típicas de los diferentes grupos en la *autonomía global* en los cuatro momentos de medición

Los resultados del contraste mostraron que no existen diferencias significativas en la escala de Autonomía Global debidas a la interacción entre *programa de intervención* y *grupo*, como puede observarse en la tabla siguiente:

Fuente		Suma de cuadrados tipo III	gl	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
intervencion *						
grupo_01	Esfericidad asumida	226,700	6	1,294	,270	,091

Tabla 20: Prueba F para el contraste del efecto de la *intervención* por *grupo* de estudio en autonomía global

El gráfico resulta suficientemente explicativo para comprobar que, efectivamente, la diferencia de medias en los tres grupos es prácticamente insignificante y además se comporta en los tres grupos de forma similar en los diferentes momentos de observación. Además, hay información más amplia en el Anexo 22.

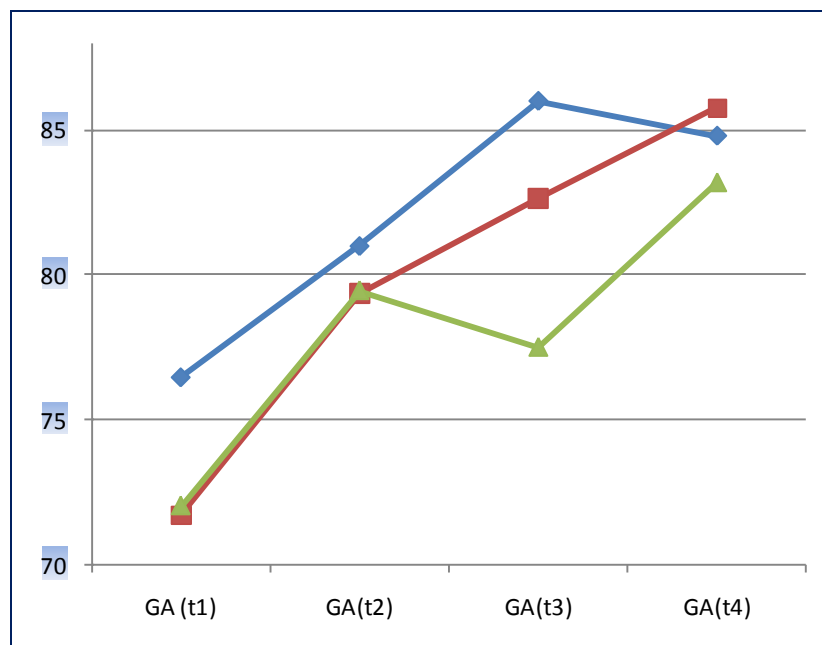


Gráfico 12: Medias en autonomía global por *grupo* y momento de la medición

9.1.3. Efecto en Características Personales y Autonomía Global y otras variables

Adicionalmente a los análisis anteriores se estudió el posible efecto que podrían tener otras variables incluidas en la investigación: a) *sexo*; b) *experiencia profesional* y c) *trabajo actual*. Estos estudios son complejos en su interpretación ya que se analiza la interacción de al menos tres variables independientes, que para el caso estudiado

resultan esquemáticamente en las siguientes interacciones y los resultados de los contrastes, como puede verse en las siguientes tablas:

Medida	F	Sig.	Eta cuadrado parcial
<i>Interv * grupo * sexo</i>	0,778	0,591	0,094
<i>Interv * grupo * trab</i>	0,447	0,843	0,056
<i>Interv * grupo * act_trab</i>	0,448	0,842	0,056

Tabla 21: Prueba F para el contraste del efecto de la *intervención* por *grupo* de estudio y otras variables en autonomía global

Medida	F	Sig.	Eta cuadrado parcial
<i>Interv * grupo * sexo</i>	1,784	0,113	0,121
<i>Interv * grupo * trab</i>	0,591	0,737	0,043
<i>Interv * grupo * act_trab</i>	0,662	0,681	0,048

Tabla 22: Prueba F para el contraste del efecto de la *intervención* por *grupo* estudio y otras variables en características personales

Con estos resultados se puede afirmar que ninguna de las tres variables añadidas al modelo anteriormente detallado contribuyen a explicar diferencias significativas en la autonomía global o características personales por efecto de la variable *intervención * grupo*. Para el caso de características personales donde en análisis anteriores se ha comprobado que sí existen diferencias estadísticamente significativas por efecto de la interacción *intervención * grupo*, éstas desaparecen al incluir cada una de las variables al modelo (*sexo, trabajo actual o experiencia profesional*). Dichos resultados sugieren que son variables que no influyen en la explicación de las diferencias por efecto de la interacción. Los resultados de estos análisis se encuentran disponibles en el Anexo 23.

El efecto de la edad no se ha tenido en cuenta debido a que los grupos eran homogéneos en cuanto a su distribución etárea y la globalidad de los grupos de tamaño reducido.

9.2. ESTUDIO TRANSVERSAL

En este segundo estudio se pretende comprobar si la variable independiente *grupo* tiene un efecto estadísticamente significativo en las diferentes variables dependientes que se han estudiado.

Además, se quiere comprobar entre qué “niveles” de la variable independiente *grupo* se producen dichas diferencias, entendiendo como “niveles” los valores que puede tomar dicha variable (Estudiantes de 2º curso-grupo experimental; Estudiantes de 2º curso-grupo control; Estudiantes de 3er curso; Estudiantes de 2º curso de la UCV y Profesionales).

Así, los procedimientos utilizados para el análisis de los datos fueron variando de acuerdo a los objetivos perseguidos. Se establecieron criterios de pertinencia y de discriminación de los ítems y se tuvieron en cuenta diferentes técnicas de análisis estadístico a partir de la utilización del programa SPSS, tales como ANOVA (análisis de la varianza de un factor), ANCOVA (análisis de la covarianza), de Kruskal-Wallis, fórmula de Spearman-Brown y el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson.

Para la evaluación de los datos hemos realizado tanto análisis paramétricos como no paramétricos. Esto es así, ya que hay variables en el estudio que siguen una distribución Normal (ej.: características personales), aunque la mayoría de éstas no siguen esta distribución. Esto se ha determinado a partir del contraste de Normalidad de todas las variables con el estadístico de Kolmogorov-Smirnoff. En los casos en los que la Normalidad de la distribución no estaba asegurada se optó por un análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis de k muestras independientes), mientras que en el caso de variables que se comportan siguiendo un patrón normal se optó por un análisis paramétrico, como el ANOVA.

No obstante, se ha considerado oportuno realizar para todos los casos un ANOVA, ya que admite hacer comparaciones post-hoc. Es decir nos permite ver si hay diferencias significativas entre los diferentes niveles de la variable independiente según el grupo de pertenencia.

9.2.1. Efecto en las once dimensiones de la autonomía

Los tamaños del efecto fueron calculados igual que en el estudio anterior (eta cuadrado parcial).

La tabla siguiente ofrece los resultados descriptivos de cada una de las variables, para cada uno de los niveles de la variable independiente *grupo*.

	Grupo Análisis	N	Media	Desv. típ.
Características Personales	Estudiantes de 2º experimental	24	76,5833	7,23468
	Estudiantes de 2º control	25	76,8800	7,98081
	Estudiantes de 3º	50	76,7200	7,04226
	Estudiantes UCV	56	75,3929	7,77801
	Profesionales	41	75,8049	10,13711
	Total	196	76,1531	8,06112
Relación de Ayuda	Estudiantes de 2º experimental	24	87,9762	8,25413
	Estudiantes de 2º control	25	88,0000	13,27368
	Estudiantes de 3º	50	87,3143	7,09688
	Estudiantes UCV	56	84,4898	8,74894
	Profesionales	41	81,3937	12,10704
	Total	196	85,4373	10,01340
Cuidado Individualizado	Estudiantes de 2º experimental	24	77,5926	6,64785
	Estudiantes de 2º control	25	76,2667	10,13733
	Estudiantes de 3º	50	74,9333	6,31802
	Estudiantes UCV	56	70,6746	11,86849
	Profesionales	41	73,3875	7,15762
	Total	196	73,8889	9,15658
Diálogo Interdisciplinar	Estudiantes de 2º experimental	24	84,0000	9,36227
	Estudiantes de 2º control	25	84,3200	11,77115
	Estudiantes de 3º	50	83,5200	9,75253
	Estudiantes UCV	56	83,6429	12,16318
	Profesionales	41	85,0732	12,68146
	Total	196	84,0408	11,24088

(Continuación)	Grupo Análisis	N	Media	Desv. típ.
Desarrollo Profesional	Estudiantes de 2º experimental	24	87,9167	9,19790
	Estudiantes de 2º control	25	84,8000	17,28921
	Estudiantes de 3º	50	85,8000	10,98979
	Estudiantes UCV	56	82,9464	12,81962
	Profesionales	41	82,0732	12,19506
	Total	196	84,3367	12,56037
Responsabilidad	Estudiantes de 2º experimental	24	35,5833	2,81172
	Estudiantes de 2º control	25	35,0800	4,17253
	Estudiantes de 3º	50	35,9200	3,06953
	Estudiantes UCV	56	35,9821	3,06589
	Profesionales	41	34,6341	4,10948
	Total	196	35,5204	3,44251
Excelencia de los Cuidados	Estudiantes de 2º experimental	24	87,1875	6,92791
	Estudiantes de 2º control	25	85,5000	13,57848
	Estudiantes de 3º	50	83,7500	8,88202
	Estudiantes UCV	56	83,7054	21,79966
	Profesionales	41	79,7561	13,17911
	Total	196	83,5459	14,93329
Organización y Comunicación	Estudiantes de 2º experimental	24	89,4444	7,39935
	Estudiantes de 2º control	25	88,6667	14,59325
	Estudiantes de 3º	50	87,1333	8,22060
	Estudiantes UCV	56	86,7262	9,75438
	Profesionales	41	82,3577	17,75206
	Total	196	86,4966	12,10469
Aplicación de Conocimientos	Estudiantes de 2º experimental	24	81,7708	9,45467
	Estudiantes de 2º control	25	83,3000	8,12404
	Estudiantes de 3º	50	80,6500	6,97682
	Estudiantes UCV	56	76,5625	10,88747
	Profesionales	41	76,2195	14,74917
	Total	196	79,0306	10,78420

(Continuación)	Grupo Análisis	N	Media	Desv. típ.
Dominio de las Competencias	Estudiantes de 2º experimental	24	87,5000	8,77249
	Estudiantes de 2º control	25	87,2000	10,06645
	Estudiantes de 3º	50	84,2400	12,65969
	Estudiantes UCV	56	83,2857	11,41883
	Profesionales	41	77,1707	19,62129
	Total	196	83,2653	13,77739
Libertad y Límites	Estudiantes de 2º experimental	24	89,1667	9,16831
	Estudiantes de 2º control	25	88,2000	11,35415
	Estudiantes de 3º	50	87,2000	9,90568
	Estudiantes UCV	56	85,7143	14,28377
	Profesionales	41	83,1707	15,64273
	Total	196	86,3010	12,72857

Tabla 23: Media y desviación típica por *grupo* en las once dimensiones de la autonomía

A priori, se puede observar en los datos descriptivos que los Estudiantes de 2º curso de la EUE La Fe, tanto en el grupo control como en el experimental, obtienen las medias más altas en la mayor parte de variables.

Pormenorizando los datos, los resultados pueden significar que el proceso formativo recibido genera diferencias con respecto a la percepción del grado de autonomía alcanzado, tanto en las diferentes sub-escalas observadas, como en su vertiente global. De los cuatro grupos estudiados, el grupo que tiene una percepción más alta de autonomía, en la mayor parte de sub-escalas (CI, DE, RE, EX, OR, DC, LL) es el grupo experimental, seguido del grupo control que tiene niveles más altos en cuatro de ellas (CP, RA, DI, AP). Estos dos grupos, obtienen los niveles más altos en todas las sub-escalas estudiadas, repartiéndose entre ambos los dos primeros lugares de puntuación. Van seguidos por los alumnos de tercer curso de la EUE La Fe que, aunque no obtienen puntuaciones de mayor nivel que los grupos mencionados, sí se aproximan a ellos en ocho de las sub-escalas (CP, RA, DI, DE, RE, OR, AP y LL). Respecto a los grupos de estudiantes de la UCV y profesionales, podemos destacar que en cinco de ellas (RA, EX, OR, DC y LL) los estudiantes de la UCV obtienen niveles más elevados, mientras que los profesionales les superan en dos (CI, TI), siendo este último grupo el que obtiene las puntuaciones más bajas en casi todas las sub-escalas estudiadas.

El ANOVA realizado para cada variable permitirá establecer hasta qué punto estas diferencias observadas son estadísticamente significativas.

Adicionalmente, se ha realizado un contraste para comprobar la homogeneidad de las varianzas, otro de los requisitos junto a la normalidad para efectuar análisis paramétricos. El estadístico usado en este caso de Levene (a un nivel $\alpha=0,05$), muestra que las variables *Relación de Ayuda*, *Cuidado Individualizado*, *Organización y Comunicación* y *Aplicación de Conocimientos Enfermeros*, no cumplen con el requisito de homogeneidad de varianzas, lo cual hace que se tomen los resultados del contraste de hipótesis con cautela (véase Anexo 24).

La tabla siguiente muestra los valores p del contraste realizado para cada una de las variables, además del estadístico F:

Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Características Personales	71,059(b)	4	17,765	,269	,897
Relación de Ayuda	1215,687(c)	4	303,922	3,166	,015
Cuidado Individualizado	1113,984(d)	4	278,496	3,491	,009
Diálogo Interdisciplinar	68,116(e)	4	17,029	,132	,970
Desarrollo Profesional	738,322(f)	4	184,581	1,174	,324
Responsabilidad	57,071(g)	4	14,268	1,209	,308
Excelencia de los Cuidados	1006,106(h)	4	251,527	1,131	,343
Organización y Comunicación	1051,850(i)	4	262,963	1,825	,126
Aplicación de Conocimientos	1432,146(j)	4	358,037	3,219	,014
Dominio de las Competencias	2387,851(k)	4	596,963	3,293	,012
Libertad y Límites	748,673(l)	4	187,168	1,159	,330

Tabla 24: Prueba F para el contraste del efecto *grupo* en las sub-escalas de autonomía

Se han encontrado diferencias significativas por efecto de la variable grupo a un nivel de confianza $\alpha=0,05$, en las variables *Relación de Ayuda*, *Cuidado Individualizado*, *Aplicación de Conocimientos Enfermeros* y *Dominio de las competencias*. En el resto de

variables las diferencias observadas no resultan estadísticamente significativas al nivel de confianza establecido.

El análisis post-hoc utilizando el método de Scheffé informa sobre el sentido de estas diferencias. No obstante, un gráfico puede ayudar a visualizar el efecto de la variable *grupo*, en estas cuatro variables anteriormente mencionadas.

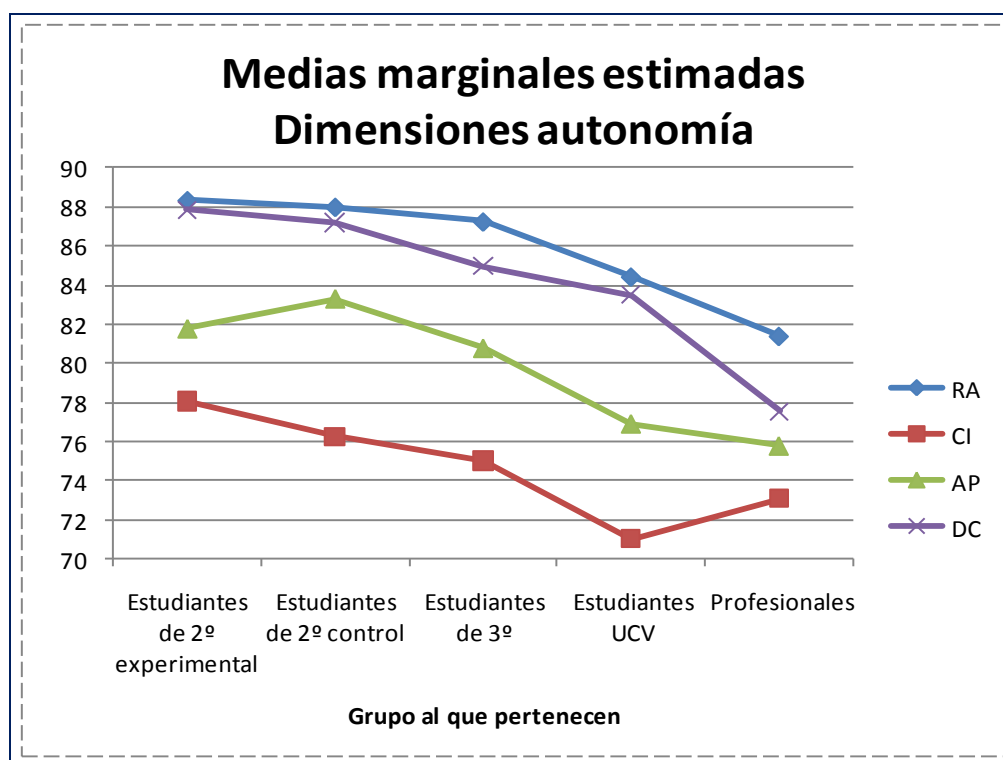


Gráfico 13: Medias marginales estimadas de las diferentes dimensiones de la autonomía por grupo

Así, se comprueba que hay diferencias en la variable *Relación de Ayuda*, pero no podemos atribuirlos a alguna diferencia significativa, entre los diferentes niveles.

En relación con la diferencia producida en el *Cuidado Individualizado*, derivado de la variable grupo, encontramos en el análisis post-Hoc que estas diferencias se atribuyen fundamentalmente a la diferencia significativa encontrada entre los estudiantes de 2º, grupo experimental EUE La Fe y los estudiantes de 2º UCV. Siendo la diferencia de las medias próxima a siete puntos a favor del grupo experimental.

Con respecto a la variable *Aplicación de Conocimientos Enfermeros*, las diferencias son globales y no corresponde a ningún grupo en particular. Ocurre lo mismo en la variable *Dominio de Competencias*.

Los resultados que se muestran a continuación corresponden al análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis sobre muestras independientes como análisis alternativo al ANOVA, especialmente en los casos donde no se ha cumplido el supuesto de normalidad y/u homogeneidad de las varianzas. Este análisis apropiado para las características de las variables que se están manejando (no paramétricas) corrobora los resultados obtenidos en el ANOVA. Se encuentran diferencias significativas por efecto de la variable *grupo* en las variables: *Relación de ayuda*, *Cuidado individualizado*, *Aplicación de conocimientos* y *Dominio de competencias*. Esto se observa en la tabla siguiente y, con mayor detalle, en el Anexo 25.

	Autonomía Global (100)
Chi-cuadrado	10,342
gl	4
Sig. asintót.	,035

Tabla 25: Estadísticos de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para determinar el efecto del grupo en autonomía global

9.2.2. Efecto en la autonomía como concepto global

También estudiamos el comportamiento de los diferentes grupos con respecto a la percepción de la autonomía global (ésta correspondía a la suma de las diferentes dimensiones), para comprobar si existe o no un efecto significativo. Es decir queremos estudiar si existen diferencias significativas con respecto a la autonomía global en función del grupo al que pertenecen: analizando cómo influye el Factor = grupos, en la variable dependiente percepción de la autonomía global.

Así mismo en este caso se realizó el análisis paramétrico ANOVA de un factor, que compara las diferencias de los diferentes grupos analizando las puntuaciones medias de la autonomía global. En la tabla 26, se refleja para cada una de las variables independientes la media y desviación típica de cada uno de los grupos.

Autonomía Global (100)			
	N	Media	Desv. Típ.
Estudiantes de 2º experimental	24	84,4032	5,87095
Estudiantes de 2º control	25	83,8486	9,40534
Estudiantes de 3º	50	82,973	5,49132
Estudiantes UCV	56	81,2548	8,07486
Profesionales	41	79,6638	9,49929
Total	196	82,0767	7,88186

Tabla 26: Media y desviación típica por grupo en autonomía global

Como se puede observar se repite el fenómeno descrito anteriormente siendo los estudiantes de 2º curso de la EUE La Fe los que tienen más alta puntuación en autonomía global –como era de esperar–, frente a los estudiantes de tercer curso de la EUE La Fe, los estudiantes de la Universidad Católica y los profesionales que tienen puntuaciones más bajas –siendo estos últimos los de menor puntuación–. Por tanto, sí que hay un efecto de la variable grupo de formación en el grado total de autonomía. Se han encontrado diferencias significativas por efecto de la variable grupo a un nivel de confianza $\alpha = 0,05$ y ($p = 0,075$), véase la tabla 27.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	525,088	4	131,272	2,164	0,075
Intra-grupos	11589,038	191	60,676		
Total	12114,126	195			

Tabla 27: Prueba F para el contraste del efecto de grupo en *autonomía global*

El siguiente gráfico muestra muy claramente estas diferencias.

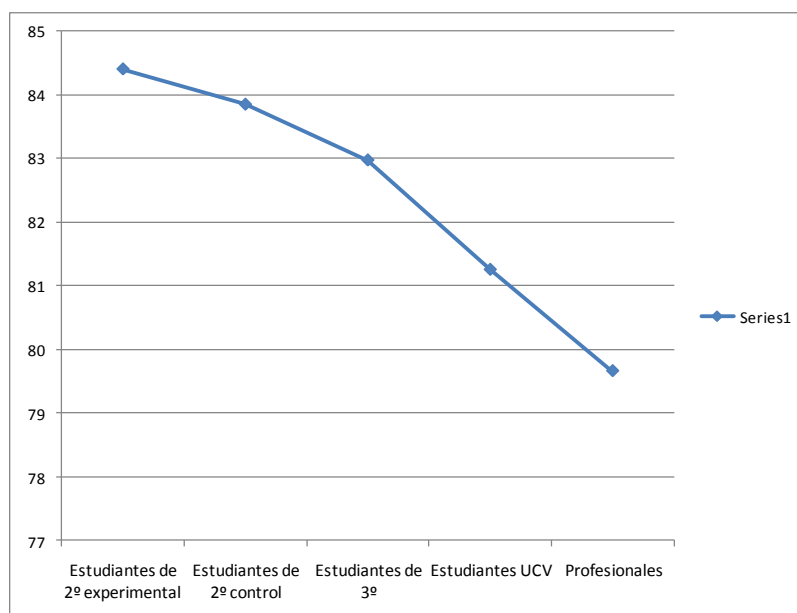


Gráfico 14: Media por grupo en *autonomía global*

9.2.3. Influencia de otros factores en la percepción de la autonomía global

Se quiere comprobar si las variables independientes: sexo, edad y experiencia profesional (si actualmente trabaja o no trabaja, para los estudiantes y para los profesionales años de ejercicio profesional, tanto en el hospital como en el propio servicio), influyen en la variable dependiente *Autonomía Global* y sus correspondientes sub-escalas.

Al tener la variable experiencia profesional que se comporta de diferente manera en los estudiantes y en los profesionales, se hará el estudio para dos muestras diferenciadas, es decir uno para estudiantes y otro para profesionales.

En la tabla 28, se refleja la media y desviación típica en función del sexo, para cada una de las sub-escalas y autonomía global.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Características Personales	Hombre	22	77,9091	7,86741	1,67734
	Mujer	141	75,7447	7,22634	0,60857
Relación de Ayuda	Hombre	22	84,9351	9,70635	2,06940
	Mujer	144	86,5079	9,15087	0,76257
Cuidado Individualizado	Hombre	22	74,0404	7,46180	1,59086
	Mujer	143	74,2657	9,22831	0,77171
Diálogo Interdisciplinar	Hombre	21	87,2381	10,40147	2,26979
	Mujer	146	82,9589	10,91717	0,90351
Desarrollo Profesional	Hombre	22	86,1364	13,88146	2,95954
	Mujer	146	84,1438	13,05637	1,08055
Responsabilidad	Hombre	22	34,5455	4,02051	,85718
	Mujer	145	35,9241	3,18870	,26481
Excelencia de los Cuidados	Hombre	22	84,2045	9,30266	1,98333
	Mujer	144	84,3403	15,67532	1,30628
Organización y Comunicación	Hombre	22	87,4242	10,17996	2,17037
	Mujer	145	87,7011	9,88762	0,82112
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	Hombre	22	81,7045	10,10028	2,15339
	Mujer	144	79,6181	8,99844	0,74987
Dominio de las Competencias	Hombre	22	83,6364	17,23381	3,67426
	Mujer	143	85,3427	10,12534	,84672
Libertad y Límites	Hombre	22	87,2727	10,98996	2,34307
	Mujer	145	87,0000	12,21054	1,01403
Autonomía Global (100)	Hombre	21	82,5354	7,68845	1,67776
	Mujer	130	82,7089	7,24223	,63519

Tabla 28: Media y desviación típica por sexo en las sub-escalas y autonomía global

Siguiendo el mismo esquema que en el estudio anterior, se hizo un contraste de la normalidad de la variable *sexo*, utilizando la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, dando un valor-p mayor de 0,05. Por tanto, la variable autonomía global se comporta según la distribución normal en todos los grupos.

Los resultados para los estudiantes, con respecto a la influencia de la variable *sexo* en las diferentes sub-escalas y la *Autonomía global*, de la prueba t de Student muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas, tal y como se aprecia en la siguiente tabla.

Sexo	t	gl	P
Características Personales	1,291	161	,199
Relación de Ayuda	-,745	164	,457
Cuidado Individualizado	-,109	163	,913
Diálogo Interdisciplinar	1,689	165	,093
Desarrollo Profesional	,662	166	,509
Responsabilidad	-1,823	165	,070
Excelencia de los Cuidados	-,040	164	,969
Organización y Comunicación	-,122	165	,903
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	,997	164	,320
Dominio de las Competencias	-,660	163	,510
Libertad y Límites	,107	29,453	,916
Autonomía Global (100)	-,101	149	,920

Tabla 29: Prueba t de Student para el contraste del efecto del *sexo* en las sub-escalas y autonomía global (grupo de estudiantes)

En la siguiente tabla, se muestra el efecto de la variable *experiencia profesional* – estudiantes— sobre las diferentes sub-escalas de la autonomía y la autonomía global, pudiendo observar que tampoco en este caso hay diferencias significativas.

	Experiencia profesional	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Características Personales	Sí, he trabajado anteriormente	106	77,3208	7,07988	0,68766
	No he trabajado anteriormente	60	74,0333	7,67555	0,99091
Relación de Ayuda	Sí, he trabajado anteriormente	110	86,7532	8,26202	0,78775
	No he trabajado anteriormente	61	85,9485	10,73230	1,37413
Cuidado Individualizado	Sí, he trabajado anteriormente	111	74,4945	9,52684	0,90425
	No he trabajado anteriormente	60	73,4815	9,46236	1,22158
Diálogo Interdisciplinar	Sí, he trabajado anteriormente	111	84,8288	10,50184	0,99679
	No he trabajado anteriormente	61	82,0328	11,83493	1,51531
Desarrollo Profesional	Sí, he trabajado anteriormente	112	85,2232	13,41286	1,26740
	No he trabajado anteriormente	61	84,0164	12,61017	1,61457
Responsabilidad	Sí, he trabajado anteriormente	111	36,0631	2,97956	0,28281
	No he trabajado anteriormente	61	35,2623	3,78110	0,48412
Excelencia de los Cuidados	Sí, he trabajado anteriormente	111	85,0000	16,85163	1,59949
	No he trabajado anteriormente	60	83,0000	10,64449	1,37420
Organización y Comunicación	Sí, he trabajado anteriormente	112	88,6012	9,77872	0,92400
	No he trabajado anteriormente	60	86,5000	9,84675	1,27121
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	Sí, he trabajado anteriormente	111	80,0450	9,64119	0,91510
	No he trabajado anteriormente	60	79,4167	9,23294	1,19197
Dominio de las Competencias	Sí, he trabajado anteriormente	109	85,6147	11,65071	1,11594
	No he trabajado anteriormente	61	84,3279	10,56523	1,35274

(Continuación)	Experiencia profesional	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Libertad y Límites	Sí, he trabajado anteriormente	111	87,2973	12,57313	1,19339
	No he trabajado anteriormente	61	86,9672	11,00298	1,40879
Autonomía Global (100)	Sí, he trabajado anteriormente	99	83,4098	6,91170	0,69465
	No he trabajado anteriormente	56	81,4865	7,84961	1,04895

Tabla 30: Media y desviación típica por *experiencia profesional* en las sub-escalas y autonomía global

En el siguiente gráfico, se puede observar de forma más clara, la media obtenida por los estudiantes en las diferentes sub-escalas y la autonomía global. Destacando la baja puntuación obtenida en la sub-escala *responsabilidad* por todos los sujetos.

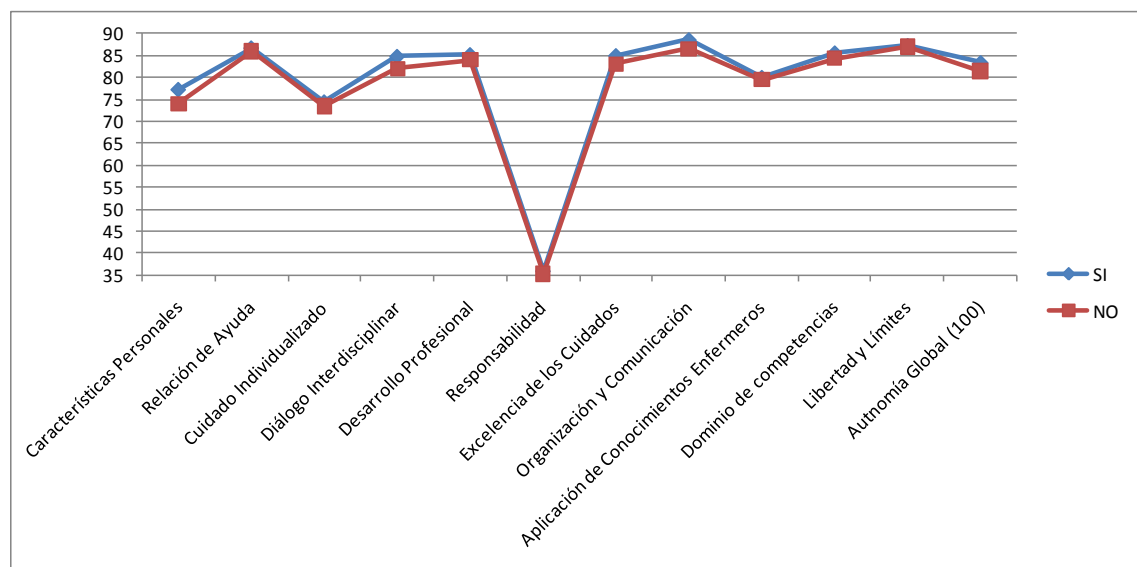


Gráfico 15: Medias por la variable *experiencia profesional* en las diferentes sub-escalas y autonomía global

A continuación se muestran los resultados, del contraste de la variable *experiencia profesional* en los estudiantes con respecto a las diferentes sub-escalas y Autonomía Global. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la sub-escala *características personales* por efecto de la variable *experiencia profesional*.

Experiencia profesional	t	gl	P
Características Personales	2,788	164	0,006
Relación de Ayuda	0,547	169	0,585
Cuidado Individualizado	0,665	169	0,507
Diálogo Interdisciplinar	1,596	170	0,112
Desarrollo Profesional	0,577	171	0,564
Responsabilidad	1,530	170	0,128
Excelencia de los Cuidados	0,833	169	0,406
Organización y Comunicación	1,340	170	0,182
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	0,413	169	0,680
Dominio de las Competencias	0,714	168	0,476
Libertad y Límites	0,172	170	0,864
Autonomía Global (100)	1,584	153	0,115

Tabla 31: Prueba de t de Student para el contraste del efecto de la *experiencia profesional* en las sub-escalas y autonomía global (grupo de estudiante)

Dicha significación puede observarse en el gráfico siguiente:

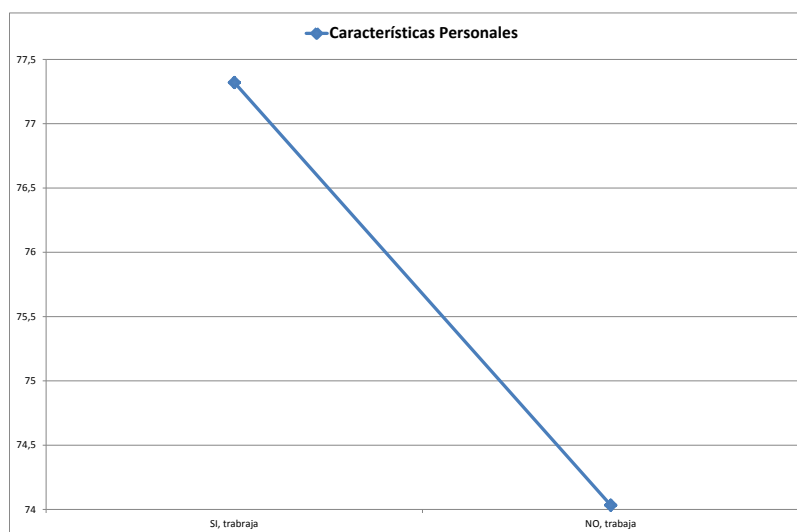


Gráfico 16: Media en la sub-escala características personales según la *experiencia profesional*

Repetimos los mismos estadísticos para estudiar al grupo de profesionales. En la tabla 32 se refleja, para cada una de las sub-escalas y autonomía global, la media y desviación típica en función del sexo.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.
Características Personales	Hombre	6	71,6667	7,84007
	Mujer	40	76,2500	10,25008
Relación de Ayuda	Hombre	6	80,0000	7,87660
	Mujer	40	81,5714	12,64497
Cuidado Individualizado	Hombre	6	74,4444	8,04309
	Mujer	41	72,8997	7,25581
Diálogo Interdisciplinar	Hombre	6	86,6667	9,35236
	Mujer	41	84,1951	13,02156
Desarrollo Profesional	Hombre	6	88,3333	8,16497
	Mujer	41	80,6098	12,15499
Responsabilidad	Hombre	6	36,3333	2,87518
	Mujer	39	34,2308	4,19562
Excelencia de los Cuidados	Hombre	6	83,7500	5,18411
	Mujer	39	79,1026	14,20581
Organización y Comunicación	Hombre	6	87,2222	6,46930
	Mujer	40	82,1667	18,15649
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	Hombre	6	77,5000	7,07107
	Mujer	38	75,5263	15,40180
Dominio de las Competencias	Hombre	6	79,3333	3,93277
	Mujer	41	77,2683	19,96876
Libertad y Límites	Hombre	6	85,0000	6,32456
	Mujer	41	81,3415	19,39795
Autonomía Global (100)	Hombre	6	81,2162	4,60809
	Mujer	35	79,3977	10,12619

Tabla 32: Media y desviación típica por sexo en sub-escalas y autonomía global (grupo de profesionales)

Los resultados, con respecto a la influencia de la variable sexo en las diferentes sub-escalas y la autonomía global, de la prueba t de Student muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas, como puede verse en la siguiente tabla.

Sexo	t	gl	P
Características Personales	-1,046	44	0,301
Relación de Ayuda	-0,294	44	0,770
Cuidado Individualizado	0,481	45	0,633
Diálogo Interdisciplinar	0,446	45	0,657
Desarrollo Profesional	1,500	45	0,141
Responsabilidad	1,180	43	0,245
Excelencia de los Cuidados	0,787	43	0,436
Organización y Comunicación	0,670	44	0,506
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	0,306	42	0,761
Dominio de las Competencias	0,250	45	0,803
Libertad y Límites	0,455	45	0,652
Autonomía Global (100)	0,429	39	0,670

Tabla 33: Prueba t de Student para el contraste del efecto del sexo en sub-escalas y autonomía global (grupo de profesionales)

Con respecto a las variables, *años en el servicio, años en el hospital y años de ejercicio profesional* se han realizado análisis no paramétricos. Los resultados que se muestran a continuación corresponden a la prueba de Kruskal-Wallis como estadísticos de contraste. Viendo en las tablas siguientes, que la prueba de significación para las tres variables no tienen efecto en ninguna de las sub-escalas, ni tampoco para la autonomía global.

<i>Años en el servicio</i>	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Características Personales	2,167	7	0,950
Relación de Ayuda	7,752	7	0,355
Cuidado Individualizado	11,767	7	0,108
Diálogo Interdisciplinar	2,661	7	0,915
Desarrollo Profesional	7,501	7	0,379
Responsabilidad	8,093	7	0,324
Excelencia de los Cuidados	6,212	7	0,515
Organización y Comunicación	3,888	7	0,793
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	5,574	7	0,590
Dominio de las Competencias	4,011	7	0,778
Libertad y Límites	4,820	7	0,682
Autonomía Global (100)	4,048	7	0,774

Tabla 34: Estadístico de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para el efecto de *años en el servicio* en sub-escalas y autonomía global

<i>Años en el Hospital</i>	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Características Personales	4,781	7	0,687
Relación de Ayuda	4,480	7	0,723
Cuidado Individualizado	2,901	7	0,894
Diálogo Interdisciplinar	4,618	7	0,706
Desarrollo Profesional	2,500	7	0,927
Responsabilidad	2,408	7	,934
Excelencia de los Cuidados	2,354	6	0,884
Organización y Comunicación	5,963	7	0,544
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	6,336	6	0,387

<i>Años en el Hospital</i> (Continuación)	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Dominio de las Competencias	2,468	7	0,930
Libertad y Límites	4,642	7	0,704
Autonomía Global (100)	3,089	6	0,798

Tabla 35: Estadístico de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para el efecto de *años en el hospital* en sub-escalas y autonomía global

<i>Años de ejercicio profesional</i>	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Características Personales	7,006	6	0,320
Relación de Ayuda	5,247	6	0,513
Cuidado Individualizado	3,439	6	0,752
Diálogo Interdisciplinar	9,248	6	0,160
Desarrollo Profesional	6,206	6	0,400
Responsabilidad	6,317	6	0,389
Excelencia de los Cuidados	7,250	6	0,298
Organización y Comunicación	7,848	6	0,249
Aplicación de Conocimientos Enfermeros	4,181	6	0,652
Dominio de las Competencias	6,305	6	0,390
Libertad y Límites	5,528	6	0,478
Autonomía Global (100)	6,223	6	0,399

Tabla 36: Estadístico de contraste de la prueba de Kruskal-Wallis para el efecto de *años de ejercicio profesional* en sub-escalas y autonomía global

Así se comprueba que las tres variables no tienen ningún efecto sobre las diferentes sub-escalas y la autonomía global, esto puede observarse con más detalle en el Anexo 26.

No obstante, como se intuía que la variable *experiencia profesional* incluye a las variables *años en el servicio*, *años en el hospital* y *años de ejercicio profesional*, y que las tres estaban relacionadas, se realizó un análisis de conglomerados jerárquicos que creará grupos o perfiles de profesionales en función de estas tres variables. Los resultados del análisis de estas variables se pueden ver en el Anexo 27.

Los perfiles profesionales resultantes de los conglomerados, han permitido poner las siguientes etiquetas a los grupos: *veteranos* los profesionales que llevan más de treinta años de ejercicio profesional, *consolidados* los profesionales que llevan más de diez años, *iniciados* los profesionales que llevan más de cuatro años y *recién llegados* los profesionales que llevan menos de tres años de ejercicio profesional.

Se ha realizado una prueba no paramétrica donde se estudia el efecto de la variable *experiencia profesional* en los cuatro grupos, en las diferentes sub-escalas y en la escala de autonomía global.

En el análisis no paramétrico los resultados indican que no hay efecto de estas variables en ninguna de las sub-escalas ni en autonomía global. No obstante si observamos la tabla 37 de medias y desviaciones típicas, tal y como indican los estudios, se aprecia que aunque no existen diferencias estadísticamente significativas por efecto de esta variable, si se distingue que el grupo de *veteranos* –profesionales con más experiencia– obtienen una media más alta en la escala global y en las siguientes sub-escalas: CP, CI, DE, RE, EX, OR, AP, DC. Únicamente en LL y DI no están claras las diferencias (sí con los *recién llegados* que obtienen la puntuación más baja sistemáticamente). La única excepción se da en la escala de relación de ayuda, donde son los *recién llegados* los que más puntuación obtienen y los *veteranos* los que menos. Esta misma información se ofrece de forma gráfica a continuación de la mencionada tabla.

		N	Media	Desviación típica
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
Autonomía Global (100)	Veteranos/as	7	83,2046	11,29483
	Consolidados/as	7	79,5753	4,51941
	Iniciados/as	8	79,2568	8,96822
	Recién Llegados/as	6	76,0811	13,86226
	Total	28	79,6429	9,77136
Características Personales	Veteranos/as	7	80,0000	13,21615
	Consolidados/as	8	74,5000	8,26352
	Iniciados/as	9	70,6667	8,36660
	Recién Llegados/as	7	75,7143	10,79682
	Total	31	74,9032	10,22205
Relación de Ayuda	Veteranos/as	7	80,4082	14,51516
	Consolidados/as	8	83,2143	8,83110
	Iniciados/as	9	83,1746	12,57179
	Recién Llegados/as	7	85,3061	7,98444
	Total	31	83,0415	10,86555
Cuidado Individualizado	Veteranos/as	7	74,9206	9,83102
	Consolidados/as	8	73,3333	8,22951
	Iniciados/as	9	74,8148	5,77350
	Recién Llegados/as	7	73,6508	6,71937
	Total	31	74,1935	7,31822
Diálogo Interdisciplinar	Veteranos/as	7	86,2857	10,54695
	Consolidados/as	8	86,5000	7,98212
	Iniciados/as	9	87,1111	10,34945
	Recién Llegados/as	7	80,0000	24,00000
	Total	31	85,1613	13,74796
Desarrollo Profesional	Veteranos/as	7	85,0000	11,54701
	Consolidados/as	8	81,8750	7,98995
	Iniciados/as	9	79,4444	15,29797
	Recién Llegados/as	7	81,4286	14,05770
	Total	31	81,7742	12,14828

(Continuación)		N	Media	Desviación típica
		Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
Responsabilidad	Veteranos/as	7	35,2857	4,11154
	Consolidados/as	8	35,1250	2,16712
	Iniciados/as	9	34,2222	3,89801
	Recién Llegados/as	6	32,8333	7,25029
	Total	30	34,4333	4,32860
Excelencia de los Cuidados	Veteranos/as	7	84,6429	11,49534
	Consolidados/as	8	80,6250	7,64736
	Iniciados/as	8	78,7500	11,49534
	Recién Llegados/as	6	74,5833	20,58013
	Total	29	79,8276	12,79877
Organización y Comunicación	Veteranos/as	7	87,1429	14,71061
	Consolidados/as	8	81,2500	7,33279
	Iniciados/as	9	85,5556	11,54701
	Recién Llegados/as	6	75,0000	28,26462
	Total	30	82,6667	15,88754
Aplicación de Conocimientos	Veteranos/as	7	83,2143	12,88687
	Consolidados/as	7	77,1429	4,66114
	Iniciados/as	8	79,0625	13,42556
	Recién Llegados/as	7	69,6429	16,98213
	Total	29	77,3276	13,09190
Dominio de las Competencias	Veteranos/as	7	85,1429	11,48083
	Consolidados/as	8	78,0000	7,70899
	Iniciados/as	9	80,0000	12,32883
	Recién Llegados/as	7	62,8571	36,12676
	Total	31	76,7742	20,17046
Libertad y Límites	Veteranos/as	7	87,8571	11,85227
	Consolidados/as	8	83,1250	7,98995
	Iniciados/as	9	88,3333	10,30776
	Recién Llegados/as	7	71,4286	28,09423
	Total	31	83,0645	16,56691

Tabla 37: Media y desviación típica por la variable *experiencia profesional* en las diferentes sub-escalas y en autonomía global

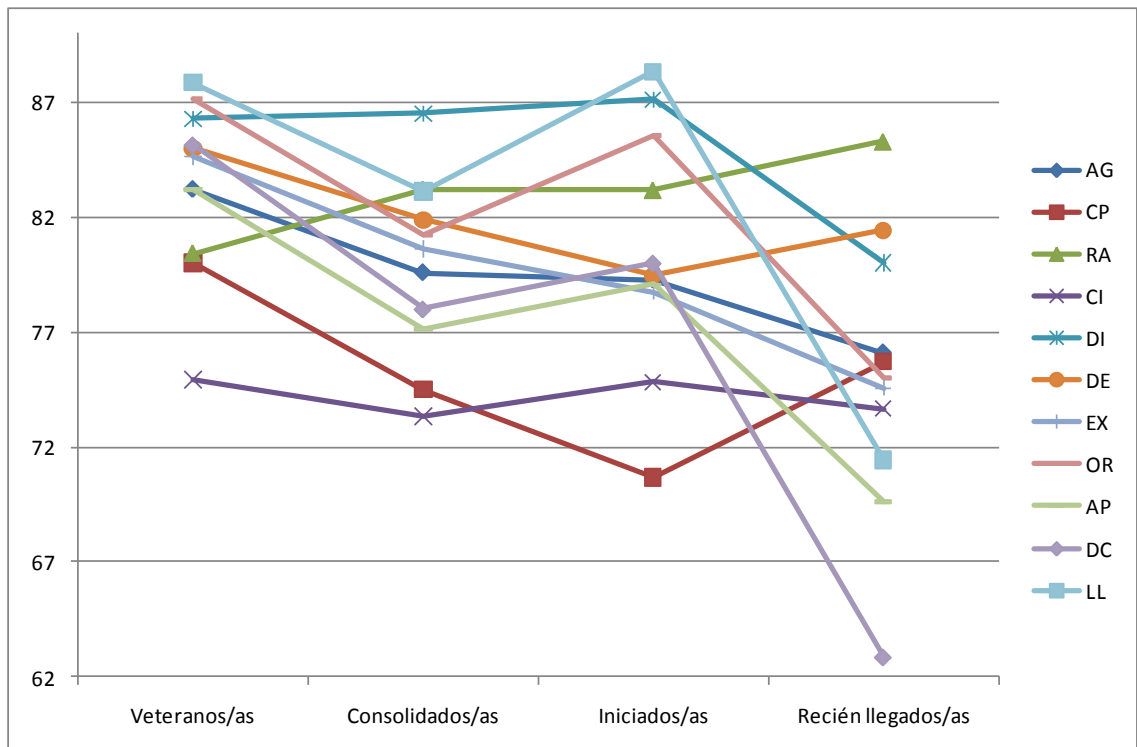


Gráfico 17: Media de las diferentes sub-escalas por la variable *experiencia profesional*

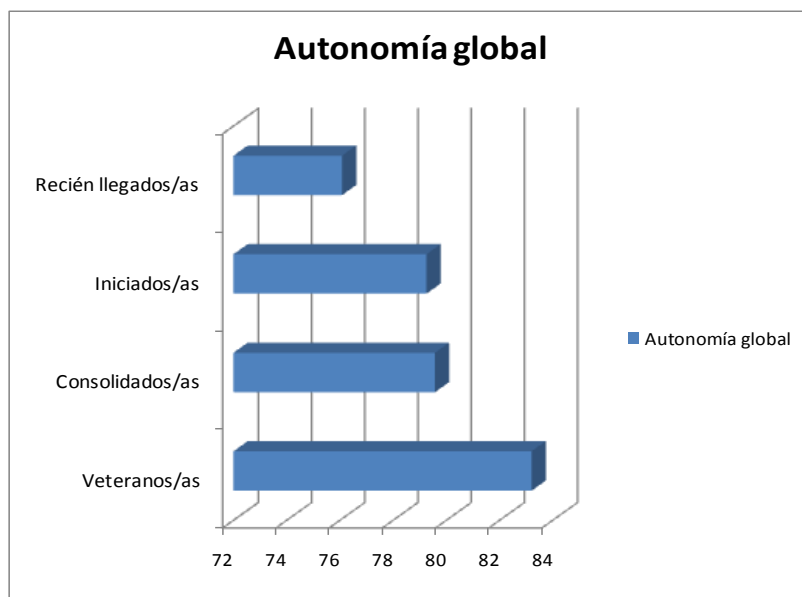


Gráfico 18: Media de autonomía global por la variable *experiencia profesional*

IV. DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

La importancia de las prácticas en el sistema pedagógico está sustentada, entre otras, por la teoría humanista de (Rogers y Vetrano, 1975), que centra la educación en el alumno y que tiene como uno de sus principios que “la mayor parte del aprendizaje significativo se logra mediante la práctica”. Estos principios se refuerzan aún más con la teoría de (Dewey, 1960) sobre “el aprender haciendo”. Dichos fundamentos sirvieron de arranque para el objetivo de la presente tesis, en la que se pretende incidir en la importancia que las prácticas tienen en el aprendizaje y desarrollo de la autonomía enfermera, ya que estos períodos prácticos suponen para el alumno una inmersión en lo que será su espacio profesional futuro. Como afirman los teóricos del desarrollo psicosocial, las prácticas clínicas enfrentan a los estudiantes al importante desafío de construir un sentido claro y sólido de identidad (traducido en la conquista de niveles crecientes de autonomía) (Soares, et al., 2007: 762).

El nuevo paradigma educativo unido a la implantación de los estudios de Grado, exigen un cambio metodológico, orientando la enseñanza hacia el aprendizaje del alumno y la adquisición de competencias. Todo esto en respuesta a los cambios en cuanto a demandas de los sistemas de salud cada día más sofisticados y complejos, lo que aumenta las responsabilidades de los profesionales de enfermería (Mailloux, 2006: 579).

Como se ha comentado en diferentes apartados de esta tesis, la autonomía es considerada como el componente esencial de la práctica profesional (Kramer y Schmalenberg, 2008: 60). Aunque la competencia es un precursor necesario para la autonomía en la práctica clínica, puede aceptarse que la adquisición de competencias, por sí sola, no garantiza el ejercicio de la autonomía, por lo que será necesario su impulso desde el compromiso concreto con la tarea de la transformación educativa. Es decir, si cuidar es la esencia de la práctica y la enseñanza de enfermería, en consecuencia, los profesores deben mostrar y transmitir un comportamiento de cuidado con los estudiantes. Los cuidados y la autonomía clínica están interrelacionados. Por tanto, para dotar a las enfermeras profesionales de habilidades y destrezas que les preparen para enfrentarse a los retos vigentes y futuros en su

trabajo “el componente actitudinal de autonomía profesional en enfermería debe ser reconocido como un resultado esencial del proceso de educación en enfermería” (Kramer y Schmalernberg, 2004: 370).

En la presente tesis se ha puesto en práctica una intervención didáctica y se ha hecho el seguimiento de los estudiantes mediante cuestionario, para cuantificar su repercusión en la percepción del grado de autonomía alcanzada durante sus prácticas clínicas. Es durante las prácticas, cuando los estudiantes se enfrentan al desafío de construir un sentido claro y sólido de identidad profesional, por lo que se considera oportuno redundar en este aspecto.

Los estudios sobre autonomía hallados en la literatura, realizados en estudiantes de Escuelas Universitarias de Enfermería y en profesionales de esta disciplina, están basados generalmente en la percepción de dichos estudiantes sobre su nivel de autonomía personal y profesional. En algunos de estos estudios se constata la relación del grado de autonomía logrado con los curricula y la metodología pedagógica utilizada (Mailloux, 2006: 583-584; Karagozüglö , 2008: 74).

Se entiende que la metodología utilizada en esta investigación se adecua al tema tratado, dado que la mayoría de los estudios efectuados sobre la autonomía en el ámbito educativo, utilizan el cuestionario como herramienta principal. Por otra parte, estudios cualitativos llevados a cabo con la técnica del “Focus group” y la “Entrevista en profundidad” se utilizan preferentemente con profesionales (Kramer y Schmalenberg, 2003b: 15; Converse, 2005; Quilchano y Sánchez, 2004; Tapp, et al., 2005: 122).

Convenido es, que el tipo de autonomía que se está cuantificando en este proyecto, se corresponde con la autonomía personal y clínica desde la percepción del estudiante. Una de las principales hipótesis a comprobar, es el efecto que se obtendrá en los estudiantes de segundo curso de enfermería durante las prácticas clínicas, a partir de la intervención didáctica propuesta, respecto a su percepción del grado de autonomía global alcanzado y en las once dimensiones estudiadas.

Dado que un estudio de cohorte no excluye automáticamente la selección de la muestra (Cook y Campbell, 1979), el diseño ganará fuerza adicional si los datos demuestran que los grupos experimentales y de control no difieren, sistemáticamente, respecto a la fiabilidad en la medición de las variables intervinientes que podrían ser consideradas como efecto de la intervención didáctica (Ertesvåg y Vaaland, 2007: 719). En la presente investigación no hubo ningún sesgo de selección y las variables intervinientes fueron similares en los grupos experimental y control en todas las mediciones.

Los miembros de los diferentes grupos no fueron expuestos a ninguna condición inusual que pudiera afectar a su comportamiento, y su pertenencia al grupo experimental o control se hizo de forma aleatoria. Además, los sujetos del grupo control demuestran la misma percepción de su autonomía en todas las dimensiones que los grupos experimentales, presentando ambos un ascenso positivo. No se encontró evidencia de sesgo de selección.

Cuando la observación se realiza en una investigación experimental, como técnica de recogida de datos, la selección de la muestra y el número de sujetos que la forman sigue el criterio del procedimiento experimental. El objetivo, en la selección de la muestra, es que sea representativa de la población, para poder extrapolar los resultados obtenidos a la población de referencia. “La observación, en estos casos, se puede realizar sobre grupos formados aleatoriamente, sobre un grupo elegido al azar o sobre un sujeto, diseño de caso único” (Suen y Ary, 1989). En nuestro caso la muestra⁽⁵⁶⁾ corresponde al total del universo poblacional –los sujetos de estudio son los alumnos de 2º curso–, todos ellos en su período de prácticas clínicas, siguiendo una misma metodología de prácticas a excepción de la intervención didáctica, como ya se ha hecho referencia en varias ocasiones a lo largo de este documento. En esta

⁵⁶ “Con respecto al muestreo, es el investigador el que en base a su conocimiento del universo selecciona aquellos casos que cumplen una o más condiciones que necesita (...). Si el conocimiento que el investigador tiene de universo adecuado (Axioma 1), si los casos reúnen las características que ha definido previamente (Axioma 2), y si toma un número grande de casos (Ley), los resultados tendrán una mayor probabilidad de acercarse al parámetro que de alejarse (Teorema); y podrá legítimamente tomar decisiones con los resultados aunque los casos no hayan sido seleccionados al azar, es decir, aunque no esté en condiciones de indicar cuanto error muestral o nivel de significación contienen sus datos, cumplirá todos los requisitos para generalizar los resultados” {{235 Mandujano Bustamante, F. 1998}} (:12).

investigación, al trabajar con toda la población, los estadísticos se refieren más a parámetros poblacionales que a estadísticos propiamente dichos. En definitiva, en esta investigación no hay contexto de generalización. Al mismo tiempo, se reconoce que la población estudiada está compuesta por un grupo reducido de sujetos, lo que podría ser considerado como una limitación.

A través de las técnicas de muestreo seleccionamos los segmentos de la conducta que nos interesa estudiar, siempre que estos sean representativos del total. (Hernández, et al., 1998: 169). Así mismo, “necesitamos recurrir a diferentes técnicas según que el objeto de observación sea: una situación de evento (conducta fugaz) o una situación de estado, que implica una cierta continuidad”. (Anguera, 1985: 57). Nuestro muestreo con respecto al registro es de tiempo, siguiendo la clasificación de (Fassnacht, 1982), también se ha realizado un diseño secuencial con diseño de grupos y su seguimiento.

Para evitar los sesgos contextuales (materia, tamaño de la clase, estructura del grupo, el momento del día o de la semana, etc.), se realizó una descripción pormenorizada del contexto previa a la observación. Para las mediciones se tuvieron en cuenta por un lado que las condiciones de la recogida de los datos fueran similares –los mismos días, y en el mismo momento, durante las sesiones clínicas–, y por otro, que fuera la misma persona la encargada de ofrecer y recoger la información.

Puesto que la observación se realizó a través de un cuestionario de cumplimentación autónoma, se puede deducir que no influyó el observador en los datos finales (Mandujano, 1998: 12). Conviene destacar que todos los sujetos observados obtienen un ascenso en cuanto a su percepción del ejercicio de autonomía, tanto en las diferentes sub-dimensiones como en global (Experimental 1 $t^1=76,4726$; $t_4=84,7945$) (Experimental 2 $t_1=71,7123$; $t_4=85,7534$) (Control $t_1=72,0126$; $t_4=83,1823$). Podría pensarse que estos resultados son debidos a que existe algún tipo de sesgo, probablemente de maduración profesional. Otra explicación factible sería atribuir estas modificaciones a la metodología docente de la EUE La Fe durante las prácticas clínicas: seminarios, diario reflexivo, estudio de casos extraídos de la propia

práctica, tutorías y la observación directa y participativa de la profesora en los escenarios clínicos.

Otro posible sesgo, sería debido al tamaño del cuestionario y la repetición de su cumplimentación –cuatro veces en diferentes mediciones–, lo que puede haber influido en la concienciación de la importancia de la autonomía en todos los sujetos de la investigación y por tanto contribuir a los resultados finales de todos los grupos. No obstante, no consideramos que este sesgo haya influido significativamente en los resultados finales, dada la motivación para colaborar y la alta participación demostrada por todos los estudiantes participantes.

En la misma línea de análisis, para evitar los sesgos metodológicos, se han seguido criterios de identificación, validación y practicabilidad (Hernández, et al., 1998: 179), que aseguran la fiabilidad de los resultados.

De lo dicho anteriormente, se deduce que entre las fortalezas de la presente investigación se puede considerar el propio diseño de la misma, al ser longitudinal con toda la población, lo que ha permitido observar y cuantificar todos los cambios sucedidos durante la misma. Otra fortaleza a tener en cuenta, es el haber realizado paralelamente el diseño de otro estudio observacional de corte transversal, que nos permite evaluar y comparar los resultados de nuestra muestra, con la percepción de autonomía alcanzada por otros grupos.

La principal hipótesis a comprobar en esta observación es la incidencia que la intervención didáctica, llevada a cabo durante las prácticas clínicas, ejerce en la percepción que los estudiantes de 2º curso de enfermería de la EUE La Fe, tienen sobre su nivel de autonomía alcanzado, tanto de modo global como en sus diferentes dimensiones.

Se ha podido constatar el impacto significativo que dicha intervención tiene en los niveles de autonomía con que los estudiantes del grupo experimental finalizan su período práctico, en concreto en la dimensión de características personales, que correspondería con la definición de autonomía personal ($F=2,928$; $p=0,013$). Dicha dimensión es de gran importancia porque puede suponer una forma positiva de

independencia que refleje “un sentido claro seguro y estable de sí mismo, manifestando comportamientos coordinados e intencionales en la consecución de determinados objetivos personales y/o sociales. Refleja, así mismo, la idea de la interdependencia [...] que un individuo autónomo reconoce y acepta su interrelación con los otros” (Chickering y Reisser, 1993: 72). Por otra parte, se ha evidenciado que cuanto más tempranamente se inicia la intervención –lo que significa un periodo más largo de concienciación del ejercicio de su autonomía– motiva que el grupo experimental 1 obtenga las cotas más altas en t_3 (Media CP= 81,75). La ascensión se produce de forma tan rápida que tiene un ligero descenso en t_4 , aunque sigue manteniendo las cotas más altas de todos los grupos estudiados.

Si consideramos los efectos en función de las diferentes dimensiones de la autonomía, los resultados del estudio sugieren que los estudiantes poseen percepciones positivas con respecto a la mayoría de ellas. Destaca el alto grado de autonomía alcanzado por ambos grupos experimentales uno y dos, respecto a la dimensión de: DE (*desarrollo profesional*). En lo que concierne a los resultados de RA (*relación de ayuda*), RE (*responsabilidad*) y OR (*organización*), destaca con cifras más altas el grupo experimental 2, en la última medición. En cuanto a las dimensiones de CI (*cuidado individualizado*), DI (*diálogo interdisciplinar*) y AP (*aplicación de conocimientos enfermeros*), se observan cifras más bajas, en los tres grupos estudiados. Aunque en ninguno de los casos planteados las diferencias son significativas.

Si bien todos los grupos aumentan en su nivel de percepción de autonomía global alcanzado, llama la atención, sin embargo, que no existe relación significativa entre el aumento en la percepción del grado de autonomía y la intervención didáctica utilizada durante las prácticas clínicas. Una posible explicación a este hecho podría ser el corto tiempo de aplicación de la técnica didáctica.

Por otra parte, en lo que concierne a los resultados de autonomía global, se observa que el grupo control sigue una tendencia similar en los dos periodos de prácticas, es decir, se produce un descenso de su autonomía coincidiendo con el cambio de servicio. Por el contrario, en los dos grupos experimentales, destaca que no

sólo, no se produce el descenso, sino al contrario, la tendencia es al alza (Experimental 1 $t_2=80,9932$; $t_3=85,9932$) (Experimental 2 $t_2=79,3493$; $t_3=82,6370$) (Control $t_2=79,4521$; $t_3=77,4921$), aunque, como en otros casos, las diferencias no son estadísticamente significativas, los valores tienen una diferencia reseñable que cabría atribuir a la intervención didáctica. Resaltan las cuotas elevadas que alcanza el grupo Experimental 1, durante la tercera medición.

Como hemos observado, los alumnos de la EUE La Fe van aumentando su nivel de autonomía percibido, a medida que van cubriendo etapas formativas, contrariamente a lo que observa en el estudio de (Karaagozüglö, 2009: 179) “los niveles de autonomía de los estudiantes de primer año de educación fueron mayores que los del segundo, tercero y cuarto año”. Este contraste, podría deberse tanto a la intervención didáctica llevada a cabo en los grupos experimentales, como a la metodología pedagógica utilizada en los períodos de prácticas clínicas.

Respecto al efecto que podrían tener determinadas variables intervinientes tales como *sexo*, *experiencia profesional* y *trabajo actual* en las características personales y autonomía global se puede mantener que ninguna de las tres variables contribuye a explicar diferencias significativas en la Autonomía Global o Características Personales por efecto de las variables intervención * *grupo*.

Refiriéndonos a los datos obtenidos en el estudio transversal, los resultados pueden significar que el proceso formativo recibido genera diferencias con respecto a la percepción del grado de autonomía alcanzado, tanto en las diferentes dimensiones observadas, como en su vertiente global. De los cuatro grupos estudiados, el grupo que tiene una percepción más alta de autonomía, en la mayor parte de subdimensiones es el grupo experimental, seguido del grupo control, alumnos de tercer curso de la EUE La Fe y alumnos de la UCV, quedando en último lugar los profesionales.

Adicionalmente, y de acuerdo con lo que sería esperado, esta situación puede ser entendida si consideramos el grupo de profesionales, dado que numerosos estudios advierten de que las enfermeras se quejan del bajo nivel de autonomía que tienen en sus puestos de trabajo y demandan mayor poder de decisión y mayor

respaldo por parte de los gestores y de la propia organización (Kramer y Schmalenberg, 2003a: 441; Kramer y Schmalenberg, 2003b: 17; Montón, 2008). La literatura, también destaca que una posible causa de este bajo nivel de autonomía podría ser debida a la confusión existente con respecto al significado e implicaciones del concepto (Weston, 2009:91). Sería importante estudiar más ampliamente e incidir en las causas que motivan esta situación, ya que algunos estudios evidencian que “los estudiantes de enfermería perciben la competencia clínica influenciada también positivamente por las actitudes de autonomía de los profesionales de enfermería”. Además,. “el aprendizaje del cuidado está influenciado por experiencias de cuidado, así como, comportamientos y sucesos que son percibidos como de no-cuidado [...] sugiere que muchos estudiantes perciben a sus instructores como no-cuidadores” (Wade, 2004: 122-123).

Por el contrario, no se hallan explicaciones claras que justifiquen las diferencias encontradas en el grupo de tercero de la EUE “La Fe”, con respecto a los grupos pertenecientes al segundo curso. Dos podrían ser las causas, por una parte –como se ha comentado anteriormente– hay estudios que evidencian el mismo fenómeno; es decir, que los alumnos de cursos inferiores muestran más autonomía que los de superiores (Karagozüglő, 2009: 186). Otra causa, que estaría en contraposición con la primera, sería el efecto que tanto la intervención didáctica como el propio pase de la encuesta –con el probable ejercicio de auto-evaluación y reflexión que supone– tienen sobre los grupos experimentales y control participantes en el estudio longitudinal.

Con respecto a los alumnos de la UCV, no hay datos suficientes (ya que la muestra es muy pequeña) para explicar el resultado que refleja el presente estudio, simplemente destacar que los resultados obtenidos manifiestan una tendencia muy parecida –ligeramente superior– a la representada por los profesionales enfermeros encuestados.

En cuanto a los resultados obtenidos en las diferentes sub-dimensiones, ha sido posible constatar que existen diferencias estadísticamente significativas por efecto de la variable *grupo*, con respecto a la percepción del grado de autonomía alcanzado por los estudiantes de enfermería y los profesionales enfermeros, en las variables:

Relación de Ayuda, Cuidado Individualizado, Aplicación de Conocimientos Enfermeros y Dominio de las competencias. Relacionadas todas ellas con el cuidado como eje fundamental y esencia de la enfermería, que va más allá de la competencia técnica.

Sólo ha sido posible constatar empíricamente la diferencia obtenida para el caso de la variable *Cuidado Individualizado*, cuyas desigualdades son atribuibles, principalmente, a las diferencias significativas encontradas entre dos grupos: estudiantes del grupo experimental de 2º curso de la EUE La Fe y los estudiantes de 2º curso UCV. Este hallazgo adquiere relevancia, ya que como sostienen (Loving, 1993: 418; Watson, 1988a: 425) una base de conocimiento fuerte y la competencia capacitan a los estudiantes para proporcionar cuidados centrados en el paciente, que es la esencia de la autonomía profesional de enfermería. Con respecto a las otras tres subdimensiones las diferencias son globales y no se pueden atribuir a ningún grupo en particular.

Respecto a la variable *responsabilidad* se constata que obtiene la puntuación más baja, aunque similar en todos los grupos. Llama la atención dicho valor pues a lo largo de esta tesis se ha puesto el énfasis en que la autonomía va ligada indiscutiblemente a la responsabilidad.

En lo que concierne a los resultados de *autonomía global*, se observa que se repite el fenómeno descrito anteriormente, siendo los estudiantes de 2º curso de la EUE La Fe los que tienen más alta puntuación. Son los profesionales los que obtienen una puntuación más baja, lo que sigue concordando con los estudios hallados en la literatura mencionados anteriormente (Budge, et al., 2003: 68; Kramer y Schmalenberg, 2008: 60; Montón, 2008).

Con respecto a la influencia del contexto de los estudiantes de enfermería (edad, sexo, prioridad en la elección, experiencia laboral...) sobre la percepción de la autonomía, se puede afirmar que la variable *sexo* en las diferentes sub-escalas y la *Autonomía global*, no produce diferencias estadísticamente significativas. Así mismo, en ambos estudios y contrariamente a lo que sería esperado, la *edad*, al igual todo el

contexto estudiado en esta investigación (experiencia profesional y trabaja actualmente), tampoco tienen ningún efecto significativo.

Los resultados muestran que las variables: *años en el servicio*, *años en el hospital* y *años de ejercicio profesional*, no tienen ningún impacto sobre las diferentes sub-escalas y la *autonomía global*. No obstante, en el análisis de conglomerados jerárquicos se puede apreciar tal y como indican los estudios que, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas por efecto de esta variable, si se distingue que el grupo de *veteranos* –profesionales con más experiencia– obtienen una media más alta en la escala global y en las siguientes sub-escalas: CP, CI, DE, RE, EX, OR, AP, DC. Únicamente en LL y DI no están claras las diferencias –sí con los recién llegados que obtienen la puntuación más baja sistemáticamente–. La única excepción se da en la escala de relación de ayuda, donde son los *recién llegados* los que más puntuación obtienen y los *veteranos* los que menos, esto podría estar relacionado con la formación recibida.

No obstante, los resultados obtenidos nos permiten trazar un marco de referencia e indicadores que cuantifiquen el nivel de autonomía alcanzado por los estudiantes, al mismo tiempo que dote al estudiante de la competencia de actuar de forma autónoma, asumiendo sus responsabilidades, tomando decisiones independientes e interdependientes para el mejor interés de los pacientes (Ballou, 1998: 108; Finn, 2001: 355; Karagozüglö, 2009: 186; Kramer y Schmalenberg, 2008: 70).

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

V.1. CONCLUSIONES

Aunque no todos los resultados obtenidos en este estudio se pueden generalizar al conjunto de la población – todos los estudiantes de enfermería–, la relevancia del proyecto radica en que:

1. Certifica que la autonomía es una capacidad profesional imprescindible para el desarrollo profesional de las enfermeras y traza un marco de referencia.
2. Aporta un instrumento de medición de los indicadores de la percepción de autonomía global y sus consiguientes sub-escalas, en los estudiantes de enfermería.
3. Permite cuantificar el grado de autonomía alcanzado por los estudiantes durante sus prácticas clínicas.
4. Constata que la percepción de autonomía de los estudiantes de enfermería de la Escuela Universitaria La Fe, se incrementa durante la ejecución de las asignaturas prácticas, tanto como concepto global como en sus respectivas dimensiones.
5. Demuestra que la aplicación de una intervención didáctica específica –basada en una metodología reflexiva y de autoevaluación– a un grupo experimental produce diferencias significativas en el grado de autonomía alcanzado respecto a la dimensión características personales (CP), lo que nos hace suponer que se produce un aumento de la autonomía personal de los estudiantes del grupo experimental.
6. Se aprecia que la aplicación de una intervención didáctica produce un incremento –aunque, no es estadísticamente significativo– en la percepción de autonomía global y en las diferentes sub-dimensiones.
7. Acredita que existen diferencias con respecto a la percepción del grado de autonomía alcanzado por los estudiantes de enfermería y los profesionales

enfermeros, en función del proceso formativo recibido, con respecto a las sub-dimensiones de: *Relación de Ayuda, Cuidado Individualizado, Aplicación de Conocimientos Enfermeros y Dominio de las competencias*.

8. Se comprueba que existen diferencias respecto a la sub-dimensión de autonomía: *Cuidado Individualizado* entre los grupos de estudiantes pertenecientes a la EUE La Fe y los pertenecientes a la UCV.
9. Sugiere que la percepción en autonomía global es más alta en los estudiantes de 2º curso de la EUE La Fe que el resto de grupos participantes en el estudio.
10. Muestra que el contexto de los estudiantes de enfermería (edad, sexo, experiencia laboral, trabaja actualmente) no tiene un efecto sobre la percepción de la autonomía global y sus diferentes sub-dimensiones.
11. Permite intuir, que a mayor experiencia profesional corresponde mayor puntuación en la percepción de la autonomía global y las diferentes sub-escalas.
12. Propone la incorporación en la formación de los profesionales de enfermería de un “área de educación para la autonomía”, para que de modo transversal influya en la construcción de la identidad y el ejercicio profesional. Dicha área integrará la formación en gestión inteligente del conocimiento individual y colectivo – como fundamento de la adecuada gestión de los procesos y las tareas–, la gestión de la inteligencia emocional y la gestión del sistema de valores individuales y colectivos.

V. II. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La intervención aquí presentada, se enmarca dentro de los trabajos previos a la implantación del grado en la Titulación de Enfermería, fruto de la iniciativa de una profesora y no contemplada en la guía docente de la asignatura. De ahí que resulte deseable desarrollar dicha intervención didáctica, de manera más amplia e incluirla en la titulación de grado de enfermería, dentro de la materia de prácticas integradas por su importante aplicabilidad al conjunto de los estudiantes. Potenciando y

desarrollando la toma de conciencia y la importancia de la autonomía en el campo profesional.

Así como el ejercicio de la autonomía crece en la medida que se produce una maduración del individuo, lo mismo ocurre a nivel profesional. La enfermería es joven en su andadura como profesión, por eso es de vital importancia analizar la situación actual para marcarnos retos de futuro.

Como ya se ha señalado anteriormente, los resultados presentados deben entenderse únicamente como un paso previo para un modelo de mayor envergadura que trabaje con toda la materia de prácticas tuteladas. Si se acepta que los estudiantes aprenden el cuidado por medio de la observación de los comportamientos, tanto de los profesores como de los profesionales, se deberá facilitar a los estudiantes espacios de reflexión en los que se pueda analizar y dialogar sobre esos comportamientos.

Asimismo, es necesario que los profesores de enfermería adopten formas de ser cuidadoras, para alimentar y proporcionar competencias que favorezcan el cuidado, ya que “las relaciones de confianza, no amenazantes, entre los profesores y los estudiantes, motivan a los estudiantes para adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para proporcionar cuidados de enfermería individualizados y competentes” (Loving, 1993: 420). Esto puede contribuir a la mejora y al cambio de la formación de las enfermeras durante su práctica clínica de forma significativa (dimensión de toma de decisiones). Como consecuencia podrá dotar al profesional de instrumentos que potencien su motivación y satisfacción. Al mismo tiempo que sirvan para cultivar en el profesional el gusto por la responsabilidad y la excelencia.

En vista de los resultados obtenidos, se abren para el futuro líneas de investigación en el marco estudiantil y profesional. Para los estudiantes, sería de vital importancia establecer un área transversal de autonomía, teniendo en cuenta en todas las materias la creación de espacios que la construyan y potencien. Un instrumento importante, entre otros, sería la incorporación de la intervención presentada en este trabajo, ampliándola de manera que se incluya en el desarrollo de las prácticas integradas. Otro paso imprescindible sería investigar, sobre la evolución en la

percepción del grado de autonomía global y sus diferentes sub-escalas, en otros contextos universitarios y profesionales.

Finalmente, sería útil la confección de una herramienta como una “check-list” que permita, tanto a los estudiantes como a los profesionales, autoevaluarse y les motive en el ejercicio de la autonomía. Esto potenciará su motivación y satisfacción, al mismo tiempo que servirá para cultivar la identidad profesional y el gusto por la responsabilidad y la excelencia. Todo ello contribuirá a la mejora continua y a la calidad de los cuidados enfermeros prestados.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, A. (1988). *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Adams, C. E., McGinnis, S., Murdock, J. E., Valigia, T. M., y Wolfertz, J. R. (2007). *Trends in registered nurse education programs: A comparison across three points in time: 1994, 1999, 2004*. Disponible en: <http://www.nln.org/aboutnln/nursetrends.htm>
- AERA, APA, y NCME (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Disponible en: <http://www.apa.org/science/programs/testing/order-standards.pdf>
- Agencia de Calidad del SNS (2006). En Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Plan de calidad para el sistema nacional de salud*. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>
- Allueva Torres, P. (2010). *Aprender a pensar y enseñar a pensar: desarrollo del pensamiento creativo*. Material no publicado.
- Alonso, C. M., Gallego, D. J., y Honey, P. (2002). *Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora*. (5ª ed.). Bilbao: Mensajero.
- Alpuente, D. (2008). *Manual de competencias clave para el trabajo en equipo*. Material no publicado.
- Álvarez Rojo, V., y Lázaro Martínez, A. (2002). *Calidad de las universidades y orientación universitaria*. Archidona- Málaga: Aljibe.
- ANECA (2004). En Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (Ed.), *Libro blanco. Proyecto de la titulación de enfermería*. Disponible en: http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Anguera, M. T. (1985). *Metodología de la observación de las ciencias humanas*. (3ª ed.). Madrid: Cátedra.
- Baier, A. (1985). *Postures of the mind*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ballou, K. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing*, (14), 102-10.
- Barber, L. W. (1997). Autoevaluación. En J. Millman, y L. Darling-Hammond (Eds.), *Manual para la evaluación del profesorado*. Madrid: La Muralla S.A.
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2002). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, C.A.: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería: manual de comportamiento profesional*. (1ª ed.). Barcelona: Grijalbo.
- Biley, F. C., y Smith, K. L. (1998). The buck stops here: Accepting responsibility for learning and actions after graduation from a problem-based learning nursing education curriculum. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (5), 1021-29.
- Bjørk, I. T., Samdal, G. B., Hansen, B. S., Torstad, S., y Hamilton, G. A. (2007). Job satisfaction in a norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (5), 747-57. Disponible en: <http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/16504197/abstract>

- Boughn, S. (1992). Nursing students rank high in autonomy at the exit level. *Journal of Nursing Education*, 31 (2), 58-64.
- Breaugh, J. A. (1985). The measurement of work autonomy. *Human Relations*, (38), 551-70.
- Brown, A. L. (1978). Knowing when, where and how to remember. A problem of metacognition. En R. Glaser (Ed.), *Advances in instructional psychology*, (77-165). Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Budge, C., Carryer, J., y Wood, S. (2003). Health correlates of autonomy control and professional relationships in the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 260-68.
- Bunk, G. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Europea de Formación Profesional*, (1), 8-14.
- Busquets Surribas, M., y Caïs Fontanella, J. (2006). La información sanitaria y la participación activa de los usuarios. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, (13), 1-157. Disponible en: http://www.fundaciogrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/dD10/_/_/5vd/13-La-informaci%C3%B3n-sanitaria-y-la-participaci%C3%B3n-activa-de-los-usuarios.html
- Cañadas Osinski, I., y Sánchez Bruno, A. (1998). Categorías de respuesta en escalas tipo Likert. *Psicothema*, 10 (3), 623-31.
- Candy, P. C. (2000). Reaffirming a proud tradition: Universities and lifelong learning. *Active Learning in Higher Education*, (1), 101-25.
- Carr, W., y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza: la investigación-acción en la formación del profesorado*. [Becoming Critical] (J. A. Bravo Trad.). Barcelona: Martínez Roca.
- Carreño, I., y Toneo, S. (2008). *Recursos humanos: apuntes máster gestión sanitaria*. Material no publicado.
- Casado, M. (1996). *Materiales de bioética y derecho*. Barcelona: Cedecs Editorial S. L.
- Ceballos Benito, I., y Arribas Barahona, C. (2003). El diagnóstico de los estilos de aprendizaje: un instrumento valioso para apoyar la formación en los estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*, (3), 1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/620/646>
- Chickering, A., y Reisser, L. (1993). *Education and identity*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CIE. Consejo Internacional de Enfermeras (2009). *Enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada: definición y características*. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-Enfermera_atencion_directa_practica_avanzada-Sp.pdf
- Código Deontológico de la Enfermería Española, (1998). Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1098364166993&pagename=SiteCGE%2FPage%2FTplPageGenerica&p=1096635001372>
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.
- Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento (1979). *Informe Belmont*. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedadesraras/pdf/er_belmont.pdf

- Comité de redacción (2008). Línea editorial. Fines de la actividad sanitaria de las ciencias de la salud. *Ética de los Cuidados*. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/revista.php>
- Conferencia de Ministros Europeos (2005). *Comunicado de la conferencia de ministros europeos responsables de educación superior*. Bergen. Disponible en: http://institucional.us.es/eees/formacion/Bergen_Comunicado-esp.pdf
- Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería (2009). *Implantación estudios de grado en enfermería en centros de la CNDUCE*. Disponible en: http://www.cndcue.com/informacion/grado/Resultados_Implantacion_Grado.pdf
- Consejo de Europa (2006). *Conclusiones del consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la unión europea (2006/C 146/01)*. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:c:2006:146:0001:0003:ES:PDF>
- Consejo de Europa (2009). *Conclusiones del consejo de 12 de mayo de 2009 sobre un marco estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación (ET 2020)*. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:119:0002:0010:ES:PDF>
- Constitución Española, (1978). Disponible en: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
- Converse, M. (2005). Nurse autonomy: A personal journey. Disponible en: http://web.mac.com/mary_converse/iWeb/maryconverse/Mary%27s%20Blog/A38DA2BD-3484-493F-90D2-DB0C2CD3CF9D_files/11-26-05%20nurse%20autonomy.pdf
- Cook, T. D., y Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation*. Chicago: Rand McNally.
- Cortina, A. (1997a). El ethos: el carácter moral de las personas y las profesiones. En M. P. Arroyo, A. Cortina, M. J. Torraja, y J. Zugasti (Eds.), *Ética y legislación en enfermería*. (1-66). Madrid: McGraw-Hill.
- Cortina, A. (1997b). *El mundo de los valores*. Santafé de Bogotá: El búho.
- Darbyshire, C., y Fleming, V. E. M. (2008). Governmentality student autonomy and nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2), 172-79.
- Fernandes, M., y De Freitas, G. (2007). Building the knowledge of the nursing student: An ethical-social approach. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (60), 62-67. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a11v60n1.pdf>
- De Miguel, M. (2005a). Cambio de paradigma metodológico en la educación superior. Exigencias que conlleva. *Cuadernos de Integración Europea*, (2), 16-27. Disponible en: <http://nevada.ual.es:81/ufid/archivos/cambio%20paradigma%20mmetodologia-EEES.pdf>
- De Miguel, et al., (2005b). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias*. Ediciones Universidad de Oviedo. http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/42/42376/modalidades_ensenanza_comp_etencias_mario_miguel2_documento.pdf
- Declaración Universal de Derechos Humanos, (1948). Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Decret 74/2007, de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana. Disponible en: http://www.docv.gva.es/datos/2007/07/02/pdf/2007_7635.pdf

- Decreto 4/2002, de 8 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley 6/1997, de 4 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de Consejos y Colegios Profesionales de la Comunidad Valenciana. Disponible en: <http://www.uv.es/igualtat/normativaautonomica/72002.pdf>
- Dewey, J. (1960). *Experiencia y educación*. (7ª ed.). Buenos Aires: Losada.
- Dewey, J. (1989). *Cómo pensamos*. Barcelona: Paidós.
- Echeverría Samanes, B. (2010). *Cuestión de saber y sabor*. Disponible en: <http://www.educaweb.com/noticia/2010/10/18/articulo-competencias-basicas-14418.html>
- Erickson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., y Swain, M. A. P. (2002). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Cedar Park-Texas: Est. Co.
- Ertesvåg, S. K., y Vaaland, G. S. (2007). Educational psychology: An international journal of experimental educational psychology. *Educational Psychology*, 27 (6), 713-36.
- Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro. *Marco filosófico, conceptual y ético*. Consultado 11 de septiembre 2009: http://www.uam.es/otroscentros/epuertahierro/la_escuela/marco_filosofico.htm
- European Communities (2008). *The european qualifications framework for lifelong learning (EQF). Descriptores de Dublin*. Disponible en: http://www.uhu.es/convergencia_europea/documentos/documentos-2007/Spanish_Descriptores_de_Dublin.doc
- Fano, C., Sánchez, J. R., Goiriglozarri, J. M., Machin, A., Sánchez, J. M., y Velasco, J. J. (2004). Justificación del papel autónomo de los profesionales de enfermería en la emergencia prehospitalaria. *Metas de Enfermería*, 7 (8), 23-29.
- Fassnacht, G. (1982). *Theory and practice of observing behaviour*. London y New York: Academic Press.
- Fawcett, J. P. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16 (3), 84-89.
- Feito Grande, L. (2000). *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC.
- Fernandes, M., y De Freitas, G. (2007). Bulding the knowledge of the nursing student: An ethical-social approach. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (60), 62-67. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a11v60n1.pdf>
- Fernández Esquinas, M., y Sotomayor Lozano, R. (2007). *La encuesta como tecnología social*. No. 1207). Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/2041/1/12-07.pdf>
- Fernández March, A. (2010). *Analizar nuestra enseñanza ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cómo?* Material no publicado.
- Ferrater Mora, J. (1965). *Diccionario de filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Ferro Montiu, M. (2005). La gestión del cuidado en enfermería. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas* (12). Disponible en: <http://www.fundaciongrifols.org/porta/es/2/7353/ctnt/dD10/ / /5v9/12-La-gestió-del-cuidado-en-enfermeria.html>

- Finn, C. P. (2001). Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, (38), 349-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11245871>
- Flaskerud, J. H., y Halloran, E. J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. *Advances in Nursing Science*, 3 (1), 1-7.
- Flórez Ochoa, R. (1999). *Evaluación pedagógica y cognición*. Santafé de Bogotá: McGraw Hill.
- Flórez Ochoa, R. (2000). Autorregulación, metacognición y evaluación. *Acción pedagógica*, 9 (1-2), 4-12.
- Freire, P., y Hernández, F. (2003). *Pedagogía de l'autonomia*. Xàtiva: Edicions del Crec.
- Fuentes-Medina, M. E., y Herrero Sánchez, J. R. (1999). Evaluación docente: hacia una fundamentación de la autoevaluación. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 2 (1), 353-68. Disponible en: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1224341555.pdf
- Fukuyama, F. (1996). *Confianza (trust): las virtudes sociales y la capacidad de generar prosperidad*. Buenos Aires: Atlántida.
- Fundación Salud, Innovación, Sociedad (2008). *El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Análisis prospectivo delphi*. Fundación Salud, Innovación, Sociedad. Disponible en: <http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-ciudadanos-3.pdf>
- Fundación Salud, Innovación, Sociedad (2009). *El futuro del sistema nacional de salud; la visión de los profesionales de la salud. Análisis prospectivo delphi*. Fundación Salud, Innovación, Sociedad. Disponible en: <http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-profesionales-de-la-salud-6.pdf>
- Galván, L. (2006). *Grado de autonomía*. Disponible en: <http://soydocenteadultos.blogspot.com/2006/08/grado-de-autonoma.html>
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. [In a different Voice. Psychological Theory and Women's Development] (J. J. Utrilla Trad.). Mexico: Fondo de cultura económica.
- Gines Mora, J. L. (2004). La necesidad del cambio educativo para la sociedad del conocimiento. *Revista Iberoamericana de Educación*, (35), 13-37. Disponible en: <http://www.rieoei.org/rie35a01.pdf>
- Goleman, D., Boyatzis, R., y McKee, A. (2002). *El líder resonante crea más. El poder de la inteligencia emocional*. Barcelona: Plaza y Janés.
- González Cajal, J. (2005). *Manual de bioética clínica práctica*. Madrid: Fundación para el desarrollo de la enfermería.
- González, J., y Wagenaar, R. (2003). En Universidad de Deusto, y Universidad de Groningen (Eds.), *Tuning educational structures in Europe. Informe final. Fase uno*. Bilbao: Universidad de Deusto. Disponible en: http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/spanish/doc_fase1/Tuning%20Educational.pdf
- Gordillo, L. (2008). ¿La autonomía fundamento de la dignidad humana?. *Cuadernos de Bioética*, (19), 237-53.
- Gracia, D. (2002). Prólogo. En T. L. Beauchamp, y J. F. Childress (Eds.), *Principios de ética biomédica*. (IX-XV). Barcelona: Masson.
- Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco*. Madrid: Triacastela.

- Havens, D. F., y Aiken, L. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes: The magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration*, 2 (2), 14-20.
- Havens, D. S., et al., (2002). The clinical environment of hospital nursing. *Enfermería Clínica*, 12 (1), 13-21.
- Haynes, C. E., Wall, T. D., Bolden, R. I., y Stride, C. (1999). Measures of perceived work characteristics for health services research: Test of a measurement model and normative data. *British Journal of Health Psychology*, (4), 257-75.
- Henderson, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Hernández, F., Colás, M. P., Buendía, L. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. (1ª ed.). Madrid: McGraw-Hill / Interamericana.
- Herrera, F., Sánchez, M., y Socarras, M. (2008). ¿En qué modo de cuidar la esencia de enfermería es el cuidado?. *Ética de los Cuidados*, 1 (2), Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n2/et6609r.php>
- Husted, G. L., y Husted, J. H. (2001). *Ethical decision making in nursing and healthcare: The symphonological approach*. (3ª ed.). New York: Springer.
- Instrumento de Ratificación 1999, de 20 de octubre, del convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Disponible en: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Spanish.pdf
- ISUS Trade, Technology Prep Community School, y Sinclair Community College (2010). *Construction training program. Center on education and work. University of Wisconsin-Madison (USA)*. Disponible en: <http://www.cew.wisc.edu/charterschools/ISUSpractice.asp>
- Joan Pau II (1993). En Iglesia Católica (Ed.), *Mensaje de su santidad Juan Pablo II para la celebración de la jornada mundial de la paz*.
- Kant, I. (2003). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Santa Fe: El Cid Editor. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/universvaln/Doc?id=10047552>; http://biblioteca.uv.es/valenciano/recursos_electronicos/libres/guias/lector_elibro.html
- Kapborg, I. (1998). Nursing education in Sweden: Development form vocational training to higher level education. *Journal of Advanced Nursing*, (27), 372-78.
- Karagozüglö, S. (2008). Level of autonomy of Turkish students in the final year of university baccalaureate degree in health related fields. *Nursing Outlook*, 56 (2), 70-77.
- Karagozüglö, S. (2009). Nursing students' level of autonomy: A study from Turkey. *Nurse Education Today*, 29 (2), 176-87.
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. (1ª ed.). Barcelona: Masson.
- Kimball, B., y O'Neil, E. (2002). *Health care's human crisis: The american nursing shortage*. Princeton-New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation Publication. Disponible en: <http://www.rwjf.org/files/newsroom/NursingReport.pdf>
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Kramer, M., Maguire, P., y Schmalenberg, C. E. (2006). Excellence through evidence: The what, when and where of clinical autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 36 (10), 479-491.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (1988a). Magnet hospitals: Part I. Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18 (1), 13-24.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (1988b). Magnet hospitals: Part II. Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18 (2), 11-19.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34 (7), 365-78.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, (28), 58-71.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. E. (2003a). Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. *Western Journal of Nursing Research*, (23), 434-52.
- Kramer, M., y Schmalenberg, C. E. (2003b). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51 (1), 13-19. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2003064838&lang=es&site=ehost-live>
- Kyrkjebo, J. M., Elin, T., y Rokne, B. (2002). Nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (3), 296-302.
- Laperrière, H. (2008). Developing professional autonomy in advanced nursing practice: The critical analysis of sociopolitical variables. *International Journal of Nursing Practice*, 14 (5), 391-97.
- Leininger, M. (1988). *Care: Discovery and uses in clinical and community nursing*. Detroit: Wayne State University Press.
- Ley 14/1986, General de Sanidad. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1990/12/22/pdfs/A38228-38246.pdf>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- Ley 6/1997, de 4 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de Consejos y Colegios Profesionales de la Comunidad Valenciana. Disponible en: http://www.gva.es/portal/page/portal/inicio/procedimientos?id_proc=87
- Ley 7/1997, de 14 de abril, de medidas liberalizadoras en materia de suelo y Colegios Profesionales. Adaptación de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974, de 13 de febrero de Colegios Profesionales. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/04/15/pdfs/A11773-11775.pdf>

- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la ley orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/04/13/pdfs/A16241-16260.pdf>
- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2001/12/24/pdfs/A49400-49425.pdf>
- Leyshon, S. (2002). Empowering practitioners: An unrealistic expectation of nurse education?. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (4), 466-74.
- Liesa Orús, M., Allueva Torres, P., y Puyuelo Simelio, M. (2007). Educación y acceso a la vida adulta de personas con discapacidad. En I jornadas sobre educación y acceso a la vida adulta de personas con discapacidad, celebradas en el el centro de la UNED del 19 al 21 de diciembre de 2005 (Eds.), *Libro de actas*. Barbastro-Huesca: Fundación Ramón J. Sender.
- Loureiro, R., Ferreira, M., y Duarte, J. (2008). Questionário de liderança em enfermagem (QLE). *Referência*, II (7), 67-77.
- Loving, G. L. (1993). Competence validation and cognitive flexibility: A theoretical model grounded in nursing education. *Journal of Nursing Education*, (32), 415-21.
- MacDonald, C. (2002). Nurse autonomy as relational. *Nursing Ethics*, 9 (2), 194-201.
- Madrid, D. (1998). *Guía para la investigación en el aula de idiomas*. Granada: Grupo Editorial Universitaria.
- Mailloux, C. G. (2006). The extent to which students' perceptions of faculties' teaching strategies students' context and perceptions of learner empowerment predict perceptions of autonomy in BSN students. *Nurse Education Today*, 26 (7), 578-85.
- Mantzoukas, S., y Watkinson, S. (2007). Review of advanced nursing practice: The international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (1), 28-37.
- Mandujano Bustamante, F. (1998). Teoría del muestreo: particularidades del diseño muestral en estudios de la conducta social. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 3 (1), 1-15. Disponible en: <http://www.psico.uniovi.es/rema/v3n1/a1/>
- Marriner, A., y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. [Nursing Theorists and Their Work] (M. T. Giró Trad.). (6ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Martin, M. (2005). *Conocimiento colectivo en las organizaciones*. Disponible en: <http://conocimientocolectivo.blogspot.com/2005/06/conocimiento-colectivo-en-las.html>
- Martínez Segura, M. J. (2009). *El portafolios para el aprendizaje y la evaluación: utilización en el contexto universitario*. (1ª ed.). Murcia: Universidad de Murcia.
- Mateos, M. (2001). *Metacognición y educación*. Buenos Aires: Aique.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 28 (1), 1-14.
- McClelland, D. C. (1976). *A guide to job competence assessment*. Boston: McBer and Co., Inc.
- Medina Moya, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. (1ª ed.). Barcelona: Laertes.
- Medina Moya, J. L. (2004). *Guía para la elaboración del diario reflexivo*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Meleis, A. I. (1992). El progreso del pensamiento teórico en la disciplina de enfermería. *International Perspectives on Nursing*, 1-12.

- Michavila, F., y Parejo, J. L. (2008). Políticas de participación estudiantil en el proceso de Bolonia. *Revista de Educación*, (número extraordinario), 85-118.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/ competence/ performance. *Academic Medicine*, 65 (9 suplemento), 63-67.
- Ministros Europeos de Educación (1999). Declaración de Bolonia. Nuevo marco para el desarrollo de la dimensión europea de la enseñanza. Disponible en: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/BOLOGNA_DECLARATION1.pdf
- Moliner, M. (2002). *Diccionario de uso del español*. (2ª ed.). Madrid: Gredos.
- Montón, J., De Moya, J. R., Giménez, S., Palop, J., y Costa, A. (2008). *Determinación del grado de participación decisional de las enfermeras en los centros sanitarios de la comunidad valenciana*. Material no publicado.
- OCDE (2000). *La definición y selección de competencias clave: Proyecto de definición y selección de competencias (DeSeCo)*. (Resumen ejecutivo: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). Disponible en: <http://www.deseco.admin.ch/bfs/deseco/en/index/03/02.html>
- Ohlen, J., y Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: Concept, analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, (28), 720-27.
- Olweus, D. (2004). The oleus bullying prevention programme. Design and implementation issues and a new national initiative in Norway. En P. K. Smith, D. Pepler, y K. Rigby (Eds.), *Bullying in school*. (13-36). Cambridge, UK: Abbridge University Press.
- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>
- Orden de 20 de octubre de 1978 por la que se establecen las condiciones específicas a cumplir por las Escuelas Universitarias de Enfermería. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/11/13/pdfs/A25798-25798.pdf>
- Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1977/11/26/pdfs/A25987-25989.pdf>
- Orden de 6 de junio de 1983 por la que se prorroga la vigencia de la orden de 14 de septiembre de 1982, sobre habilitación de títulos para impartir docencia. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1983/06/11/pdfs/A16360-16361.pdf>
- Orem, D. E. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa*. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf
- Orlando, I. J. (1962). Function, process and principle of professional nursing practice. *Integration of mental health concepts in the human relation professions. Lecture series sponsored by the Bank Street College of Education as a memorial to Ruth Kolinsky*. 87-106. New York: Bank Street College of Education.
- Orlando, I. J. (1972). *The discipline and teaching of nursing process: An evaluative study*. New York: G.P. Putnam's Sons.

- Palomino, P. A., Frías, A., y Grande, M. L., et al., (2005). Marco europeo para la titulación y las certificaciones profesionales. *Index Enfermería*, (14), 48-49
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.
- Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros*. México: McGraw-Hill.
- Piaget, J. (1935). *El juicio moral en el niño*. (1ª ed.). Madrid: Francisco Beltrán.
- Piaget, J., y Heller, J. (1962). *La autonomía en la escuela*. (5ª ed.). Buenos Aires: Losada.
- Platzer, H., Blake, D., y Ashford, D. (2000). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), 689-95.
- Pompeu, C. (2004). Los desafíos de la gerencia del enfermo en el nivel central de salud. *Revista de Enfermagem UERJ*, 12 (1), 66-70.
- Proyecto de Real Decreto, de 2010, por el que se regula las enseñanzas oficiales de doctorado. Disponible en:
http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Spanish.pdf
- Quilchano Gonzalo, B., y Sánchez López, D. (2004). La que más consciente es de su autonomía es la propia enfermera. *Archivos de la Memoria*, (1). Disponible en:
<http://www.index-f.com/memoria/anuario1/a0402.php>
- Ramió Jofre, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. (Material no publicado Universidad de Barcelona).
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. (22ª ed.). Madrid: Espasa.
- Real Decreto 1044/2003, de 11 de septiembre, que establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título, de carácter transitorio hasta que no se implanten las titulaciones universitarias adecuadas a los criterios europeos. Disponible en:
http://www.crue.org/export/sites/Crue/legislacion/documentos/SET/5_RD_1044_2003_DS.pdf
- Real Decreto 1125/2003, de 18 de septiembre, que establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones de las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/18/pdfs/A34355-34356.pdf>
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>
- Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título Universitario de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los Planes de Estudios conducentes a la obtención de aquél. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34410-34411.pdf>

- Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, Por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la educación primaria. Disponible en:
http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2006-21409
- Real Decreto 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se ratifica el anexo al Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1990/12/28/pdfs/A38735-38735.pdf>
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la directiva 2005/36/ce, del parlamento europeo y del consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la directiva 2006/100/ce, del consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Disponible en:
http://www.crue.org/export/sites/Crue/legislacion/documentos/OtraNormInter/RD1837_2008_cualificaciones_profesionales_abogado.pdf
- Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de A.T.S. Disponible en:
<http://www.sanilex.es/derecho/legislacion/1xxx/rdesp19780629.asp>
- Real Decreto 2036/1978, de 23 de Junio, por el que se establecen normas de convalidación con el título de Ayudante Técnico Sanitario. Disponible en:
http://www.legalsolo.com/leyes/real_decreto/real-decreto-2036-1978-23-junio-establecen-normas-convalidacion-titulo-ayudantes-tecnicos-sanitarios/BOE-A-1978-22315
- Real Decreto 2128/1977, de 23 de Julio, sobre integración en la universidad de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>
- Real Decreto 306/1993, de 26 de febrero, por el que se notifica la denominación y se da nueva redacción a diversos artículos de los estatutos de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios, aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1993/03/18/pdfs/A08366-08367.pdf>
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
- Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de posgrado. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf>
- Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/1993/05/13/pdfs/A14346-14364.pdf>
- Rensselaer Potter, V. (1971). *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs-New Jersey: Prentice-Hall.
- Resolución de 14 de Febrero de 2008, de la secretaría de estado de universidades e investigación, por la que se da publicidad al acuerdo de consejo de ministros de 8 de febrero de 2008. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/27/pdfs/A11607-11608.pdf>
- Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa*, (7), 66-77.

- Rodríguez Diéguez, A. (2002). La orientación en la universidad: ámbitos de intervención, metas y objetivos, roles y funciones del orientador. Análisis de una estrategia de integración de la orientación en el currículo universitario. En V. Álvaro Rojo, y A. Lázaro Martínez (Eds.), *Calidad de las universidades y orientación universitaria*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rogers, C. R., y Vetrano, S. (1975). *Libertad y creatividad en la educación: el sistema no directivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosa Rodríguez, Y., y Varas Díaz, N. (2008). Percepción de competencia y adiestramiento profesional especializado relativos al VIH/SIDA en estudiantes y profesionales de la salud: el estigma como un indicador de necesidad. *Apuntes de Psicología*, 26 (1), 69-90.
- Ruskin, J. (1994). *The crown of wild olive*. London: Routledge/ Thoemmes Press.
- Rychen, D. S., y Salganik, L. H. (2006). *Las competencias clave para el bienestar personal, económico y social*. [Key competencies for a successful life and a well-functioning society] (1ª ed.). Publicaciones DeSeCo.
- Salhani, D., y Coulter, I. (2009). The politics of interprofessional working and the struggle for professional autonomy in nursing. *Social Science & Medicine*, 68 (7), 1221-28.
- Sanmartí, N., y Jorba, J. (1995). Autorregulación de los procesos de aprendizaje y construcción de conocimientos. *Alambique: Didáctica de las Ciencias Experimentales*, (4), 59-77.
- Santisteban, C. (1990). *Psicometría. Teoría y práctica en la construcción de tests*. Madrid: Norma.
- Schön, D. A. (2002). *La formación de profesionales reflexivos hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones*. [Educating the reflective Practitioner] (L. Montero, y J. M. Vez Trans.). Barcelona: Paidós.
- Schüldt, U., Öhlén, J., y Gustavsson, P. J. (2008). Generic and professional outcomes of a general nursing education program. A national study of higher education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5 (1), 1-18.
- Secrest, J. A., Norwood, B. R., y Keatley, V. M. (2003). I was actually a nurse: The meaning of professionalism for baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 42 (2), 77-82.
- Soares, A. P., Guisande, M. A., y Almeida, L. S. (2007). Autonomía y ajuste académico: un estudio con estudiantes portugueses de primer año. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (7), 753-65.
- Solórzano, M. (2008). Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado de Lydia Feito grande [comentario de texto]. *Etica de los Cuidados*, 1 (1). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf>
- Spencer, L. M., y Spencer, S. M. (1993). *Competence at work*. New York: Wiley.
- Steward, J., Stansfield, K., y Tapp, D. (2004). Clinical nurses' understanding of autonomy: Accomplishing patient goals through interdependent practice. *Journal of Nursing Administration*, (34), 433-50.
- Stuart Mill, J. (1970). *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Suen, H. K., y Ary, D. (1989). *Analyzing quantitative behavioral observation data*. Hillsdale-New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tapp, D., Stansfield, K., y Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica enfermera. *Revista Aquichan*, 1 (5), 114-27. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/65/134>

- Tejada, J. (1999). Acerca de las competencias profesionales. *Revista Herramientas*, (56), 20-30.
- Thompson, C., y Crutchlow, E. (1993). Learning style research: A critical review of the literature and implications for nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 9 (1), 34-50.
- Trochim, W. M. K. (1999). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation Program Planning*, 12, 1-16. Disponible en: <http://www.socialresearchmethods.net/research/epp1/epp1.htm>
- Trochim, W. M. K., Cook, J. A., y Setze, R. J. (1994). Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of a supported employment program for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (4), 766-75.
- Trochim, W. M. K., y Linton, R. (1986). Conceptualization for evaluation and planning. *Evaluation and Program Planning*, 9, 289-308.
- Universitat de València. Formulario de solicitud para la verificación de títulos oficiales de grado. Graduado o graduada en enfermería por la Universitat de València (aprobat per l'ANECA amb data 03 de maig de 2010). Disponible en: http://www.uv.es/euinf/EEES/Verifica_Infermeria_100720.pdf
- Valverde Gefaell, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. (1ª ed.). Madrid: DAE.
- Van de Doef, M., y Maes, S. (1999). The job demand-control (suport) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, (13), 87-114.
- Vecillas, M. T. (2008). La dignidad en los cuidados de salud. *Ética de los Cuidados*, 1 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6759.php>
- Vielva, J. (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Decleé de Brouwer.
- Wade, G. H. (2001). Perceptions of instructor caring behaviors, self-esteem and perceived clinical competence: A model of the attitudinal component of professional nurse autonomy in female baccalaureate nursing students. *Widener University School of Nursing*.
- Wade, G. H. (2004). A model of the attitudinal component of professional nurse autonomy. *Journal of Nursing Education*, 43 (3), 116-124.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown and Company.
- Watson, J. (1988a). Human caring as moral context for nursing education. *Nursing and Health Care*, (9), 423-25.
- Watson, J. (1988b). *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing.
- Weston, M. J. (2007). *Antecedents of control over nursing practice*. (Material no publicado).
- Weston, M. J. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 38 (9), 404-8.
- Weston, M. J. (2009). Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 87-94.
- Zabalza, M. A. (1990). Evaluación orientada al perfeccionamiento. *Revista Española de Pedagogía*, (186). Disponible en: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1224341555.pdf
- Zabalza, M. A. (2004). *Trabajar por competencias: Implicaciones para la práctica docente*. Material no publicado.

VII. AGRADECIMIENTOS

VII. AGRADECIMIENTOS

La elaboración de esta tesis ha sido un camino de aprendizaje hacia la autonomía y la interdisciplinariedad, que se ha podido materializar gracias a numerosas personas, desde su amistad y profesionalidad. Es grato reconocer y agradecer su participación y sus aportaciones.

Un sincero agradecimiento a mis directores: Dr. Javier Cortes, por la paciencia, respaldo y amistad; él puso los cimientos de esta investigación y con su apoyo incondicional aprendí método y buen hacer. Al Dr. Thomas Baumert, por haber confiado en mi persona, por sus sugerencias e ideas de las que tanto provecho he sacado, con su corrección precisa y meticulosa, aprendí a transformar lo cotidiano en algo especial.

A Pepa Montón, a quien siempre he tenido como referente profesional, le agradezco las valiosas sugerencias y acertadas aportaciones durante el desarrollo de esta tesis; sobre todo le agradezco, su amistad, su presencia incondicional y desinteresada ayuda

Un agradecimiento especial a Sebastian Alós, quien desde el cariño y el asesoramiento, me impulsó a continuar en los momentos más bajos. El dialogo mantenido, permitió expresar los pensamientos en voz alta, además de profundizar en el sentido y las implicaciones de la autonomía. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

A Francisco Santonja, quien no dudo en apoyarme cuando solo existía el germen de este proyecto, él aportó una mirada profunda, creativa e innovadora; sin su colaboración todo hubiera sido mucho más difícil.

A Aurelio Costa, que me mostro el camino de la investigación y los instrumentos necesarios para realizarla.

A Rafa Rivera por su amistad y atenta lectura de este trabajo

A mi familia que de forma ilimitada entendieron mis ausencias y mis malos momentos, sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta dura empresa

A la Escuela de Enfermería La Fe, por el apoyo humano e institucional y, el permiso para vivir una experiencia tan importante para mi formación como investigadora.

A la Facultad de Enfermería “Ntra. Sra. de los Desamparados” por su colaboración, ayuda y por todos los medios que me facilitaron. En especial a la dirección, profesoras y a todos los alumnos que participaron en este proyecto.

A Pepa, Marisa, Lourdes, Laia, Neus, Sole y Ros, sus traducciones han aumentado el nivel de este trabajo.

A Blanca, Emilia y Rosana por sus instrucciones, paciencia y apoyo en la utilización del RefWorks.

Quiero expresar también mi reconocimiento y gratitud a todos y cada uno de los estudiantes, profesionales y amigas, que me han ayudado con sus ideas y sobre todo con su tiempo; tanto ellas como yo sabemos que desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad. Sin ellos no hubiera sido posible este trabajo:

Alumnos promoción 2007-2010 (2ºcurso)		
ARRIBAS HERRERO, Ana BANACLOCHE CAMPILLO, Bárbara BENAVENTE MUÑOZ-COBOS, Paloma BIOT MORENO, Jorge CALDERON PARRA, María CALERO BLASCO, Marta CASTILLEJO GOMIS, Beatriz CASTRO ZARZOSO, Noelia COLOMER LLOPIS, Juan Manuel CORRECHER BONIAS, Paloma DE LA VIÑA GASCO, Marta ESCRIVA PASTOR, Patricia Mª FERRAGUD MONTRULL, Mercedes FERRANDIZ BOYER, Encarnación FERRER LOPEZ, Juan Javier GALLEGO PEREA, Nuria GARCIA DIEFENBACH, Laura GARCIA IBAÑEZ, Carolina GOMEZ GOMEZ, Silvia GONZALEZ BLANCH, Mª José GONZALEZ GORMAZ, Mª José	GONZALEZ LOECHES, Susana GUIJARRO PEREZ, José Luís GUTIERREZ CASCAJARES, Lourdes HERRERO CUBEL, Nerea IBAÑEZ ROMERO, Francisca MAHIQUES LLOPIS, Julián MAHL RODRIGUEZ, Tamara MALKINSON DEL VALLE, Ana Mª MARQUES MARGARIT, Mª del Carmen MARTI AMAT, Xavier MARTINEZ ALBERT, Carolina MARTINEZ GARCIA, Ana MAS MAS, Mª Encarnación MASIA VERDEJO, Mª del Mar MELERO SANCHEZ, Mª del Carmen MILLAN PALOMARES, Nieves MIRALLES WHITEHEAD, Ana Mª MIRAVALLS RUBIO, Mª Amparo MONZO GIRBES, Sofía Iris MORENO MADRONA, Mª Dolores MUÑOZ TIRADO, Mª Laura	NACHER VIVENS, Gemma NUÑEZ DE LAS HERAS, Rosa Ana NUÑEZ GUARDEÑO, Nuria PABLOS AVILA, Fe PASAMONTES RICART, Martina PASCUAL MILLAN, David PASTOR SOLAZ, Pilar Francisca PEÑARRUBIA OROZCO, Marta PEREZ GONZALEZ, Clara PEREZ MORENO, Nieves RAMIREZ CUEVAS, Mª Jesús RIERA PONS, Josefa Isabel RODRIGUEZ GINER, Ana RUBALCAVA ANTOLIN, Susana SENENT IBARRA, Inmaculada SIMO MOLINS, Mireia SORIANO GARCIA, Saray VALENTIN BURGUET, Alejandro VALLS CORTES, Clara Mª ZAROGAZA APARISI, Ana Pilar
Alumnos promoción 2006-2009 (3er. curso)		
ALCARAZ JIMENEZ, Encarnación ALFARO HERNANDEZ, Estela ALONSO GARGALLO, Verónica ATIENZA SANCHEZ, Raquel AUSINA ESCRHUELA, Rosana AYUSO BENAVENT, Carmen AZNAR MARTINEZ, Gema BALLESTER SANCHE, Mª Carmen BATALLER BALAGUER, Susana BERENGUER LABAIG, Cristina BERROCAL GIL, Ana Belén BORRAS DELCAMP, Elena BORRULL GUARDEÑO, Jessica BURRIEL CAÑADA, Laura CAMPOS FERNANDEZ, Jesús CANTELI SANZ, Devora CATALA GIMENO, Aránzazu CATALAN GRAU, Marta Cristina CAYUELA SOLER, Alba CERVERA MANDINGORRA, Marta CLARAMONTE HOYOS, Ana Belén DELGADO PINO, Mª de los Dolores DOMINGO CANO, Alberto	DOMINGUEZ GARCIA, Mª Luisa FERNANDEZ CONTRERAS, Roberto FOLCH ALFONSO, Paula FORTEA MAÑEZ, Vanesa FRANCO VALENZUELA, Marta GIL MINGUEZ, Mª José GIMENO CARDELLS, Alexandra GOMEZ BARQUERO, Jessica GOMEZ RIOS, Mª Soledad GOMEZ ZAHINO, Saray GONZALEZ GIMENEZ, Alba Pilar GRUESO CEREZO, Sergio José HIDALGO MUÑOZ, Elizabeth JUAN FERRANDO, Cecilia LATORRE MOLANO, Ana Isabel LLORCA GOMEZ, Ángela LOPEZ SIMO, Alba LUENGO CERVERA, Mª del Carmen MARTI MOLINS, Manuel Francisco MARTINEZ CAPARROS, Raquel MARTINEZ EXPOSITO, Ana Mª MARTINEZ REAL, Mª de los Ángeles	MATEU GANS, Belén MENA TUDELA, Desiré MIRALLES MUR, Gema Carmen MOMPO SORIANO, María MONTAGUD FERRAGUD, María MOSQUERA MENA, María MURGUIA GARCIA, María NAVALON CATALA, Gloria NAVARRO ARBONA, Miriam ORTEGA MARTINEZ, Paz PASTOR PELUFO, Soraya PEREZ SAEZ, Alba PIRES LOPES, Jane Judson PLA SIMARRO, Lidia RAMIREZ PEREZ, Helena REDONDO EGEDA, Raquel RICART BAUDES, Marta ROBLES SANCHEZ, Mª Isabel SALES GARCIA, Josep SALINAS CENTENO, Víctor Manuel SELMA DOMENECH, Sheila SORIANO GARCIA, Saray
Grupo de profesionales expertos		
ALARCON ROIG, Carlos BALLESTER CONCEPCIÓN, Neus COLLADO GARRIDO, Emilia COSTA FERRER, Elena DE MOYA ROMERO, Juan Ramon FERRER BARGUES, Esther GIMENEZ CAMPOS, Soledad GRANERO PASCUAL, Rebeca	JUST, Inmaculada LINARES DÍEZ, Mª Soledad LOPEZ PINAZO, José Luís MONTÓN CAMPOS, Josepha OTERO RUIZ, Rosana PÉREZ VIDAL, Sonia ROS PAGÁN, Rosalía SANTONJA PASTOR, Teresa	

VIII. ANEXOS