

TESIS DOCTORAL

Universidad de La Laguna

ESTUDIO FENOMENOLÓGICO DE LA EXPERIENCIA
DE INCORPORACIÓN AL CONTEXTO LABORAL DE
ENFERMERAS EGRESADAS DE LA UNIVERSIDAD DE
LA LAGUNA ENTRE 2009 Y 2014

Autor: Cristo Manuel Marrero González

Director: Dr. Alfonso Miguel García Hernández

2017

D. ALFONSO MIGUEL GARCÍA HERNÁNDEZ, PROFESOR TITULAR
DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA,

CERTIFICA:

Que D. Cristo Manuel Marrero González, ha realizado bajo mi
dirección el trabajo titulado:

“Estudio fenomenológico de la experiencia de incorporación al
contexto laboral de enfermeras egresadas de la Universidad de La
Laguna entre 2009 y 2014”

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al grado
de Doctor.

Y para que así conste, se expide el presente certificado.
La Laguna, a 22 de febrero de 2017.

Fdo. Prof. Dr. Alfonso Miguel García Hernández

"Antes de correr, hay que aprender a caminar"

El presente estudio que presento parte de la propia motivación personal que he tenido para poder llevarlo a cabo. Hay veces que en la vida la motivación y la inquietud surgen por querer intentar cambiar las cosas o mejorarlas. Haber vivido en primera mano experiencias muy similares a las aquí compartidas, hace que pueda emocionarme al recordar cada paso que se ha ido dando.

Decía María Teresa de Calcuta que a veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos mar si le faltara esa gota. Algo similar he de reconocer que he sentido al comenzar a realizar este trabajo. Ojalá pueda servir de ayuda en mi profesión, ya no sólo como línea de pensamiento, sino como ayuda en el día a día de la enfermería en España que aún hoy en pleno siglo XXI tiene mucho que madurar como ciencia y profesión.

No puedo dejar de mencionar tampoco otro motivo de motivación mientras me encontraba en la fase de campo: la idea y filosofía de la Real Sociedad de Londres con su lema "nullius in verba", que podríamos interpretar como "mira por ti mismo" o, en otras palabras, cuestiona la autoridad. Con la presente investigación pretendo poder cambiar las cosas, que haya espíritu crítico y que haya tiempo para reflexionar. Ya dijo Albert Einstein que hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad. Se pueden cambiar las cosas, sólo es necesario querer hacerlo. Soy amante de la antropología cultural, cuyo significado e idiosincrasia me ha ayudado a comprender que no existen verdades absolutas en el ser humano y que antes de juzgar, hay que escuchar, observar e intentar conocer. Antes de juzgar el comienzo laboral de una enfermera hay que comprender cómo es el comienzo de su camino.

No quería dejar pasar la oportunidad de poder acordarme de todas aquellas personas que me han ayudado a seguir en el camino de la vida. En Este trabajo han estado presentes mis padres, mi hermano, que siempre han estado a mi lado y que han sido motor de mi vida. Mi abuelo Juan, que siempre creyó en mí cuando era un niño. Todos aquellos amigos y amigas que siempre guardo en el corazón como son Yurena, Jose, Víctor, Polo, Puri, Sara, Alicia, Any y a mis grandes amigos, compañeros y profesores del máster de cuidados para la salud. Y en especial a mi amigo, y más que tutor, el doctor Alfonso Miguel García Hernández. Persona a la que admiro muchísimo, no sólo en lo intelectual, sino en lo más importante: en lo humano. Tampoco me olvido de ti Marta, que me ayudaste muchísimo y creíste en mí. También te guardo en el corazón.

Agradecerles profundamente a todas esas personas que abrieron su corazón para poder participar en esta investigación. No quería dejar de darles las gracias porque de manera desinteresada no sólo han ayudado a elaborar esta obra, sino también porque están poniendo esa pequeña gota en el mar, haciéndolo aún más mar.

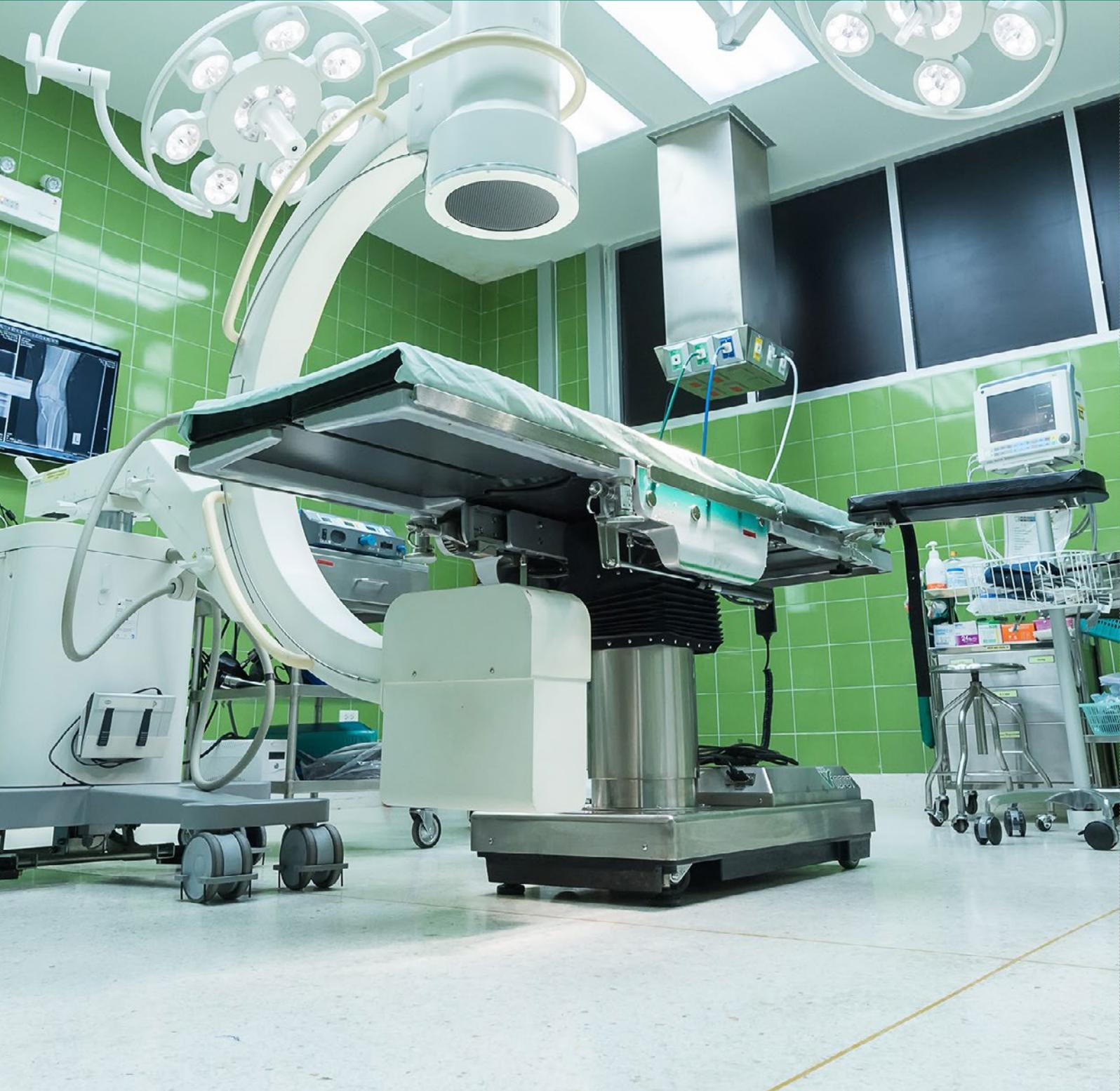
A todos y todas, muchas gracias.

**ESTUDIO FENOMENOLÓGICO DE LA EXPERIENCIA
DE INCORPORACIÓN AL CONTEXTO LABORAL DE
ENFERMERAS EGRESADAS DE LA UNIVERSIDAD DE
LA LAGUNA ENTRE 2009 Y 2014**

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	13
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Las enfermeras noveles y su incorporación al mundo laboral: una situación de cambio	13
1.1.1. Período de formación versus programas educativos	15
1.1.2. Período de transición. Reality shock: un cambio cultural	17
1.1.3. Vivencias y desafíos percibidos por las enfermeras noveles	22
1.1.4. Condiciones laborales en España	23
1.1.5. Vivencias del estrés en la enfermera novel. Consecuencias.	23
1.1.6. Las relaciones interpersonales, el ambiente laboral y su influencia	24
1.1.7. Marginalización y estigmatización de la nueva enfermera	25
1.1.8. Aspectos que facilitan el período de transición	26
2. ANTECEDENTES RELEVANTES EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y/O FENOMENOLÓGICA EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS	28
2.1. Estudios fenomenológicos narrativos	28
2.2. Trabajos realizados mediante grupo focales	32
2.3. Estudios de corte etnográfico	33
CAPÍTULO II: OBJETIVOS	35
1. OBJETIVO GENERAL	35
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	37
1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	37
2. MÉTODO	37
2.1. Muestra	37
2.2. Recogida de datos	38
2.3. Grupos focales	38
2.4. Análisis de datos	39
2.5. Aspectos éticos	40
2.5. Limitaciones del estudio	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
1. ENTREVISTAS INDIVIDUALES	41
1.1. Paso de estudiante a profesional	43
1.1.1. Una experiencia estresante	44
1.1.2. Tomar decisiones	45
1.1.3. Tener una experiencia laboral previa	46
1.1.4. Falta de preparación profesional para el mundo laboral	46
1.1.5. Choque con la realidad	47
1.1.5.1. Choque desde la carrera	48

1.1.5.2. La realidad es distinta	49
1.2. Contexto	50
1.2.1. Rotación de servicios	51
1.2.2. Dura adaptación al entorno	52
1.2.3. Hospital pequeño versus grande	53
1.2.4. Hospital privado frente a público	55
1.2.5. Unidad de hospitalización en comparación con servicio especial	56
1.2.6. Medio hospitalario - atención primaria	56
1.2.7. La interrelación con los compañeros	57
1.2.8. UCI	58
1.2.9. Pediatría	59
1.2.10. Quirófano	60
1.2.11. Un número más	60
1.2.12. Crisis económica	61
1.2.13. Ratio enfermera-paciente	62
1.3. Hacer	63
1.3.1. Cometer un error	64
1.3.2. Diferentes errores	65
1.3.3. Errores en la medicación	65
1.3.4. Errores por sobrecarga de trabajo	66
1.3.5. Provocar la muerte	66
1.3.6. Reconocer los errores y aprender de los mismos	67
1.3.7. Actuar con prudencia	67
1.4. Sentir	68
1.4.1. Sentir incertidumbre	68
1.4.2. Sentir miedo	69
1.4.3. Sentir la responsabilidad	70
1.4.4. Sentir rabia por el error	71
1.4.5. Desgaste emocional	71
1.4.6. Sentirse sola	72
1.4.7. Sentir no dar una buena atención	73
1.5. Mejoras	73
1.5.1. Tutorización	75
1.5.2. Trabajar en unidades ya conocidas	76
1.5.3. Período de adaptación	76
1.5.4. Problemas para implantar el período de adaptación	77
1.5.5. Especialidad	78
2. GRUPOS FOCALES	79
2.1. Grupo focal de expertos	79
2.1.1. Aspectos relacionados con la formación académica	79
2.1.1.1. Mejor formación de los graduados	80
2.1.1.2. Pilares que se han perdido	80
2.1.1.3. Formación a salir del paso	81

2.1.2. Necesidad de los programas de especialización y/o de acogida	81
2.1.3. La administración y su forma de gestionar los recursos humanos en enfermería	82
2.1.4. Divergencias entre la realidad laboral y el mundo académico	82
2.2. Grupo focal de enfermeras	83
2.2.1. Responsabilidad	84
2.2.2. Empezar a trabajar repentinamente	84
2.2.3. ¡Qué importante es tener a buenos compañeros!	84
2.2.4. Pedir días de adaptación u orientación	85
2.2.5. Problemas de la formación práctica	85
2.2.6. Mejoras a la incorporación laboral	86
2.2.6.1. Servicios especiales	86
2.2.6.2. No estar sola	86
2.2.6.3. Mejorar la falta de previsión	86
2.2.7. Divergencias entre teoría y realidad	87
2.2.7.1. Mejorar la formación teórica para aplicarla a la realidad	87
2.2.7.2. Diplomatura vs. Grado	87
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	89
1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES	89
2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL DE EXPERTOS	110
3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL DE ENFERMERAS	112
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	115
CAPÍTULO VII: PROPUESTAS DE MEJORA	117
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFÍA	119
CAPÍTULO IX: ANEXOS	129
ANEXO I. NÚMERO DE ENFERMERAS EGRESADAS ENTRE LOS AÑOS 2009 Y 2014 EN LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)	129
ANEXO II. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INDIVIDUAL	131
ANEXO III. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE GRUPO FOCAL DE EXPERTOS (I) ...	133
ANEXO IV. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE GRUPO FOCAL DE ENFERMERAS (II)	135
ANEXO V. PLANES DE ESTUDIO DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA Y DE GRADUADO EN ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	137
ANEXO VI. RESOLUCIÓN DE 30 DE ABRIL DE 2010, DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, POR LA QUE SE PUBLICA EL PLAN DE ESTUDIOS DE GRADUADO EN ENFERMERÍA (BOE DE 24 DE JUNIO DE 2010)	141
ANEXO VII. RESOLUCIÓN DE 22 DE NOVIEMBRE DE 2010, DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, POR LA QUE SE CORRIGEN ERRORES EN LA DE 30 DE ABRIL DE 2010, POR LA QUE SE PUBLICA EL PLAN DE ESTUDIOS DE GRADUADO EN ENFERMERÍA (BOE DE 9 DE DICIEMBRE DE 2010)	145
ANEXO VIII. ORDEN MINISTERIAL DE 4 DE JUNIO DE 1979 (BOE Nº 189, DE 8 DE AGOSTO PÁG. 18680)	149



ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Las enfermeras noveles y su incorporación al mundo laboral: una situación de cambio.

No se nos escapa que la incorporación al mundo laboral de las enfermeras¹ recién egresadas comporta diferencias personales, profesionales y contextuales donde se pasa por diferentes etapas durante los primeros compases, según diferentes autores. Terminar la carrera universitaria y comenzar a trabajar supone para la nueva profesional un cambio, un primer paso importante al que hacer frente. Entrar al contexto laboral es un proceso complejo: la enfermera pasa de un contexto académico, donde se ha formado, con unas ideas y una cultura sobre la profesión enfermera, a un contexto profesional donde puede percibir que la realidad tiene diferencias con lo que ha estudiado. De ahí que se considere una situación de cambio influida por la acogida den-

1 Dado que la profesión enfermera es una profesión mayoritariamente de mujeres, utilizaremos de forma genérica el término enfermera.

tro de las diferentes unidades y especialidades, por la sensación de sentirse preparada o no con la formación recibida o por sentir la responsabilidad en su nuevo rol profesional.

Así pues Patricia Benner, describe las diferentes etapas por las que pasa una enfermera a nivel profesional según su modelo de profesionalización y aprendizaje, que es una referencia en distintas investigaciones. La autora refiere que una enfermera novel es *“una enfermera sin experiencia con un rendimiento limitado, inflexible, regido por reglas y regulaciones fuera de contexto más que por la experiencia”*. Aunque esta definición se suele referir al alumno de enfermería, la falta de experiencia de una enfermera recién egresada en un contexto laboral que desconoce, hace que vuelva a estar en una situación de alumno. Muchas de las enfermeras noveles tienen que vivir nuevas situaciones que nunca han experimentado, y han de hacer frente a las mismas. Las enfermeras necesitan de dos a tres años para llegar a ser competentes y sentirse seguras en su práctica profesional. Las enfermeras principiantes actúan en base a principios abstractos, modelos convencionales y teorías para involucrarse en una

nueva situación de modo que puedan aprender sin riesgos y con eficacia (Benner, 1987).

A diferencia de las enfermeras veteranas, las principiantes tienen organizado el conocimiento como hechos separados. Se apoyan en recursos como libros, apuntes o tutores, pero no tienen el conocimiento adquirido a través de la experiencia. De hecho las principiantes presentan obstáculos por la falta de conocimientos de los recursos y por la pérdida de capacidad mental debida a la ansiedad, por no controlar una situación concreta, y falta de confianza en sí mismas. Las nuevas profesionales se sienten incómodas si las necesidades del paciente no conllevan realizar un procedimiento exactamente a como lo aprendieron.

El contexto o circunstancias son una parte importante del pensamiento crítico en enfermería porque dicho pensamiento cambia según las circunstancias. No conocer un determinado contexto, o no tener suficiente experiencia en dicho contexto, hace que el pensamiento crítico en la enfermera se vea afectado. Un ejemplo está en lo reseñado anteriormente cuando una enfermera experta en un área, trabaja en una especialidad que no es familiar para la enfermera. Por tanto, es importante prestar atención al contexto donde se encuentre trabajando a la enfermera (Benner, 1987; Alfaro-LeFevre, 2009: 69-72).

Además existe un “choque cultural” para asimilar los desafíos y la “nueva cultura”, o situación que han de vivir, y la identificación de barreras para llevar con éxito el proceso de transición de alumno a profesional, además de la endoculturación que este hecho conlleva. Algunas de estas barreras están relacionadas con el ambiente laboral, la frustración y el estrés, la preparación inadecuada o la falta de apoyo social (Meyer y Xu, 2005; Valdez, 2008).

La forma en la que se produce la incorporación laboral de las enfermeras noveles es un tema

que nos preocupa ya que el momento de inserción laboral es uno de los momentos más relevantes en la vida profesional de una enfermera. El tener que adaptarse a un entorno en muchas ocasiones desconocido, el trabajo en equipo, la organización institucional, las demandas de pacientes y usuarios, la inseguridad, la deficiencia práctica o el temor a cometer errores, hace que sea un momento crucial.

Todo inicio de una profesión se vive de una forma estresante. La enfermería al tratarse de una profesión que se caracteriza por la relación de ayuda y el contacto directo con el paciente, en situación de enfermedad, y por el estrés que vive la enfermera novel le hace aún más preocupante. Además las instituciones sanitarias, de modo inadecuado, se rigen por razones económicas y presupuestarias para contratar a enfermeras noveles para sustituir a veteranas sin tener en cuenta la competencia de las primeras siendo esta práctica legal ya que los únicos puestos de trabajo en enfermería que están restringidos para las enfermeras generalistas son los relacionados con la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). Es importante que exista una reflexión, por parte de docentes y gestores, sobre la incorporación laboral en esta profesión así como de una revisión de las competencias en las que se forman las futuras enfermeras y la idoneidad de los lugares de prácticas (Pera i Fàbregas, 1998; Ferrer Caro, 2010; Lleixà Fortuño *et al*, 2010).

La asimilación inicial de una enfermera recién titulada al rol de enfermera, es un proceso dinámico e interactivo. Sentirse bien dentro del nuevo rol hace que haya una mayor motivación y éxito en la nueva enfermera porque la preparación para el trabajo tras la graduación es un constructo multidimensional que comprende habilidades y características que van más allá de las competencias específicas de la disciplina (Godinez *et al*, 1999; Walker y Campbell, 2013).

1.1.1. Período de formación versus programas educativos.

Los docentes en las Escuelas de Enfermería siempre han incidido en un proceso de enseñanza de las prácticas clínicas, en las que el alumno integre los conocimientos teórico-prácticos y demuestre la competencia para el ejercicio de la enfermería. El enfoque de enseñanza centrada en el alumno hace que el estudiante sea responsable de su propio aprendizaje y esté motivado sin dejar de atender al aprendizaje en las habilidades clínicas.

Se da importancia a la existencia de un marco conceptual definido y claro que fundamenta el aprendizaje en una buena coordinación entre el sistema de planificación y el de formación. También en considerar la colaboración de diferentes organismos que están implicados en la formación de alumnos y en un buen diseño de objetivos de aprendizaje que tenga elementos de conocimientos, destrezas o habilidades y actitudes. Los estudiantes comienzan a comprometerse durante el período de prácticas en la resolución de problemas y sus acciones basándose en la afirmación de que no hay una solución genérica y universal y es por ello que se necesitan realizar estudios longitudinales para ir estudiando el desarrollo de su competencia clínica (Carreras, 1999; Iríbar *et al*, 1999; Wu *et al*, 2015).

Ramírez *et al* (2011), refieren que la preparación para la transición a la práctica profesional enfermera empieza cuando el alumno se da cuenta de que pronto será responsable de sus propios pacientes, dicha transición de estudiante a profesional es un proceso desafiante, resultado de cambios en la vida, salud, relaciones y entornos. De modo que cuando un alumno asume la responsabilidad, este hecho se vive como una emoción de sufrimiento. Es un desafío para el alumno el hecho de que “se va a quedar solo” en cuanto termine su rol como estudiante y comience su nuevo rol como profesional.

Los alumnos han de adaptarse y aprender del ámbito profesional lo antes posible, porque si esto no ocurre en las primeras etapas de su formación se dará lugar a un estancamiento y desgaste de los alumnos por ello, los estudiantes también tienen que sentir que pertenecen al equipo de enfermería y que se comportan cada vez más como enfermeras. Tal como refieren Andrew *et al* (2009), los estudiantes suelen aprender a través del compromiso con el trabajo de enfermería.

Los estudiantes de enfermería pueden percibir contrastes con respecto a las prácticas clínicas y la teoría. Percibir este contraste no tiene por qué ser una experiencia negativa porque obliga a los alumnos a tener un pensamiento crítico y una oportunidad de aprendizaje. Sin embargo si no se les prepara para este fenómeno, tal como refieren Meyer y Xu (2005), pueden presentar una respuesta desadaptativa. Por ello los docentes en enfermería han de ser conscientes de este hecho y preparar a los alumnos para esa posible discordancia entre teoría y prácticas clínicas. De por sí, ya los planes de estudio de enfermería deben incorporar intervenciones para paliar esta disonancia de modo que los estudiantes no pierdan la motivación e ilusión sin tampoco obviar los ideales académicos.

El estudiante se encuentra en una situación de marginalidad ya que se encuentra entre dos culturas diferentes: la académica y la profesional. Esta circunstancia hace que el estudiante no se sienta integrado en los equipos de trabajo y muestre insatisfacción porque los lugares de prácticas no cumplen con sus expectativas. La adaptación e integración del alumno al ambiente profesional hace que saque a relucir su propia vulnerabilidad ante lo desconocido, y su evidente preocupación al enfrentarse a situaciones de duda, miedo e inseguridad. Trata de poder superar estas vivencias con los conocimientos que tiene hasta el momento. Los alumnos pueden experimentar un proceso de

aprendizaje en el que comienza a percibir cuáles son sus fragilidades: comprenden el dolor o el sufrimiento emocional.

Estas son las peores vivencias que pueden presentar los estudiantes, ya que las vivencias relacionadas con el temor a la vivencia de la muerte de un paciente, la duda de si serán competentes o, incluso, las relaciones interpersonales, les preocupan. Las situaciones en las prácticas clínicas son más estresantes que las relacionadas con el rol de estudiante, ya que las consecuencias de los actos en el contexto clínico son más graves (Andersson, 1995; Rhead, 1995; López-Medina y Sánchez-Criado, 2005; Bentata, 2007; Kempfer y Carraro, 2012; De la Piedra Cubells *et al*, 2011; Suresh *et al*, 2012).

Melincavage (2011), señala también que otro hecho que viven con estrés las estudiantes es el menosprecio por parte del equipo de trabajo, ya que se les margina en muchos aspectos por considerarlas estudiantes y no se les tiene en cuenta en muchas circunstancias. Aparte de ser recriminadas en público o de ser presionadas para trabajar con mayor celeridad.

El alumno aprende mejor en el entorno de prácticas si el ambiente es positivo. La figura de un tutor clínico motivado e implicado en la docencia, por lo tanto, tiene un papel relevante en la acogida y formación del alumno durante las prácticas clínicas ya que aumenta su satisfacción personal durante este período. Los estudiantes en el último curso de carrera han de percibir que son parte del grupo de trabajo donde realizan sus prácticas (Juanola Pagés *et al*, 1998; Brown *et al*, 2012; Jonsén *et al*, 2013; Bos *et al*, 2015).

Los alumnos de último curso se encuentran preocupados por su futuro laboral y profesional, y la incertidumbre que esta circunstancia les genera. En esta etapa presentan un agotamiento emocional por la inminente incorpo-

ración laboral pudiendo este hecho afectarles en su estado de salud. Las mayores fuentes de "estrés" que presentan los alumnos en esta etapa son la falta de habilidades en el cuidado de los pacientes y la falta de conocimiento clínico, ya que son conscientes de estas limitaciones para ejercer su profesión en el futuro (Villa Gangolells y Escayola Maranges, 2001; Nash *et al*, 2009; Hasson *et al*, 2010; Jiménez *et al*, 2010; Montesinos y Gago Velasco, 2013; Ríos Rísquez *et al*, 2013).

El "*desconocimiento ante una situación clínica*" produce estrés en el alumno en prácticas. Los programas de formación práctica deben tener en cuenta planificar intervenciones para reducir el estrés entre los alumnos y las necesidades de aprendizaje para poder maximizar la integración de teoría y desarrollo de habilidades en el contexto hospitalario con escasez de personal y recursos (Medina y Sánchez Criado, 2005; García Angiano *et al*, 2013; Milton-Widley *et al*, 2014).

Existe la posibilidad de que los estudiantes de cuarto curso puedan realizar prácticas con el método de simulación ya que puede permitir a los estudiantes experimentar situaciones que les ayudará a prepararse para la realidad profesional. La simulación está empezando a tener buenos resultados en la adquisición de habilidades y en la toma de decisiones clínicas en un contexto seguro para el alumno que necesita de más oportunidades para aprender de la propia realidad profesional y la asimilación de la teoría y de la práctica. Este método está teniendo una buena acogida por parte de los alumnos ya que se sienten más motivados y aprovechan mejor su formación. Aún hoy se necesitan más estudios e investigaciones acerca de este método de aprendizaje para evaluar su eficacia (Hickey, 2010; McGrath *et al*, 2012; Botma, 2014; Levett-Jones y Lapkin, 2014; Liaw *et al*, 2014).

1.1.2. Período de transición. “Reality Shock”: un cambio cultural.

Kramer (1974), describe el período de transición como un reto tanto para la enfermera recién egresada como para las instituciones que le acogen y lo describe como un fenómeno cultural: hay un choque entre las ideas que tiene la enfermera novel, las cuales ha aprendido y asimilado dentro del entorno del mundo académico, y la realidad laboral, la cual es nueva para la principiante.

El proceso de transición de estudiante a enfermera novel es considerado como un rito de paso común que vive la enfermera recién graduada (Tradewell, 1996; Godínez *et al*, 1999; Delaney, 2003; Jewell, 2013). El término de *rito de paso* fue utilizado por primera vez por Van Gennep en 1909, en el que según este autor “*todo individuo pasa por varios estatutos en el transcurso de su vida y las transiciones están frecuentemente marcadas por ritos elaborados de distinta forma según las sociedades*”. El nacimiento, el matrimonio, la muerte, ser madre, etc. Se consideran ritos de paso de igual modo que todo aquello que rodea el acceso a un estatus profesional, religioso o político, entre otros (Van Gennep, 1986; Muller, 2008).

“Los principales autores son separados de las rutinas asociadas a su vida anterior. En segundo lugar, se dan pasos físicos y simbólicos decisivos para extinguir los estatus anteriores” (Harris, 1990: 394-395). *“Allí donde tanto las edades como las ocupaciones están separadas, este paso va acompañado de actos especiales que por ejemplo en el caso de nuestros oficios constituyen el aprendizaje [...] es el hecho mismo de vivir el que necesita los pasos sucesivos de una sociedad especial a otra y de una situación social a otra”* (Van Gennep, 1986).

“Las transiciones son pasos o cambios de una situación, condición u otro estado a otro que ocurren en el tiempo. Se clasifican en cuatro tipos:

desarrollo (convertirse en padre, crisis en la mediana edad de la persona), situacional (titularse en enfermería, cambios de carrera, divorcio), salud-enfermedad (hacer frente a una enfermedad crónica), y organizacional (cambio de líder, nuevos encargados)” (Zerwekh y Claborn, 1997).

Las transiciones son como “*períodos en los que el cambio tiene lugar en un individuo o en un entorno y que poseen algunas características comunes. Estas características son la desconexión de los nexos y apoyos sociales anteriores, la ausencia de puntos de referencia familiares (objetos o personas), la aparición de nuevas necesidades, la costumbre, la incongruencia entre los antiguos conjuntos de expectativas y las que prevalecen en la nueva situación*”. Las experiencias en las transiciones no son unidimensionales. Cada transición tiene su singularidad, complejidad y múltiples dimensiones (Meleis *et al*, 2000).

Para Kramer (1974), el *reality shock* -en castellano choque con la realidad- es un concepto que se usa para describir el fenómeno y las reacciones propias de los nuevos trabajadores cuando se encuentran en una situación laboral para la que se han preparado durante años y en la cual piensan que están preparados, y entonces, de repente, sienten que no lo están. Un fenómeno de choque con la realidad que tiene varias visiones aunque la autora se centra en el choque cultural.

El choque cultural, según Kramer (1974) y Oberg ([1960] 2006), viene dado por la sorpresa y reacciones cuando una persona descubre que su propia cultura no es necesariamente la única o la mejor en cuanto interactúa con una nueva vida social y con las personas que llevan esa nueva vida social. Este tipo de shock se da muy a menudo en grupos de personas que se encuentran en un entorno o ambiente que controlan, y pasan súbitamente a otro entorno con variaciones en los patrones culturales. Esto lo suelen experimentar los indios, personas amish, etc. El shock cultural ha sido mencionado

por antropólogos, misioneros, cooperantes internacionales, trabajadores, etc., que refieren que la persona que sufre el shock cultural suele sentirse como pez fuera del agua. Kottak (2011: 56), además añade que el choque cultural "se trata de un extraño sentimiento de alienación: es escalofriante hallarse de pronto sin algunas de las señales más ordinarias, triviales -y por tanto básicas- de la cultura propia".

El concepto de choque, como indica Kramer (1974), es el fenómeno de *shock* social que está relacionado con el *reality shock* o choque con la realidad. Por definición, el choque cultural es un estado de ansiedad causado por la pérdida de los signos y símbolos de las relaciones sociales familiares de una persona, cuando de pronto entra en contexto con un sistema cultural muy diferente al de su propia cultura de origen.

Si la universidad y el entorno laboral se han visto como subculturas distintas con sus propios sistemas de valores, signos y símbolos de relaciones sociales opuestas, se puede entonces hacer un paralelismo con una persona que emigra de un país a otro, con el de la enfermera novel que se incorpora a trabajar por primera vez. El *shock* se manifiesta en una variedad de formas que generalmente, según Kramer, se desarrolla en las siguientes fases: *honeymoon*, luna de miel, *shock and interjection*, conmoción y rechazo, *regression*, regresión y *recovery*, recuperación.

- **Fase de luna de miel:** cuando una persona entra en una cultura extraña a la suya, o ser nuevo en un mundo laboral, su primera reacción suele ser de ilusión o fascinación. La nueva enfermera se encuentra en apogeo en la nueva cultura laboral.
- **Conmoción y rechazo:** la enfermera novel entra en contacto diario con los nuevos valores que percibe, y las formas de llevar a cabo las cosas. Esta es una fase crucial. Se da una

situación de mala adaptación. Aunque las reacciones de la enfermera novel pueden variar, existe una forma de rechazo a la cultura del nuevo mundo laboral.

- **Regresión:** esta fase está acoplada a la anterior. La enfermera recién egresada echa de menos los valores que se le inculcaron en el ambiente de la escuela de enfermería y que no le ayudan a adaptarse a la nueva cultura. Se observa preocupación por el pasado y se sueña despierto. Las enfermeras noveles se ponen en contacto con sus antiguos profesores. Esta reacción en el contexto del *shock* cultural se denomina "volverse nativo" y se caracteriza por un proceso en el que se adopta la nacionalidad y la cultura del nuevo entorno y se rechaza la propia sin reservas, para poder superar esta fase. Relacionándolo con el choque con la realidad, este fenómeno de regresión se puede observar en las enfermeras noveles que comienzan a posicionarse en contra de los valores e ideas que tienen de la escuela de enfermería y se acogen a los de la institución en la que trabajan. Como resultado, la enfermera novel llega a sentir como que "no vale para esto" o llega a afirmar "yo no caigo bien", refiriéndose al equipo o institución donde trabaja. Las respuestas de la enfermera novel en esta fase son cólera, hostilidad y frustración, así como fatiga y cansancio.
- **Fase de recuperación:** un primer signo con el que se empieza esta fase es con el de sentido del humor. Hay una disminución de la tensión y una visión más positiva de la realidad, valorando aquello positivo de la cultura que le acoge. Con este hecho, la etapa final del biculturalismo finaliza. Esto es un grado de comprensión de la nueva cultura de manera que la enfermera novel puede comenzar a reaccionar de una forma apropiada. Ni renuncia a la cultura de origen, ni se renuncia ni se fusiona con la nueva cultura.

No obstante no todas las personas tienen que vivir esta realidad de la misma manera. Desde un punto de vista psicológico, se pueden hallar más diferencias que similitudes sobre todo si tenemos en cuenta que el ser humano es un ser socializador dentro de un sistema que tiene más similitudes que diferencias. La importancia de este tipo de *shock* también radica en la importancia de cómo las nuevas enfermeras perciben, experimentan y comparten sus vivencias. El término de choque con la realidad puede ser aplicado a una enfermera que es asignada a un nuevo servicio desconocido para ella, y que se siente de nuevo como si fuera una estudiante.

A continuación se detallan las diferencias que existen entre ambos conceptos:

- El *shock* cultural es un hecho universal, y de alguna manera afecta a prácticamente todas las esferas de la vida de una persona además de considerarse un hecho más dramático que el choque con la realidad.
- La mayoría de las personas que llegan a una cultura extranjera, saben que no van a cambiar la cultura del país que les acoge; estas personas saben que se han de adaptar, sin embargo esto no ocurre con el fenómeno de choque con la realidad.
- El choque con la realidad es más gradual, puede durar más en el tiempo y genera mucha ansiedad. En cambio el *shock* cultural es más completo, más agudo y está llamado a tener una resolución más rápida.
- También existen diferencias en cuanto a la adaptación en cada uno de los shocks: en el *shock* cultural es temporal, mientras que la adaptación en el choque con la realidad es la creación de un hábitat en el cual una persona puede ser productiva, eficiente y que probablemente este hecho le lleve un largo período de tiempo.

- Durante el *shock* cultural, una persona puede apoyarse en personas de su misma cultura en la comunidad que le acoge. En el choque con la realidad esto no ocurre.
- Con la enfermera novel recién llegada al mundo laboral es menos probable que en su condición de “nueva” no sienta tolerancia, entendimiento, etc., como sería en el caso de un extranjero que llega a un nuevo país, ya que su apariencia externa y cualificación es similar de quienes le acogen. En el caso del choque con la realidad la enfermera novel llega con uniforme y con el título en la mano para poder llegar a ser competente.
- En el *shock* cultural se tiende a desarrollar la idea de que la cultura propia es superior a la extranjera. En el choque con la realidad, las enfermeras noveles, con los ideales que tienen de la escuela de enfermería, no creen que hayan tenido una formación adecuada.

El concepto de shock explica “*la reacción individual de quien ha recibido una formación en su campo y justo comienza a trabajar*” (Zerwkh y Clabom 1997; Caliskan y Ergun, 2012). El choque afecta a la propia seguridad de la enfermera, y a su autoestima (Cowin y Hengstberger-Sims, 2006). Se puede definir como “*un salto repentino al fondo de la piscina*” (Duchsher, 2009). La decepción a que no es lo esperado, es el sentimiento que más predomina entre las nuevas enfermeras (Tastan *et al*, 2013).

La enfermera principiante siente temor a ser ya independiente con los pacientes a su cargo o a enfrentarse a nuevas situaciones desconocidas, siendo el primer año algo similar a una carrera de obstáculos con experiencias que pueden llegar a ser traumáticas (Kelly, 1996; Delaney, 2003; Casey *et al*, 2004; Valdez, 2008).

En el trabajo realizado por Ellerton y Gregor (2003), se observa que las nuevas graduadas no se definen como preparadas pero no se

sienten como incompetentes. Se evidencia que las nuevas enfermeras sienten que están bien formadas, pero perciben un vacío entre lo que se enseña en las aulas y la realidad laboral. Necesitan más tiempo para sentirse como competentes en muchos aspectos (Gerrish, 1992; Kapborg y Fischebein, 1998).

Leducq *et al* (2012), ponen de manifiesto que el primer puesto de trabajo como profesional, así como la transición de estudiante a profesional, es un período complejo y dinámico. Es un período en que además la preparación y el apoyo son cruciales. Se necesitan más innovaciones para mejorar el apoyo en el período de transición, clarificar las expectativas y el apoyo entre compañeros.

Tal como argumenta Boychuk Duchscher (2008), el período de transición implica un crecimiento profesional y personal. Durante el primer año como profesional, la enfermera pasa por tres etapas: una primera que es en los tres primeros meses denominada *doing* (hacer), donde está preocupada por lo que piensen o esperen de ella, y por cumplir con sus obligaciones, tareas y responsabilidades a tiempo. Aquí se da cuenta de que no se siente preparada. Durante los 4-5 meses siguientes, empieza a dejar de sentirse saturada y comienza a sentirse más cómoda con sus nuevas responsabilidades, han aumentado sus conocimientos y ha mejorado sus habilidades. Esta fase se denomina *being* (ser). Hasta que no llega a los tres últimos meses de su primer año como profesional, la enfermera novel no se siente cómoda e integrada en su equipo de trabajo. Esta última fase se denomina *knowing* (conocimiento). Como apuntan Wu *et al* (2012), durante este tiempo se pueden dar abandonos de la profesión.

Shoessler y Waldo (2006), explican un modelo de transición que vive la enfermera novel durante sus primeros 18 meses de trabajo. Este período también lo remarcan como un reto

para la nueva enfermera. Durante este año y medio, la enfermera recién egresada pasa por tres diferentes etapas o fases.

La primera denomina *ending*, que abarca los tres primeros meses de trabajo, la enfermera aprende a realizar tareas y procedimientos. Debido al tiempo que dedica a ello, se siente frustrada por no poder dedicar más tiempo a la relación terapéutica con el paciente que antes como estudiante tenía. Además ve como un reto aquellas situaciones que presentan los pacientes, sintiendo frustración por no estar a la altura dada su limitación profesional. También les supone un reto organizarse para llevar a cabo su trabajo. Se sienten dependientes del equipo, sintiendo temor al interactuar con el personal médico. Los hechos que les marcan como profesionales durante esta etapa son el fallecimiento de su primer paciente, el primer error que comete como profesional y el desarrollo de nuevas habilidades.

La segunda etapa se denomina *neutral zone* y corresponde a los siguientes 4-9 meses de ejercicio profesional. En esta fase perciben temor por aquello que les puedan preguntar los pacientes y que no sepan responder. Su organización al trabajar comienza a mejorar dado que algunas se convierten en rutinas. Comienzan a integrarse mejor en el equipo de trabajo. La comunicación con los médicos mejora, pero la siguen percibiendo como un problema. Sienten preocupación por la calidad asistencial en relación a la eficiencia que se les exige y a los recursos que tienen para trabajar. Los hechos que les marcan en esta fase es que ya sienten seguridad al responder a cuestiones y temas que plantea el resto del equipo.

La tercera fase se llama *new beginning* que va desde los 10 meses de trabajo a los 18 meses. En esta última etapa la familia de los pacientes surge como nueva demanda, sintiéndose más cómodas con los procedimientos de cuidados aunque les cuesta poder recordar los



nombres de todos sus pacientes. Ya en este período aprenden a improvisar en relación a organizarse durante la ejecución de su trabajo. Comienzan a sentirse integradas dentro de la unidad de trabajo, aunque siguen demandando mejorías en cuanto a la dotación de personal. La relación y comunicación con los facultativos médicos es algo que continúa preocupando, sin embargo ya se observa mayor seguridad en este campo. Los hechos que les marcan son que ya comienzan a sentirse mejores enfermeras, incluso se llegan a comparar ellas mismas con las enfermeras que les preceden recién tituladas. Son capaces de completar tareas a tiempo y asumen mayores responsabilidades.

Kelly (1998), describe las seis fases que atraviesan las enfermeras recién egresadas: 1. vulnerabilidad; 2. el paso del día -el día laboral se vive como una "supervivencia"-; 3. sufrir angustia moral; 4. sentirse alienada; 5. asumir la pérdida de los ideales y 6. Se asume el nuevo concepto profesional.

Wangensteen *et al* (2008), describen el primer año como profesional como un período de crecimiento y desarrollo. Durante este primer año se pasa por tres etapas, cada una de ellas compuesta por tres subcategorías. La primera fase es "la experiencia de ser la nueva": se caracteriza por incertidumbre y caos, la necesidad de introducirse en la profesión y la

necesidad de tener un ambiente y un entorno que les apoye. La segunda fase se denomina "adquirir experiencia como enfermera". En esta etapa manifiestan necesidad de reconocimiento, concienciación sobre la responsabilidad y la necesidad de tener buenas experiencias. La tercera y última fase dentro del primer año se menciona como "adquisición de competencias" que incluye la reflexión de haberse convertido en un profesional experimentado y la gestión de situaciones difíciles. Se concluye en el estudio que este período es duro para las enfermeras, pero les reconforta haber aprendido de las experiencias aprendidas.

Goode *et al* (2009), describen el proceso de transición con un patrón en forma de V que entiende que la enfermera comienza muy motivada con su nuevo trabajo, progresivamente decae su entusiasmo cuando va asumiendo su nuevo rol profesional y finalmente vuelve a incrementarse su motivación con el nuevo desempeño profesional antes de los doce meses. Se demuestra que se necesita al menos un año para que las enfermeras noveles vuelvan a sentirse realizadas como profesionales.

A continuación se resumen las fases por las que pasa la enfermera novel durante sus primeros meses de transición según las autoras referenciadas anteriormente.

FASES O PASOS DE LA ENFERMERA NOVEL SEGÚN DIFERENTES AUTORAS	
Kramer (1970)	1. Fase de luna de miel; 2. Conmoción y rechazo; 3. Regresión y 4. Recuperación
Kelly (1998)	1. Vulnerabilidad; 2. El paso del día, 3. Angustia moral, 4. Sentirse alienada, 5 Asumir pérdida de ideales y 6. Se asume el nuevo concepto profesional
Boyчук Duchscher (2008) (Primer año de trabajo)	1. Fase <i>doing</i> (3 primeros meses); 2. Fase <i>being</i> (4-5 meses siguientes) y 3. Fase <i>knowing</i> (3 últimos meses)
Shoessler y Waldo (2006) (18 primeros meses de trabajo)	1. Etapa <i>ending</i> (3 primeros meses); 2. <i>Neutral zone</i> (4-9 meses siguientes); 3. <i>New beginning</i> (10-18 meses)
Wangenstein <i>et al</i> (2008) (primer año de trabajo)	1. La experiencia de ser la nueva; 2. Adquirir experiencia como enfermera; 3. Adquisición de competencias
Goode <i>et al</i> (2009) (Transición en forma de "v")	1. Comienzo con motivación; 2. Decrece la motivación y 3. Se asume el nuevo rol con una nueva motivación

Tabla 1. Resumen del paso de estudiante a profesional según diferentes autoras. Elaboración propia.

Benner (1974), en la obra de Kramer (1974), describe un programa para el estudio del choque con la realidad. Tras elaborar dicho programa y ejecutar una investigación llega a las siguientes conclusiones:

- El primer empleo es una gran prueba. Las enfermeras noveles ven en su primer trabajo una prueba para determinar si pueden llegar a ser enfermeras o no, y determinar el tipo de enfermera que van a lograr ser.
- La enfermera principiante es susceptible de sentirse víctima y a permanecer con el rol de víctima.
- El primer empleo es vivido como un proceso de endoculturación, experimentándose un choque con la realidad.

En palabras de Harris (1990: 29), "la endoculturación es una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven

a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales".

Los problemas que tienen que hacer frente las enfermeras recién graduadas al entrar en el mundo laboral no son nuevos. Estos problemas pueden partir de no saber reconocer los problemas de desarrollo profesional que presentan las nuevas graduadas una vez comienzan a trabajar, y a la falta de modelos o protocolos para ello. El apoyo durante el período de transición puede ayudar a que la nueva enfermera pueda tomar decisiones y desarrollar juicios clínicos y brindar así una atención integral mejor la transición sigue resultando un problema. (Ferguson y Day, 2007; Haddad *et al*, 2013).

1.1.3. Vivencias y desafíos percibidos por las enfermeras noveles.

Las enfermeras recién egresadas, ven como desafíos que les preocupan aspectos relacionados con la inseguridad, la responsabilidad,

la preparación, el entrenamiento, los conocimientos y la seguridad. Le dan muchísima importancia a sus primeras experiencias en los primeros años como profesionales. La transición es de por sí un reto, máxime porque las enfermeras noveles se centran en las tareas y exigencias organizativas de la institución de trabajo, mientras sus capacidades se ven limitadas por su ansiedad, por la falta de experiencia y por la limitación de desarrollar juicios clínicos. Por esta razón, las enfermeras sienten frustración porque no pueden cumplir con sus expectativas como profesionales competentes. Los principales errores que comenten las nuevas enfermeras se relacionan con la administración de fármacos, de ahí que se sientan preocupadas por la seguridad del paciente y de que insistan en el apoyo y formación para reducir las tasas de error (Brown y Edelman, 2000; Andersson *et al*, 2005; Ferguson y Day, 2007; Cleary *et al*, 2013; Saintsing *et al*, 2013).

La responsabilidad es un estresor importante que sufre una enfermera durante su proceso de transición. Esto, a la larga, afecta a un buen número de áreas de trabajo como la organización en el trabajo, la habilidad para la prioridad en determinados cuidados, tiempos de actuación, administración de medicación o en la toma de cualquier decisión. Es evidente que los altos niveles de ansiedad que sufren las nuevas enfermeras se relacionan con la responsabilidad en el desempeño de su rol (Clark y Holmes, 2007; Higgins *et al*, 2007; O'Shea y Kelly, 2007).

1.1.4. Condiciones laborales en España.

El hecho de considerar a las enfermeras como personal fácilmente intercambiable, es algo que se ha puesto en entredicho. Comenzar la carrera profesional en España no es algo fácil. Las enfermeras recién egresadas tienen contratos que cuestionan los mínimos de dignidad,

esto pues se traduce en altos niveles de precariedad laboral y por tanto en inestabilidad laboral. En las organizaciones sanitarias se prioriza la política económica a corto plazo que la calidad. Las nuevas enfermeras que se incorporan a unidades de hospitalización, desconocidas para ellas, sólo cuentan con los conocimientos que adquieren durante los períodos de prácticas a lo largo de su formación. Las prácticas clínicas dan una visión general de la profesión, de ahí que los nuevos profesionales de enfermería puedan presentar dificultades para asumir pacientes con total responsabilidad. Durante los primeros años de vida profesional y laboral, las enfermeras, por lo general, trabajan cubriendo puestos en períodos de vacaciones o bajas, siendo contratos cortos. El desconocimiento de una nueva unidad de trabajo, de los protocolos a seguir, de las medicaciones a administrar, de los cuidados a realizar y las patologías a tratar genera inseguridad en las nuevas enfermeras (Benner, 1987:203; Ramió, 2005; Blanco García, 2012).

1.1.5. Vivencia del estrés en la enfermera novel. Consecuencias.

Según Kramer (1974), algunos autores hacen una distinción entre choque cultural y estrés cultural. Esta distinción también puede ser usada en relación al choque con la realidad. Una persona que se adentra en una cultura radicalmente opuesta es invadida constantemente con sentimientos de incertidumbre y extrañeza.

El primer año es un período estresante para la nueva enfermera. Convertirse en profesional es un proceso que conlleva muchas pruebas y retos conformando un período no estático ni lineal. Estas pruebas o retos que perciben las enfermeras noveles pueden tener diferentes grados de afectación en diferentes momentos dentro del primer año de trabajo, además de

que hay diferentes factores que pueden influir para que una enfermera se plantee cambiar de empleo durante ese primer año. La insatisfacción laboral y el estrés en los primeros meses de la vida laboral repercuten de manera negativa en el profesional novel. Provocan baja autoestima y por ende mayor inseguridad en el cuidado de los pacientes. Incluso se determina que el trato del paciente a la enfermera influye en ello, y las condiciones laborales (Delaney 2003; Ferri, 2006; Tena y Feito 2008; Cañadas de la Fuente *et al*, 2010; Takase *et al*, 2012).

Durante el primer año laboral muchas enfermeras abandonan la profesión por el estrés laboral, el poco apoyo que perciben, las dificultades en las relaciones con el resto del equipo, las no razonables cargas de trabajo o por el ambiente hostil por tanto los hospitales tienen un “tiempo de oro” para retener a las enfermeras noveles cuando éstas comienzan a trabajar, dado que si las acciones de retención y de apoyo no se realizan al comienzo de la etapa laboral los altos niveles de estrés pueden provocar abandonos de los puestos de trabajo ya que los tres primeros meses de trabajo son los más estresantes de su carrera. El planteamiento de abandonar la profesión está relacionado con el respaldo que tengan o no de sus propios compañeros, la organización del lugar de trabajo y la escasez de personal o por las difíciles cargas de trabajo. Estas circunstancias influyen en la imposibilidad de mejorar las habilidades y el pensamiento crítico en el trabajo (Christmas, 2007; Klein 2009; Pennbrant *et al*, 2013; Cheng *et al*, 2014).

La angustia vivida por el profesional, causada por la compleja tarea que ha de llevar, se manifiesta con síntomas que afectan a su salud física, que se manifiesta con el decaimiento del ánimo, de las capacidades cognitivas, con unas relaciones interpersonales cada vez más distantes y hostiles en el ámbito familiar y en el laboral. A nivel psicológico, la enfermera demanda tener un ambiente más favorable o

tener a un tutor (Cabrera, 2002; Ketelaar *et al*, 2015).

1.1.6. Las relaciones interpersonales, el ambiente laboral y su influencia.

Los problemas interpersonales entre los grupos de trabajo en que se encuentran las noveles pueden afectar al desarrollo de su seguridad y confianza. Los conflictos interpersonales se relacionan con abandonos de la profesión y desgaste profesional con consecuencias emocionales. Las nuevas graduadas están en una posición muy vulnerable con respecto al resto de plantillas de enfermería (Rhéame *et al*, 2011; Spence Laschinger *et al*, 2012; Jewel, 2013).

La enfermera novel no se siente capacitada para manejar un ambiente de trabajo intenso, con tecnología compleja y pacientes graves a su cargo. Hecho que influye en el abandono de la profesión o rotación de trabajo. También dicho entorno está influenciado por el ambiente hostil del que forman parte de colegas enfermeras, médicos, pacientes o familiares. Se considera un comportamiento poco profesional, y poco ético, del resto de compañeros de la enfermera novel, todas aquellas prácticas relacionadas con una crítica negativa, menosprecio e intimidación hacia la propia enfermera principiante (Beecroft *et al* 2001; Halfer y Graf, 2006; Vogelpohl *et al*, 2013; Walker *et al*, 2013; D'ambra y Andrews, 2014; Freeling y Parker, 2015).

Las razones para abandonar la profesión están relacionadas con el desgaste personal, la insatisfacción laboral, las escasas oportunidades en la mejora laboral, la insatisfacción salarial o la no conciliación familiar debido a los turnos de trabajo. Si se abordase la identificación de los factores que causan el abandono en enfermería se podría retener a más enfermeras

jóvenes. Es importante mejorar la satisfacción laboral en enfermería y esto pasa por mejorar las condiciones laborales, por preparar a las enfermeras durante el período de transición para hacer frente a los ambientes hostiles ya que el ambiente influye en la satisfacción personal de la enfermera (Laschinger *et al*, 2004; Coomber y Barribal, 2007; Flinkman *et al*, 2008; El-Jardali *et al*, 2009; Rush *et al*, 2014).

Existen casos de abusos hacia las nuevas enfermeras por parte de las veteranas. Existe el concepto utilizado por Meissner (1986), "*Eating Our Young*", "nos comemos a nuestras jóvenes", dentro de la profesión enfermera que se relaciona con la violencia horizontal. Años más tarde la propia Meissner (1999), señala que a las enfermeras de nueva incorporación no se les sigue apoyando y recibiendo mejor al llegar a una unidad nueva. Muchas enfermeras noveles llegan a sentirse solas, desamparadas por sus colegas en distintas ocasiones cuando se ven desbordadas en distintas situaciones. Aumentan las exigencias dentro de su entorno laboral (Adler 2009; Dyess y Shermann, 2009; Robinson y Patrick, 2012; Jewell, 2013).

Crear un ambiente laboral aceptable, que promueva el respeto en el trabajo y la confianza, supone que las enfermeras se encuentren más satisfechas y trabajen con mayor motivación e ilusión. Esto se traduce en un ambiente más seguro para pacientes y familiares y en un rendimiento más eficiente de la enfermera. La enfermería es una profesión basada en el respeto y la compasión, no en la aniquilación. Es por ello que se hace un llamamiento a las enfermeras veteranas en el que se argumenta que se ha de cuidar a las nuevas enfermeras. "Dejarse de comer a enfermeras jóvenes", porque serán el futuro de la profesión y la sociedad necesita de enfermeras. Por tanto se necesitan políticas de liderazgo transformacional frente a las de liderazgo abusivo, por parte de los gestores de enfermería (Ferrer Caro, 2001; AbuAlRub, 2004; AbuAlRub *et al*, 2009; Adler 2009;

Alfaro-LeFevre, 2009:4; Lapeña Moñux, 2012; Robinson y Patrick, 2012; Lavoie-Tremblay *et al*, 2016).

1.1.7. Marginalización y estigmatización de la nueva enfermera.

La aculturación es "*un intercambio de características culturales entre grupos en contexto de primera mano*" (Kottak, 2011: 46). Según Baré (2008: 13), "*el término aculturación designa los procesos complejos de contacto cultural por medio de los cuales sociedades o grupos sociales asimilan o reciben como imposición rasgos o conjuntos de rasgos que provienen de otras sociedades*".

En relación a esto, otro fenómeno que se ha estudiado es el de la marginalización de las nuevas enfermeras en su puesto de trabajo. La marginalidad es "*un estado de personas o grupos situados en la periferia, viviendo al margen de la sociedad*" (Xanthakou, 2008: 459). Esto trasladado al caso de las enfermeras noveles, se centra también en el proceso de transición que viven las mismas (Boyчук Duchscher y Cowin, 2004).

La marginación es un concepto basado en un enfoque en las características, funciones y significados de los márgenes, es decir, las fronteras o bordes. Los márgenes se definen como los aspectos periféricos, un límite a indicar en la persona de las redes sociales, las comunidades y entornos. Los márgenes se establecen en varias formas: en contraste con un punto central, de acuerdo con las separaciones que mantienen entre lo interno y externo, o como distinciones entre el yo y los demás (Hall *et al*, 1994).

La estigmatización es otro aspecto que sufre la profesional recién egresada. Se define como una *marca* que tiene una persona, o un grupo

de personas, dentro de un grupo bien amplio (Boychuk Duchscher y Cowin, 2004). La estigmatización es un aspecto de la marginación, a pesar de que no siempre está presente en todos los casos (Hall *et al*, 1994).

Hay personas que sin suficiente formación en algunos empleos, se sienten en la obligación de disimular dicha falta de formación. Por el contrario, también se da la circunstancia que dicha carencia la han de mantener en secreto por el temor de que se les pueda señalar como marginales. En el caso de las nuevas enfermeras se les estigmatiza, o se les marca, como las *novatas* o *las niñas*, entre sus colegas más veteranos que tienen otro estatus. Las administraciones o las plantillas de enfermería veteranas antagonizan con las recién egresadas (Boychuk Duchscher y Cowin, 2004; Goffman, 2006:13).

1.1.8. Aspectos que facilitan el período de transición.

En el trabajo realizado por Romyn *et al* (2009), se constata que se han de encontrar fórmulas para mejorar la transición entre alumno y profesional, al insistir en el ya mencionado vacío entre teoría y práctica y la realidad laboral, además de que no hay suficiente preparación para enfrentar dicha realidad laboral. Aiken *et al* (2002), muestran que la socialización y la incorporación laboral de las enfermeras noveles es un fenómeno crítico que no se ha de obviar debido a la carencia a nivel mundial de enfermeras. Durante el primer año, las nuevas enfermeras presentan ansiedad y estrés, pero esto puede ser mitigado con un programa de orientación formal con un fuerte enfoque en el apoyo y socialización (Cubit y Ryan, 2009).

Los nuevos planes de estudio de enfermería deben incluir una preparación para que las enfermeras noveles sepan enfrentarse a situacio-

nes estresantes y a las prácticas opresivas. Las organizaciones e instituciones sanitarias necesitan abordar cuestiones de socialización como la hostilidad en el lugar de trabajo para poder evitar el desgaste y agotamiento de las recién graduadas (Kelly y Ahren, 2008). Programas de orientación y posgrado ayudan al desarrollo de habilidades clínicas, a aumentar la familiaridad con la institución, así como a ganar seguridad (McKenna y Green, 2004), que en algunos estudios se justifica más allá del primer año como profesional (Dyess y Shermann, 2009).

Las enfermeras al entrar el contexto laboral se encuentran en un ambiente duro para aprender, por lo tanto un ambiente adecuado de trabajo contribuye notablemente a que las enfermeras principiantes se sientan más seguras y cómodas en su práctica profesional. Es necesario que las recién egresadas tengan un ambiente favorable de trabajo donde puedan tener oportunidades y recursos para crecer profesionalmente, ganar autonomía, seguridad y saber hacer frente al estrés sintiéndose en todo momento apoyadas. No sólo está demostrado que un ambiente positivo hace más fácil el período de transición, sino que también mejora la calidad y atención del paciente para que la enfermera no abandone la profesión y así reducir la escasez de enfermeras en Europa (Mabel y Clark, 1998; Ros y Clifford, 2002; Ebright *et al* 2004; Johnstone *et al*, 2008; Zinsmeister y Shafer, 2009; Li *et al*, 2011; Thryose *et al*, 2012; Twigg y McCullough, 2014).

Para facilitar el proceso de transición se han de incluir prácticas en unidades más complejas y que se ha de mejorar la cooperación entre universidades y hospitales. Los gestores deben proporcionar guía y apoyo a las recién graduadas durante al menos seis meses, además de aumentar su carga de trabajo gradualmente comenzando en servicios o unidades sin tanta carga de trabajo para luego rotar a servicios como UCI o urgencias. Se han de revisar los programas de orientación, teniendo en cuenta

la satisfacción laboral de las enfermeras noveles, qué servicios prefieren para trabajar para así disminuir su desgaste. Además sería beneficioso que de cara al futuro se hicieran estudios cualitativos que ayuden a entender mejor las dificultades que viven las recién graduadas (Cho *et al* 2006; Caliskan y Ergun, 2012; Tastan *et al*, 2013).

El papel del tutor para la enfermera novel es importante y no debe ser infravalorado. El tutor sirve como figura de referencia para la nueva profesional, que le ayuda en su nuevo rol y desempeño profesional. (Oermans y Moffit-Wolf 1996; Proehl, 2002; Alfaro-LeFevre, 2009:72; Hill y Swatzky 2011; Robiteille, 2013).

Además hay que indicar que los programas de orientación ayudan a cerrar la brecha entre teoría y práctica, a mejorar la vivencia del choque con la realidad, a un mejor desarrollo de la enfermera novel en su aprendizaje y a una competencia clínica y segura de las nuevas enfermeras sintiéndose más satisfechas en su trabajo siendo más productivas con un aprendizaje recíproco entre novel y veterana. Así la incorporación laboral podría ser un proceso menos traumático ya que el período de transición tiene implicaciones a nivel individual y social. Estos programas de orientación ayudan a mejorar la calidad de la atención de los pacientes y así se logra una mayor retención de nuevas enfermeras (Benner, 1987: 202; Tradewell, 1997; Ferrer Caro, 2001; Aschcraft, 2004; Casey *et al*, 2004; Tomás Lizcano *et al* (2004); Santucci, 2004; Cantrell y Browne, 2005; Cantrell y Browne, 2006; Klein, 2009; Lleixá Fortuño *et al*, 2009; Morrow, 2009; Winslow, 2009; Cockerham *et al* 2011; Rush *et al* 2011; Satcey y Hardy 2011; Sánchez *et al*, 2012; Lleixá Fortuño *et al*, 2013; Maguire, 2013; Freeling y Parker, 2015; Marsh, 2015).

2. ANTECEDENTES RELEVANTES EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y/O FENOMENOLÓGICA EN LOS ÚLTIMOS 16 AÑOS.

El proceso de transición de estudiante a profesional se ha estudiado en países como Estados Unidos, Canadá o Australia y en algunos países europeos y está considerado como el mayor paso que da una enfermera al comienzo de su carrera profesional. Las vivencias que se dan durante esta etapa son similares en diferentes países o culturas, estilos de formación u otras circunstancias (Andersson *et al*, 2005).

Este período de transición, tal como hemos indicado, ha centrado la atención de numerosos estudios a nivel global que buscan las características del mismo así como estrategias de cómo afrontarlo. Hay numerosas e importantes cuestiones acerca del período de transición que pueden influir en la seguridad de la enfermera, tal como los bajos salarios con que suelen empezar las nuevas enfermeras, unido a los altos niveles de estrés, responsabilidad, etc., que pueden contribuir a la aparición del *reality shock* (Cowin y Hengstberger-Sims, 2006).

Greenwood (2000), expone que existen diferencias de opinión entre las enfermeras "de servicio" y las enfermeras docentes en todas las sociedades occidentales con respecto a lo que se espera de las enfermeras recién graduadas. Las enfermeras en servicio se quejan de que las enfermeras recién tituladas no están preparadas. Sin embargo, las docentes reclaman facilitar la incorporación de las enfermeras noveles para que puedan convertirse en enfermeras competentes. Las enfermeras docentes comentan que las de servicio podrían hacer más por facilitar la transición a las nuevas enfermeras. En opinión de esta autora, la formación profesional en enfermería es algo para toda la vida. Las enfermeras docentes se han de encargar de la formación antes de la ti-

tulación y las enfermeras en servicio de la formación tras la graduación. Además insiste en unir fuerzas para crear programas de formación antes de comenzar a trabajar, programas durante la transición y programas de posgrado, que respondan lo mejor posible a las necesidades de aprendizaje de estudiantes y nuevas graduadas.

Thomka (2001), plantea que comprender las percepciones y vivencias de las enfermeras noveles sirve de guía para el desarrollo de estrategias de orientación positiva para inculcar valores, actitudes y comportamientos que garantizan una asistencia de calidad.

Lapeña Moñux (2012), destaca en una de sus conclusiones, que la escasez de producción científica limita poder comparar sus resultados en relación al tema de las actitudes que desarrollan las enfermeras principiantes al incorporarse a una unidad de trabajo y la predisposición de éstas a la hora de desempeñar su trabajo. Coomber y Barriball (2007), sugieren que la investigación cualitativa e incluso la investigación-acción se pueden emplear para estudiar la posible mejora de la vida laboral de las enfermeras y su satisfacción laboral.

A continuación se destacan algunos trabajos de metodología cualitativa realizados en los últimos años de corte fenomenológico, de observación participante o que utilizan la "gran teoría". La mayor parte de los trabajos que se exponen, son de corte fenomenológico y narrativo mediante el uso de entrevistas. En otros se utiliza la metodología de grupos focales o de discusión.

Con esta revisión bibliográfica, se pretende mostrar el estado actual del tema y los trabajos realizados de metodología cualitativa.

2.1. Estudios fenomenológicos narrativos

En este epígrafe, se exponen los resultados de una revisión bibliográfica de trabajos de metodología cualitativa narrativa y/o fenomenológica realizados desde 2002 hasta la actualidad a nivel internacional.

A modo resumen (Tabla II), se exponen los trabajos en dicho período de tiempo. Se detalla el número de participantes de cada estudio, así como el enfoque utilizado dentro de la investigación cualitativa desde trabajos cualitativos convencionales, entrevistas en profundidad, semiestructuradas o abiertas, método de Glaser y Strauss hasta enfoques fenomenológicos inspirados en semiologías de Husserl, Heidegger o Paul Ricoeur con sus conclusiones más destacadas.



ESTUDIOS FENOMENOLÓGICOS NARRATIVOS			
Autores	Participantes / enfoque utilizado	Lugar	Conclusiones más destacadas
Cabrera (2002)	No lo define	Chile	Los sentimientos que están presentes en las enfermeras al enfrentarse a una situación de reanimación son miedo, inseguridad, intranquilidad, nerviosismo, estrés, descontrol y perplejidad.
Delaney (2003)	10 / fenomenología de Hussler	EEUU	La consciencia de la responsabilidad atormenta a las enfermeras, además de suponer estrés e inseguridad. Presentan choque cultural. No se sienten preparadas a nivel emocional. Con el paso del tiempo se sienten reconfortadas por todo el camino recorrido. El apoyo a la enfermera es importante.
Karen Goh et al (2003)	5 / Glasser y Strauss	Australia	Las enfermeras perciben vacíos entre lo que se les enseñaba en las escuelas y la realidad. No tienen tiempo de asumir la nueva realidad, lo que les genera "estrés": se les exige más de lo que pueden ofrecer y existe temor a cometer un error.
Ebright et al (2004)	12 / entrevistas retrospectivas	EEUU	El apoyo a las enfermeras noveles aumenta la seguridad y la calidad de la atención al paciente.
Andersson et al (2005)	18 / entrevistas escritas	Suecia	Las enfermeras necesitan tener muchos conocimientos y destrezas para el cuidado y seguridad de sus pacientes pediátricos.
Farnell y Dawson (2006)	14/fenomenología hermenéutica longitudinal	Reino Unido	Una unidad de críticos es compleja a nivel de socialización, por lo que es importante crear un buen ambiente de trabajo para favorecer su formación.
O'Shea y Kelly (2007)	10 / estudio fenomenológico	Irlanda	Al incorporarse a las unidades, las enfermeras sienten pánico, nerviosismo y temor por la organización del lugar de trabajo, las destrezas, la asignación de alumnos o la ausencia de tutorización o supervisión.
Kelly y Ahren (2008)	13 / fenomenología de Hussler	Australia	Las enfermeras no se sienten preparadas al comenzar a trabajar. Existen problemas con las relaciones interpersonales con las veteranas: tienen problemas para integrarse por el juego de poder y las malas formas que ejercen estas con las principiantes. El hecho de rotar excesivamente por múltiples servicios les causa ansiedad. De hecho se describe un <i>double reality shock</i> .
Zinsmeister y Shafer (2009)	9 / fenomenología	EEUU	Un ambiente positivo con un adecuado apoyo de un tutor a la enfermera genera mayor seguridad. Un tutor y un período de orientación favorecen la adaptación de la enfermera al entorno de trabajo, sintiéndose más segura al trabajar.

Andersson y Edberg (2010)	8 / análisis narrativo	Suecia	Siguiendo la línea de la filosofía de Benner, la propia enfermera madura como profesional. Independientemente del apoyo recibido y de la tutela que tengan, asumiendo cada vez mayores responsabilidades.
Patterson <i>et al</i> (2010)	18 / cualitativo descriptivo	EEUU	Es importante incorporar una tutorización activa y una preparación social para facilitar la transición de la enfermera novel a competente en emergencias. Importante plantear programas de orientación en urgencias.
Malouf y West (2011)	9 / entrevistas en profundidad	Australia	El hecho de rotar y de cambiar de servicio o unidad es un hecho estresante, ya que la enfermera tiene que integrarse de nuevo dentro de nuevos grupos sociales. Existe temor por no encajar y por parecer no tener suficientes conocimientos y se les tache de ignorantes.
Feng y Tsai (2012)	7 / cualitativo descriptivo	Taiwán	Encajar en la nueva realidad profesional puede resultar frustrante a nivel social, personal o competencial. La socialización es dura dentro de la nueva cultura laboral. Se invita a las enfermeras más veteranas a apoyar a las más noveles.
Ostini y Bonner (2012)	5 / metodología cualitativa interpretativa	Australia	Los resultados del trabajo contribuyen a mejorar la situación de las principiantes que comienzan a trabajar en un medio rural, así como a mejorar el empleo, la captación y retención de enfermeras. Se observan más oportunidades para aprender en un entorno rural que en uno urbano.
Saghafi <i>et al</i> (2012)	10 / fenomenología de Husserl	Australia	Las entrevistadas muestran la importancia de saber que pueden contar con alguien que les apoye en la UCI y de que tienen refuerzos positivos por parte de compañeros, superiores y pacientes.
Suresh <i>et al</i> (2012)	31 / preguntas abiertas	Irlanda	La excesiva carga de trabajo, la dificultad en las relaciones interpersonales y la responsabilidad son las principales causas del estrés en las enfermeras
Thryose <i>et al</i> (2012)	9 / fenomenología hermenéutica de Paul Ricoeur	Dinamarca	Las enfermeras no se sienten bien con las condiciones laborales. Dan importancia a la relación entre enfermeras veteranas y noveles, ya que les ayuda a crecer como profesionales. Un ambiente más distendido hace sentir más segura e integrada a la enfermera.
Cleary <i>et al</i> (2013)	17 / estudio cuantitativo y cualitativo. Estudio a gran escala	Singapur	Los primeros meses de trabajo se caracterizan por una constante lucha dentro del mundo laboral. Las entrevistadas advierten a las estudiantes a punto de egresar de la dura realidad del trabajo. Las enfermeras muestran que es importante tener una interacción interpersonal respetuosa y tomar decisiones clínicas de forma racional

Flinkman <i>et al</i> (2013)	3 / narración interpretativa	Finlandia	La falta de realización personal, las exigencias laborales, el contexto laboral o la responsabilidad, influyen en el abandono de la profesión.
Gohery y Meany (2013)	9 / fenomenología según Heidegger	Irlanda	Las enfermeras no se sienten lo suficientemente preparadas en un ambiente estresante y complejo como es el de la UCI. No tienen el suficiente apoyo y formación para incorporarse a trabajar en una UCI.
Hezaveh <i>et al</i> (2013)	21 / cualitativo convencional	Irán	Se destacan las ventajas que tienen los programas de orientación para reducir el estrés de las enfermeras noveles y aumentar su satisfacción personal.
Walker <i>et al</i> (2013)	69 / cualitativo longitudinal	Australia	La transición de la enfermera novel puede verse fortalecida en las relaciones de apoyo entre nuevas enfermeras y enfermeras veteranas.
Hung <i>et al</i> (2014)	15 / fenomenología	Taiwán	Importante que las enfermeras reciban apoyo en su primer año de trabajo para mejorar sus conocimientos y habilidades para trabajar y dar una atención de calidad ya que no hay suficiente preparación en salud mental.
Kankeh <i>et al</i> (2014)	6 / fenomenología descriptiva	Irán	Existen lagunas en la preparación de las nuevas enfermeras en salud mental. Las nuevas enfermeras presentan sentimientos negativos al entrar al nuevo contexto laboral.
Kumaran y Carney (2014)	10 / fenomenología hermenéutica de Heidegger	Irlanda	Asumir la responsabilidad y tener vivencias y sentimientos negativos iniciales son las primeras vivencias de la enfermera: se sienten inseguras a nivel profesional y describen frustración al interactuar con la realidad asistencial. Describen "estrés" para asimilar la nueva realidad.
Morales (2014)	7 / fenomenología	EEUU	La transición de las enfermeras noveles de origen hispano es similar a la de las estadounidenses, pero de una forma más multidimensional por el origen hispano de las mismas dentro de la cultura de EEUU.
Saghafi (2014)	5 / fenomenología descriptiva	Australia	El tiempo, práctica y conocimientos son necesarios para preparar a las nuevas enfermeras que van a incorporarse a la UCI, además de la necesidad de que hayan programas de orientación.

Tabla II. Resumen de los estudios fenomenológicos de los últimos 14 años. Elaboración propia.

2.2. Trabajos realizados mediante grupos focales

Los trabajos realizados mediante grupos focales se muestran a continuación en la tabla III, donde se detallan a modo resumen las características más importantes de cada investigación. Se expone el número de participantes de cada trabajo además del lugar de realización y conclusiones más destacadas.

Tabla III. Trabajos realizados mediante grupos focales. Elaboración propia.

TRABAJOS REALIZADOS MEDIANTE GRUPOS FOCALES			
Autor	Participantes	Lugar	Conclusiones
Mckenna y Grenn (2004)	7	Australia	En los seis primeros meses la enfermera trata de "sobrevivir". En los siguientes seis meses se centra en integrarse. Para la enfermera el primer año de trabajo le provoca estrés e incertidumbre.
Collado (2006)	6	España	Las enfermeras sienten decepción por la nueva realidad profesional. Hay preocupación y miedo por la acogida en el puesto de trabajo y por las condiciones laborales.
Collado (2007)	6	España	Decepción y frustración por la realidad profesional: vacíos entre la realidad y la teoría. Impera un sentimiento de soledad.
Clark y Holmes (2007)	105	Reino Unido	La competencia se relaciona con la confianza, conocimientos y habilidades. Son beneficiosos los programas de orientación. Es poco realista esperar que una enfermera novel pueda ser competente.
Newton y McKenna (2007)	25	Australia	Los programas de orientación ofrecen un buen arropo dentro del duro período de transición, pero también este trabajo de adaptación y orientación se ha de empezar desde la propia formación antes de graduarse.
Clark y Springer (2012)	37	EEUU	Las enfermeras desean seguir formándose en comunicación y de cómo hacer frente al <i>bullying</i> . Se sienten satisfechas con la valoración que los pacientes y compañeros hacen de ellas y les preocupa no saber protocolos o normas.
Lee et al, (2013)	9	Taiwán	Las enfermeras noveles en la cultura de Asia tienen que verse en una lucha por una integración y tienen que adquirir un estatus para ello, percibiendo a las enfermeras más veteranas con una jerarquía mayor lo cual les hace tener dificultades para pedirles ayuda o preguntarles. La enculturación en la que se envuelven requiere una nueva versión de ellas mismas.
Henderson et al (2015)	10	Australia	Los autores dan mucha importancia a la formación y el apoyo constante a la nueva enfermera con tutores y trabajo en equipo.

2.3. Estudios de corte etnográfico

La tabla IV se proporciona un resumen de los estudios de corte etnográficos. La metodología abarca desde observación participante hasta teoría fundamentada. Incluso algunos trabajos se complementan y se triangulan con entrevistas y análisis de documentos.

ESTUDIOS DE CORTE ETNOGRÁFICO			
Autor	Número de participantes. Tipo de estudio.	Lugar	Conclusiones destacadas
Vargas (2006)	Observación participante	Chile	La nueva profesional refiere sentimientos de frustración por no sentirse valorada como profesional.
Mooney (2007)	Doce enfermeras. Teoría fundamentada.	Irlanda	La enfermera siente miedo, preocupación y siente como desafío la responsabilidad o la seguridad del paciente
Danbjørg y Birkelund (2011)	Cuatro enfermeras. Observación participante.	Dinamarca	Las participantes demandan más entrenamiento posgrado y mayor conocimiento en materias como farmacología: no se sienten preparadas.
Bisholt (2012)	Dieciocho enfermeras. Observación participante y entrevistas.	Suecia	Las enfermeras se sienten integradas si el resto del grupo muestra confianza en ellas.
Bjerknes y Bjørk (2012)	Trece enfermeras. Etnográfico con observación participante, entrevistas y análisis de documentos	Noruega	Es importante un ambiente de apoyo durante el primer año de trabajo para que exista una transición adecuada.
Mellor y Greenhill (2014)	Veintiuna enfermeras. Teoría fundamentada.	Australia	Las participantes refieren que hay diferencias entre el apoyo prometido y el apoyo que realmente se les ha dado.

Tabla IV. Estudios de corte etnográfico. Elaboración propia.



OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los significados que las enfermeras egresadas entre 2009 y 2014 de la Universidad de La Laguna atribuyen al desempeño de su puesto profesional tras su incorporación al trabajo en distintas instituciones sanitarias en la isla de Tenerife (España).

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1 Describir la experiencia vivida y lo que experimenta la enfermera en los primeros meses tras su incorporación laboral y al rotar de servicio o unidad de trabajo.

2.2 Identificar si las enfermeras al incorporarse por primera vez a su puesto sanitario, perciben diferencias entre las ideas que tienen de la profesión durante su formación y la nueva realidad laboral.

2.3 Describir las similitudes y diferencias entre la vivencia a la incorporación laboral entre diplomados en enfermería y graduados en enfermería.

2.4 Profundizar en las vivencias de la enfermera con respecto a la responsabilidad, la inseguridad, el temor al error y el ambiente laboral –las relaciones interpersonales- y su interacción en el mismo.

2.5 Identificar las unidades de trabajo que la enfermera novel vive de forma más traumática tras su incorporación al mundo laboral.

2.6 Comprender, desde el punto de vista de las enfermeras, las mejoras que se pueden hacer para facilitar la incorporación laboral.

2.7 Profundizar mediante grupo focal, las vivencias de las enfermeras al comenzar a trabajar y qué mejoras se pueden realizar para mejorar la incorporación laboral.

2.8 Proponer mejoras, mediante grupo focal de expertos, para facilitar la incorporación laboral de las nuevas enfermeras.



15

16

MATERIAL Y MÉTODO

1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el estado actual del tema, que se centra principalmente en los antecedentes y trabajos de carácter cualitativo y/o fenomenológico de la incorporación laboral de las enfermeras noveles, de la que se hace una revisión manual. Esta revisión de la bibliografía se lleva a cabo entre finales de 2014 y principios de 2015. Se utiliza la herramienta de Punto Q que ha sido proporcionado por la Biblioteca de la Universidad de La Laguna. A través de este medio, se acceden indistintamente a diferentes fuentes de información utilizando principalmente las palabras novice nurse, job y phenomenology. Tras finalizar la búsqueda bibliográfica, se realiza una selección manual de los resultados obtenidos. Para gestionar las referencias de esta bibliografía seleccionada, se utiliza la herramienta de Refworks utilizando estilo APA.

2. MÉTODO

2.1. Muestra

La población de estudio se toma entre las enfermeras egresadas entre los años 2009 y 2014 (ANEXO I) en la Universidad de La Laguna, diplomadas y graduadas de la escuela de enfermería que posee dicha institución académica: Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, además de la adscrita Escuela Universitaria de Enfermería Ntra. Sra. de Candelaria. Las participantes en el estudio se eligen por conveniencia. Se realizan 27 entrevistas, de las cuales 18 se graban en audio y 9 se realizan por escrito.

Los participantes reúnen como requisito para formar parte del estudio haber titulado en una de las dos escuelas de enfermería de Tenerife entre los años 2009 y 2014 y haber trabajado en alguna de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas de la isla de Tenerife. No se tuvo en cuenta en la elección de la muestra la edad ni el sexo de los participantes.

En el curso académico 2009/2010, da comienzo el nuevo plan de estudios de grado de enfermería en la Universidad de La Laguna (ANEXO VI), con cuatro cursos académicos, graduándose los primeros titulados de promoción de grado en el año 2013. Hay que reseñar que el plan de estudios de grado en enfermería, en su cuarto curso consta de un prácticum a lo largo de todo el curso. Hasta este curso académico, los estudios de enfermería se rigen por el plan de estudios de diplomado en enfermería (ANEXO V y VIII), que en la actualidad se encuentra ya extinguido. Este plan de estudios había entrado en vigor en 1979 y constaba de tres cursos académicos.

2.2. Recogida de datos.

Se realizan entrevistas semiestructuradas con una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico hermenéutico y posteriormente un análisis del discurso bajo la inspiración de la filosofía de Paul Ricoeur. Dado que el presente trabajo es de corte cualitativo fenomenológico, tiene un carácter holístico. Con el enfoque fenomenológico se pretende explorar y describir los fenómenos que están presentes en las conciencias de las enfermeras que han tenido la experiencia de incorporarse al contexto laboral y profesional en Tenerife.

Dichas entrevistas individuales se realizan durante el año 2015 y consisten en entrevistas orales e individuales cara a cara, de las cuales 18 son grabadas en audio. También se realizaron entrevistas a 9 personas que por diversas circunstancias no pudieron asistir personalmente a la entrevista o que prefirieron realizarla por escrito. Se les envió el modelo de entrevista vía correo electrónico, remitiendo las respuestas por el mismo medio. Los participantes que han sido entrevistados por escrito han sido los siguientes: Diplomada ULL 09.4. ; Diplomada ULL 11.3.; Diplomada Cande. 11.2.;

Graduada ULL 13.1.; Graduada ULL 13.2. ; Graduada ULL 14.2. ; Graduada ULL 14.3.; Graduado Cande. 13.1. ; Graduado Cande 14.1.

Mediante la técnica de la entrevista se pretende obtener información y comprender los puntos de vista y las experiencias de las enfermeras al incorporarse al mundo laboral en Tenerife, fenómeno a estudiar en el presente trabajo. Las entrevistas realizadas mediante encuentros cara a cara al haber concertado una cita con la participante, tienen un carácter flexible y dinámico para poder perseguir la comprensión de las experiencias que tienen las entrevistadas. Se utiliza una muestra de 27 participantes para realizar una inducción analítica para así poder fortalecer la validez de este trabajo cualitativo, ya que en torno a los 12 casos estudiados existía una saturación teórica.

2.3. Grupos Focales

En el procedimiento del presente estudio se conforman dos grupos focales de discusión tras la realización de las entrevistas. Con la formación de los grupos focales se pretende llevar a cabo una triangulación y complementariedad de los datos obtenidos mediante las entrevistas orales. Los grupos focales, que son una herramienta complementaria a las entrevistas, son útiles para poder obtener un punto de vista diferente de los resultados obtenidos o para poder obtener una visión complementaria de los resultados.

En el primero con cinco profesionales de enfermería de diferentes áreas y ámbitos de la isla de Tenerife, participan dos profesores titulares de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna, una profesora asociada de prácticas de la Escuela Universitaria Ntra. Sra. de Candelaria, un docente en la especialidad de salud mental en el Hospital Universitario de Canarias y

otro de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en Tenerife. Dicho grupo de expertos, profundizan en la visión de la profesión desde su experiencia y trayectoria profesional y docente (ANEXO III). Con este grupo focal se trata de realizar una triangulación de los resultados obtenidos de las entrevistas individuales. El grupo de expertos está formado por docentes y profesionales que trabajan en el contexto profesional y laboral al que entran a formar parte las participantes de este estudio. Su perspectiva del tema en relación a la incorporación laboral de las enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna, facilita la contrastación de lo manifestado por las enfermeras participantes.

El segundo grupo se conforma con cuatro enfermeras que participaron también en las entrevistas individuales: Diplomada ULL 11.1.; Graduada ULL 14.1.; Diplomada Cande. 10.2., y Diplomada Cande. 11.1. El citado grupo indaga las vivencias en la incorporación laboral y las mejoras que desde su punto de vista se pueden realizar para mejorar la incorporación a las instituciones sanitarias tanto privadas como públicas de Tenerife (ANEXO IV). Este grupo focal se forma para realizar una complementariedad y una triangulación de lo manifestado por las enfermeras en los resultados de las entrevistas individuales. Mediante dicho grupo focal, el investigador se centra en qué ideas nuevas aportan un grupo de enfermeras, que han participado en las entrevistas, al debatir sobre el tema planteado.

2.4. Análisis de datos

Una vez hecha la recogida de datos de las entrevistas individuales y de los grupos focales, se procede a la transcripción de las entrevistas orales y recogida por correo electrónico de las entrevistas realizadas por escrito además de realizar la transcripción de los grupos focales.

Para llevar a cabo el análisis de discurso se realiza una selección de la información que se obtiene de las entrevistas orales y de los grupos focales para identificar los temas relevantes para la investigación. A continuación se hace una segmentación de datos, -categorización: se establecen categorías y subcategorías- y su codificación. Para el tratamiento de los datos se utiliza el programa informático "Nvivo 10", además de la utilización de soporte Word.

En el análisis de los datos se utiliza la hermenéutica para poder comprender las vivencias que relatan las enfermeras al interpretar los discursos de las participantes. Con la hermenéutica se trata por tanto de descubrir el significado de las construcciones mentales que hacen las participantes. Además el análisis de los casos se lleva a cabo mediante intensidad/intensividad y profundidad de los casos, dado que es un trabajo inductivo.

La filosofía de Ricoeur, ayuda a comprender la construcción de significados en las narraciones de las enfermeras dotándoles de un sentido además de ayudar a identificar las experiencias significativas de las participantes. Existe, por tanto, una relación profunda entre el relato y la enfermera. Las narraciones suponen construcciones de los significados, dotándoles a dichos significados de sentido.

Al tratarse de un estudio cualitativo, se tiene en cuenta una visión *emic*¹ para explicar el proceso de convertirse en enfermera. Desde el punto de vista *emic* se intenta comprender, desde la

1 La visión *emic* es característica de la investigación cualitativa. "La postura investigadora *emic* enfatiza la necesidad de empaparse previamente de la cultura ajena (símbolos, valores, representaciones, definiciones de la situación, etc., y por supuesto, del propio lenguaje) para desde esos elementos, intentar comprenderla como si se fuera un miembro de ella, es decir, comprender los fenómenos como lo hacen sus propios protagonistas." Marcos et al. (2014: 17).



perspectiva de las enfermeras, el proceso de convertirse en enfermera.

2.5. Aspectos éticos

Los participantes suscriben un consentimiento al participar en el presente estudio, estando de acuerdo en que las entrevistas se graben y se transcriban. Comprenden que las grabaciones y transcripciones son confidenciales y se almacenan de modo seguro, teniendo acceso a las mismas sólo los responsables de la investigación. Los participantes son libres de retirarse del estudio sin tener que aducir razón alguna.

2.6. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se han presentado en el estudio han estado relacionadas con la escasa bibliografía en castellano. Dada esta escasez de estudios de carácter cualitativo en España, se ha presentado la dificultad de poder comparar y los resultados de este estudio en el

contexto de la enfermería española. La mayor parte de los antecedentes que conforman el marco teórico son a nivel internacional.

Otra limitación que se ha presentado en este trabajo, ha sido la dificultad para poder localizar a más posibles participantes y que no presentaran inconveniente en participar tanto en las entrevistas individuales como en los grupos focales. La pretensión en la recogida de datos siempre ha sido mediante entrevista oral, sin embargo se ha tenido que facilitar la posibilidad de la entrevista por escrito ya que ha existido dificultad para concertar encuentros con los participantes por ello han participado con la entrevista por escrito. La población de estudio se toma entre las enfermeras egresadas entre los años 2009 y 2014 (ANEXO I) en la Universidad de La Laguna, diplomadas y graduadas de la escuela de enfermería que posee dicha institución académica: Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, además de la adscrita Escuela Universitaria de Enfermería Ntra. Sra. de Candelaria. Las participantes en el estudio se eligen por conveniencia. Se realizan 27 entrevistas, de las cuales 18 se graban en audio y 9 se realizan por escrito.

RESULTADOS

1. ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Tras la categorización oportuna de los discursos narrativos de las entrevistas se obtienen las cinco categorías principales con sus respectivas subcategorías: 1. "Paso de estudiante a profesional"; 2. "Contexto"; 3. "Hacer"; 4. "Sentir" y 5. "Mejoras". Cada categoría se esquematiza en un cuadro resumen de cada categoría al finalizar el desarrollo las categorías. Estas cinco categorías conforman el "proceso de convertirse en enfermera" que se expone en la tabla V:



CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL PROCESO DE CONVERTIRSE EN ENFERMERA		
1. PASO DE ESTUDIANTE A PROFESIONAL	1.1.1. Una experiencia estresante	
	1.1.2. Tomar decisiones	
	1.1.3. Tener una experiencia laboral previa	
	1.1.4. Falta de preparación profesional para el mundo laboral	
	1.1.5. Choque con la realidad	1.1.5.1. Choque desde la carrera
		1.1.5.2. La realidad es distinta
2. CONTEXTO	1.2.1. Rotación de servicios	
	1.2.2. Dura adaptación al entorno	
	1.2.3. Hospital pequeño <i>versus</i> grande	
	1.2.4. Hospital privado frente a público	
	1.2.5. Unidad de hospitalización en comparación con servicio especial	
	1.2.6. Medio hospitalario-atención primaria	
	1.2.7. La interrelación con los compañeros	
	1.2.8. UCI	
	1.2.9. Pediatría	
	1.2.10. Quirófano	
	1.2.11. Un número más	
	1.2.12. Crisis económica	
	1.2.13. Ratio enfermera/paciente	
3. HACER	1.3.1. Cometer un error	
	1.3.2. Diferentes errores	
	1.3.3. Errores en la medicación	
	1.3.4. Errores por sobrecarga de trabajo	
	1.3.5. Provocar la muerte	
	1.3.6. Reconocer los errores y aprender de los mismos	
	1.3.7. Actuar con prudencia	

4. SENTIR	1.4.1. Sentir incertidumbre
	1.4.2. Sentir miedo
	1.4.3. Sentir la responsabilidad
	1.4.4. Sentir rabia por el error
	1.4.5. Desgaste emocional
	1.4.6. Sentirse sola
	1.4.7. Sentir no dar una buena atención.
5. MEJORAS	1.5.1. Tutorización
	1.5.2. Trabajar en unidades ya conocidas
	1.5.3. Período de adaptación
	1.5.4. Problemas para implantar el período de adaptación
	1.5.5. Especialidad

Tabla V: resumen esquemático de las categorías establecidas con sus respectivas subcategorizaciones del proceso de convertirse en enfermera. Elaboración propia.

1.1. Paso de estudiante a profesional

Esta categoría comprende las vivencias de las enfermeras una vez terminan la carrera universitaria y pasan a formar parte de un contexto profesional y laboral determinado. Esta categoría funciona a modo de "rito de paso" donde el nuevo profesional refiere emociones y sentimientos al convertirse en profesional, básicamente por falta de preparación y por las diferencias percibidas entre la nueva realidad asistencial y las ideas sobre enfermería. Este rito de paso es vivido como un cambio importante para la nueva enfermera.

Al comenzar a trabajar como enfermera, experimenta la vivencia de un nuevo rol en el que es responsable de su trabajo, y no está tutorizada como en su período de formación práctico de modo que la responsabilidad de sus acciones sobre el paciente, con aciertos y errores, recaen

sobre ella. Se observa además que las nuevas enfermeras no se sienten lo suficientemente preparadas para trabajar como profesionales: las participantes creen que existen márgenes de mejora en cuanto a la formación durante la carrera universitaria. Creen que se necesita una formación más concreta con un acercamiento más realista a la situación laboral con tutores competentes y comprometidos en las prácticas clínicas, y que por tanto se puede dar una formación más cercana a las demandas de la realidad asistencial.

Uno de los hechos que marca el paso de alumno a enfermera, es la experiencia de asumir la responsabilidad. Ser consciente de la misma y tener que tomar decisiones hace que el paso de estudiante a profesional se viva de una forma emotiva. Es una vivencia que marca este paso, además del "choque con la realidad". La enfermera durante este primer período profe-

sional percibe diferencias notables de cómo se describe su profesión en las aulas universitarias a cómo es la realidad asistencial. Percibir que no se da la atención descrita en los modelos teóricos de la profesión, a lo que se suma la sobrecarga de trabajo, contribuye a un mayor choque con la realidad que se expresa desde la percepción de que la realidad es distinta, y en ocasiones se vive incluso siendo estudiante en el período de prácticas clínicas. Todas estas diversas circunstancias para la nueva enfermera, suponen que este rito de paso se viva como una experiencia “estresante”.

Haber tenido una experiencia laboral previa, facilita la incorporación laboral porque dicha experiencia dota a la enfermera de destrezas a nivel social e interpersonal dentro del contexto sanitario.

“De estudiante a profesional horrible. Tú llegas allí y no sabes nada, da igual todo lo que te hayan enseñado. Da igual, no sabes nada. Fue como salir al ruedo como que te empujan y no sabes nada. Fue esa sensación: es como subirte a un escenario por primera vez y que todo el mundo te está mirando y todo dependiera de ti.” (Diplomada ULL 10.4.)

“Yo creo que tengo un concepto muy diferente de lo que es responsabilidad de cuando empecé a trabajar, porque antes quizás tenías otro. Tu única responsabilidad es hacer un examen sacar x notas, de repente eso 32 personas mayores que dependen de ti o que una equivocación tuya lo puede llevar por otro camino. Es complicado y al principio cuesta pero bueno te vas haciendo al paño como a todo imagino y lo vas llevando un poquito mejor.” (Diplomada cande 10.1.)

“Hay dudas e incertidumbre. Antes siempre tenía a alguien que dijese pues mira vas bien o por ahí no. Ahora te ves en plan que no tengo a nadie detrás, sino soy yo las que toma las decisiones. Entonces es un poco de miedo.” (Diplomada ULL 10.3.)

“Para mí no fue difícil, aunque no como enfermera trabajaba desde los 18 mientras hacía la carrera y creo que ayuda el saber lo que es un trabajo, una responsabilidad, la necesidad de tener 2 manos izquierdas con los jefes y el saberte vender bien en una entrevista.” (Graduada ULL 14.3.)

“Lo que pasa es que tú en la carrera ves mucho. Es muy teórico que eres una cuidadora te hacen hincapié en que tienes que ayudar a los demás, que tienes que estar pendiente psicológicamente de la persona para todas sus necesidades y luego es verdad que cuando tú llegas en práctica al servicio de urgencias te das cuenta que no se mira psicológicamente ni se mira de ninguna manera. Casi no se mira: se ve una mano, una vena y no se ve nada más.” (Diplomada cande 10.2.)

1.1.1. Una experiencia estresante

Ser enfermera se vive al principio de una forma estresante. Asumir la responsabilidad que está relacionado con el cuidado de los pacientes, con la cargas de trabajo, en muchas ocasiones hace que las enfermeras sientan que no tienen ayuda al incorporarse a un nuevo servicio. La vivencia emotiva del llamado “estrés” por parte de las participantes, se relaciona con ser las principales responsables de los cuidados directos de los pacientes.

Las nuevas enfermeras carecen de tiempo para asumir este nuevo rol en sus vidas, ya que en la mayoría de las ocasiones han de verse en situaciones que nunca han vivido antes. La experiencia es “estresante” porque son conscientes de que han de hacer una buena praxis profesional. Esa es su responsabilidad.

En las nuevas profesionales existe un pensamiento crítico-razonamiento- limitado por la falta de experiencia y de familiaridad con el

contexto del paciente a su cargo ya que se ven obstaculizadas por la ansiedad y la falta de confianza en sí mismas.

“En definitiva, lo peor que yo llevaba y más estresante del paso de estudiante a profesional, era estar sola y ser única responsable de todo el trabajo en un lugar donde encima tienes una sobrecarga de trabajo, ya que la falta de experiencia te impide poder desenvolverte con soltura y resolver cualquier incidencia que se presente.” (Diplomada ULL 11.3.)

“El paso de estudiante a profesional es complicado porque parece que no pero cuando eres estudiante parece que eres capaz de hacerlo todo pero cuando te ves solo y no tienes a quién preguntar. Es un poco estresante pero bueno el principio es duro, ya después se va llevando.” (Diplomada ULL 11.4.)

1.1.2. Tomar decisiones

Tomar decisiones es un hecho de suma importancia en las nuevas enfermeras. La toma de decisiones forma parte del día a día de un profesional. Una buena praxis profesional está relacionada con la toma de decisiones: haber actuado de forma correcta prestando los cuidados adecuados que redundan en una mejora de su estado de salud. Haber elegido contribuye a mejorar el significado que el profesional construye en este período de tránsito. Los juicios clínicos son la toma de decisiones en la enfermera relacionadas con qué valorar, qué hacer primero y quién debería de hacerlo.

Dado que el pensamiento crítico de la enfermera siendo principiante se encuentra menos desarrollado que en una enfermera experta, la toma de decisiones entraña mayores dificultades para la nueva enfermera en un contexto o situación concreta. Un juicio clínico sólido se sostiene por el grado de conocimiento de los

pacientes y de sus respuestas: la enfermera novel no está lo suficientemente familiarizada con estas circunstancias nuevas para ella.

El rol que vive la nueva enfermera con la vivencia de la responsabilidad hace que lo asuma con dudas, por la incertidumbre de si ha tomado una decisión correcta o no, en relación con la atención de sus pacientes: saber si su actuación es correcta a nivel profesional, porque de ello dependen sus pacientes.

“Noté mucho el no tener alguien al lado a quien consultarle, aunque a veces estaba casi segura de cómo realizar una actividad. Cuando eres estudiante siempre te queda el “¿es así no?” (Graduada ULL 14.3.)

“Claro es que realmente ya todo cambia. Tú tienes que tomar decisiones y tienes que hacerlo bien además porque a tu cargo tienes personas. Muchas veces tienes que tomar ciertas decisiones o saber actuar antes ciertos conflictos, o lo que suponga durante el turno, porque el turno puede ser un turno de siete horas y parece que llevas un día entero. A veces se complica el turno y son muchas cuestiones que se te plantean.” (Graduada ULL 14.1.)

“Estaba muy contenta a la hora que sabía que era enfermera y a la vez lo primero que sientes son nervios, ilusión e incertidumbre. Qué va a pasar ahora, qué me voy a encontrar, cómo va a ser esto. Vives la práctica de una manera con una persona que te guía y cuando eres enfermera no te lo crees y no sabes lo que te vas a encontrar. El sentimiento que destacaría es la incertidumbre, y los nervios. Es como el decir con qué me voy a encontrar, cómo voy a ser enfermera yo sola.” (Diplomada cande 09.1.)

1.1.3. Tener una experiencia laboral previa

Haber trabajado anteriormente, prepara a la enfermera a la realidad laboral ya que le enseña a afrontar problemas y desenvolverse en el día a día, además de facilitar confrontar muchas situaciones que se viven en el paso de estudiante a profesional, refrendadas tras el primer contacto con el contexto laboral de las instituciones sanitarias.

Convertirse en enfermera no deja de implicar una adaptación al mundo laboral y vivir situaciones que son comunes en cualquier puesto de trabajo: relaciones interpersonales con compañeros de trabajo y superiores, relacionarse de cara al público, tener cargas de trabajo, el manejo de situaciones complejas o desconocidas... La madurez por haber vivido diferentes situaciones en un contexto laboral ayuda a la enfermera a desenvolverse ante un conflicto personal entre colegas de trabajo y a saber afrontar situaciones diferentes con pacientes o usuarios de la sanidad. Estas destrezas facilitan la incorporación laboral al contexto sanitario durante el paso de estudiante a profesional de manera menos traumática.

"A nivel mental creo que sí me sentía preparada porque yo previamente a los 18 ya había trabajado. Mi primer contrato como enfermera fue a los 26. Terminé la carrera a los 25. Aunque no era lo mismo pero el hecho de tener experiencia propia creo que me hizo un poco adaptarme o afrontarlo de otra manera. No tener miedo o a disimular ese miedo, no me daba vergüenza decir no sé hacer esto o esto cómo lo haces. Y la edad creo que algo sí puede influir para afrontar los problemas o al tener un altercado con un paciente, una medicación equivocada, el mantener la calma sobretodo." (Diplomada ULL 10.2.)

"Entonces bueno es un choque al principio porque al principio te das cuenta de que te puede coger más maduro, menos maduro.

Pero también en mi caso fue recién con 21 años que tampoco tienes madurez. Creo que necesitarías un periodo de adaptación mínimo con alguien del que puedas por lo menos aprender a manejar aquello porque si con 21 años te ves verde, si nos has trabajado nunca antes tampoco. A lo mejor tienes cosas básicas de cara al público de cara a los propios familiares y se te hace bastante complicado." (Diplomada cande 10.1.)

1.1.4. Falta de preparación profesional para el mundo laboral

Esta subcategoría recoge todo aquello relacionado con las sensaciones que tienen las recién egresadas con respecto a su preparación al mundo profesional. En general, expresan falta de preparación para trabajar como enfermeras, tal vez por la formación pregrado y porque la realidad asistencial se percibe de una forma compleja. Las reflexiones se centran en los aspectos relacionados con los planes de estudio que presentan carencias a la hora de preparar a las futuras enfermeras. El pensamiento crítico al egresar una enfermera, se encuentra menos desarrollado

Las enfermeras observan que en la formación teórica existen márgenes de mejora en cuanto a la aplicación de los conocimientos teóricos en la práctica o realidad asistencial. Refieren que existe contenido teórico que se podría omitir de la docencia o adaptarlo mejor a la aplicación práctica. Además manifiestan abiertamente el hecho de no salir bien preparadas ya que consideran que existen carencias de preparación a nivel práctico durante los estudios. Comentan que hacen falta tutores competentes y un plan de tutorización adecuado a las circunstancias de la enfermera al comenzar a trabajar.

La falta de preparación va también relacionada con la asunción de las responsabilidades como



enfermeras. Refieren que en las prácticas clínicas durante la carrera no se transmite lo suficiente la importancia de la responsabilidad y la atención a sus pacientes y usuarios. Durante las prácticas clínicas las estudiantes realizan tareas y procedimientos sin tener en cuenta el contexto de los pacientes a los que atienden de una forma integral en sus cuidados porque focalizan el aprendizaje en tareas rutinarias.

"Por favor, es que salimos de la carrera sin saber hacer nada. Y todo esto ¿sabes a lo que lleva? a que el novato se sienta mal, se estresa, se sienta vigilado, sin protección." (Diplomada ULL 11.3)

"Normalmente yo lo que no es un vacío en cuanto a falta de cosas que considero relevantes y que no se dan en la carrera y que no te preparan y que bueno siempre tienes tú que poner de tu parte y seguirte formando, pero no es lo mismo." (Diplomada ULL 11.2.)

"Yo creo que deberían cuando los alumnos están rodando haciendo prácticas, elegir a personas que tengan esa capacidad que tengan ese don de gente, ese don de explicar y

todo eso para formar específicamente a esos alumnos. No a todo el mundo porque no todo el mundo está capacitado para ser docente ni para saber transmitir". (Diplomada ULL 09.3.)

"Creo que debería cambiarse el plan de estudio, que en la carrera salimos con muchos conceptos teóricos. Hay cosas que en la práctica no nos son útiles y otras cosas que son muy útiles y que nunca llegas a ver porque te están dando mucha teoría pero no te están enseñando lo que hay en la realidad." (Diplomada cande 10.2.)

1.1.5. Choque con la realidad

El concepto de "choque con la realidad" que se describe a continuación es una vivencia que se da una vez que se comienza a trabajar como enfermera en el nuevo contexto laboral, nos referimos a la impresión de sorpresa e incredulidad de cómo perciben la realidad asistencial desde la nueva mirada enfermera que difiere de la de alumna de enfermería. El elemento

central que construye el significado de esta vivencia es que la realidad es distinta: las enfermeras perciben que la labor de enfermería en la función asistencial se parece muy poco a como se les describía dicha labor durante la formación teórica o académica.

Las participantes en el presente estudio describen que la realidad asistencial dentro del contexto laboral, dista mucho al interactuar por primera vez siendo profesional. Las diferencias que perciben las nuevas enfermeras se centran en la ejecución del trabajo para dar una mejor atención al paciente a nivel integral o en las cargas de trabajo.

El “choque con la realidad” es parte del rito de paso de estudiante a profesional. Es una vivencia, al igual que la toma de decisiones, importante. En el desarrollo de esta subcategoría, se aprecia que la enfermera ya percibe este choque desde su formación antes de graduarse como enfermera ya que interacciona con la realidad asistencial y comienza a apreciar contrastes entre cómo se describe la profesión teóricamente, a cómo se lleva a cabo el trabajo asistencial en las unidades de trabajo. La vivencia del choque, a medida que se va adquiriendo experiencia, es menos acuciante en la enfermera. Es más significativo el choque con la realidad cuando la enfermera es más principiante.

“Yo percibí el choque-ese vacío de las aulas con la realidad- desde que estaba en la carrera. Cuando tú te enfrentas con el primer año que das teoría solo, o la gran parte del año, y al final tienes esos dos meses de prácticas tú te has creado durante esos 5-6 meses una idea y cuando te enfrentas a la práctica ya percibes el choque de bueno “esto no me concuerda” con lo que me están enseñando en clase.” (Diplomada ULL 11.2.)

“Pues la verdad es que choca un poquito. No es lo mismo los libros y todo eso aunque hagas prácticas.” (Graduada cande 14.1.)

“Creo que es un choque que se produce porque es paso muy grande. Yo lo que considero que ser enfermero es cuidar a los pacientes y cuando tú acabas... un choque por muchos motivos pero que con el tiempo cuando consigues más experiencia te puedes adaptar un poco más.” (Diplomado ULL 09.1.)

“En la escuela te enseñan a serlo todo a la perfección por lo menos en la escuela de la Candelaria los cuidados básicos son los ideales. El enfermero es el ideal, las técnicas son todas las ideales. Todo es tal y como lo aplica el manual, pero en la práctica te das cuenta que si llevas a cabo todo eso no sacas el trabajo diario. La carga asistencial que hay hoy en día unido a que ya no se contrata a tantos enfermeros: un enfermero hace el trabajo de cuatro enfermeros y todo esto hace que no puedas llevar a cabo a la práctica lo que te enseñaron en la escuela.” (Diplomada cande 12.1.)

1.1.5.1. Choque desde la carrera

El choque es vivido previamente desde las prácticas clínicas. Muchas enfermeras comienzan a sentir ese vacío entre la teoría y la realidad asistencial durante la carrera. En las prácticas clínicas la futura enfermera está dentro del contexto profesional y laboral de enfermería, y es por ello que muchas enfermeras al comenzar a trabajar ya habían vivido este choque con la realidad, siendo una vivencia ya familiar para ellas. El contraste de la visión de la enfermería de las aulas con la realidad en las prácticas clínicas es ya percibido desde antes de comenzar a trabajar.

Las futuras enfermeras durante sus prácticas clínicas al interactuar en el contexto asistencial, perciben la sobrecarga de trabajo en enfermería, los diferentes modos de proceder por parte de las enfermeras en la práctica clínica que difiere a como establecen los modelos teó-

ricos. La atención al paciente fría y mecánica, referida por algunas enfermeras, se debe principalmente al escaso tiempo que se tiene para atender al paciente en todas sus facetas, debido a las sobrecargas de trabajo.

“Choque en sí, no. Yo estando de prácticas en la candelaria ya veía cómo funcionaban las cosas de estudiante. Ya te das cuenta cómo funcionan las cosas, también porque era muy observadora. Me daba cuenta un poco de la jerarquía que hay en el hospital de cuando había un problema cómo se solucionaban las cosas. Lo único que me chocó que te cuentan en plan muy teórico de cómo se hacen las cosas.” (Diplomada cande 10.2.)

“Sé por compañeros que trabajan en hospitales (principalmente privados) que el contraste es muy grande. De lo “ideal” que se estudia en la carrera, a lo “real” que se ve en la práctica diaria hay un gran abismo. No obstante esto si lo he experimentado durante mi periodo de prácticas en la carrera.” (Graduado Cande 13.1.)

“El choque más bien lo sentí al comienzo de la carrera, donde me enseñaron bien donde me estaba metiendo, sobre todo en los períodos de prácticas.” (Graduada ULL 13.2.)

1.1.5.2. La realidad es distinta

Hay diferencias en cómo perciben las enfermeras entre lo aprendido en la teoría en las aulas, o en la literatura, a lo vivido en la realidad asistencial. Las enfermeras observan al comenzar a trabajar que la enfermería en muchas ocasiones no se puede ejercer de una forma idónea dada la carga asistencial o la organización sanitaria.

La realidad es distinta principalmente por las cargas de trabajo. El tiempo para atender a un

paciente es limitado. Las enfermeras no tienen tiempo suficiente para llevar a cabo una atención integral al paciente y dar un mejor trato al mismo. El trabajo ha de hacerse deprisa sólo tratando de resolver el problema concreto centrado fundamentalmente a nivel físico: una cura, una canalización de un catéter periférico, etc. Incluso, en ocasiones, estas técnicas, que requieren un minucioso cuidado con la esterilidad, por ejemplo, no se pueden realizar de la forma más correcta por las mencionadas cargas y presiones asistenciales.

La falta de tiempo unida a la sobrecarga de trabajo que tiene que asumir una enfermera en las unidades de trabajo, son las principales circunstancias que hacen que las nuevas enfermeras perciban contrastes con las ideas de la enfermería que existen en los modelos teóricos. Esta circunstancia es percibida de un modo más acuciante por la enfermera que trabaja en instituciones de carácter privado donde hay un menor ratio de enfermera/paciente, por tanto mayores cargas de trabajo.

“Es una cosa totalmente diferente cuando haces la carrera: todo lo haces bien, todo lo haces perfecto, todo lo haces con esterilidad con todas sus cosas pero ya cuando empiezas a trabajar ya no tienes tiempo de nada. Todo lo haces corriendo, si tienes tiempo lo intentas hacer bien pero si no te da tiempo más o menos bien. Que te da tiempo de hacerlo bien, mejor. Que no, pues nada lo haces mal. Es lo que tienen las cargas laborales.” (Diplomada ULL 11.4.)

“Hay un contraste importante, sobre todo porque te dicen que enfermería tiene una parte holística que tienes que cuidar al paciente en todas sus áreas pero lo que te encuentras a la hora de trabajar es que, o bien por el sistema por la forma de trabajar del centro donde te encuentras, o por el tiempo que tienes, solamente te da tiempo de mirar la pierna del pa-



ciente o a curar la herida que tiene y poco más te puedes preocupar del resto de sus áreas. "(Diplomada ULL 11.1.)

"Empecé trabajando en una privada, por lo que creo que es casi imposible decir que no notas diferencias, la calidad asistencial se te va al piso, empecé a trabajar pensando "ahora podré cuidar a los viejitos", y al segundo día ya tenía que decirles a mis pacientes "lo siento ahora no puedo atenderte" y seguir atendiendo heridas, medicaciones y gotas de los ojos, y eso de la atención integral se tenía que olvidar por completo." (Graduada ULL 14.3.)

1.2. Contexto

La segunda categoría es el contexto. Se establece a partir de la interacción de la enfermera con el mundo laboral y profesional tras haber dado el paso de estudiante a profesional. Para la nueva profesional entrar en el contexto profesional en Tenerife significa tener inestabilidad laboral y profesional. La enfermera en sus primeros contratos como profesional

rota por muchos servicios, unidades y especialidades, incluida la incorporación en unidades de alta complejidad como UCI, pediatría o quirófano. La adaptación al nuevo entorno es "dura" para la enfermera. Esta adaptación depende de la acogida que le brindan el resto de los compañeros para integrarse en el equipo de trabajo y sentirse segura y realizada con su labor: la profesional al entrar en una unidad desconocida da mucha importancia al apoyo que recibe del resto de sus compañeros y colegas. El hecho de que la enfermera tenga una excesiva rotación de servicios supone que ésta no se siente segura, ni tampoco valorada por las instituciones sanitarias que le contratan: se siente como material fungible e intercambiable.

Las participantes además refieren que existen diferencias al incorporarse a diferentes tipos de hospitales, unidades o especialidades. Manifiestan diferencias entre incorporarse a un hospital de primer nivel a uno de tercer nivel, a una institución pública o privada, a una unidad de hospitalización como a un servicio especial o diferencias entre trabajar en atención primaria y atención hospitalaria. Estas di-

ferencias se dan por las cargas de trabajo, los medios de trabajo, las condiciones laborales y los ambientes de trabajo. Los servicios especiales que suponen cuanto menos un reto para la enfermera a la hora de adaptarse y trabajar con seguridad son las unidades de intensivos, quirófano y pediatría. Para la enfermera principiante es un reto trabajar en estas unidades por la escasa preparación que han tenido durante su formación académica, de hecho también puede rotar por estos servicios sin tener en cuenta su preparación o acogida para trabajar en los mismos.

El contexto profesional de la enfermera principiante también se ve influido por la actual crisis económica que ha tenido su auge a partir de 2010 y ha influido en las enfermeras recién egresadas de Tenerife. Según manifiestan algunas enfermeras, las oportunidades laborales se han visto más reducidas.

“Te puede tocar estar en un sitio totalmente desconocido como me pasó a mí que pasé de estar en primaria que fue donde empecé a trabajar como enfermera, y el primer contrato que luego tuve fue en UVI. El tema de tener contratos en todos sitios, es que tienes que tener la capacidad de integrarte rápido en todos los sectores, para llevar a las personas, a los compañeros e intentar encajar dependiendo del equipo de enfermería. Cambias de contrato, cambias de servicio con personas nuevas, tienes que conocer primero a esas personas con qué compañeros estoy y un poco encajando para que todo vaya bien. En los primeros años cambias tanto de servicio que es como si empezaras de nuevo cada quince días o cada mes, eso te crea ansiedad el miedo a dónde voy a caer yo.” (Diplomada ULL 09.2.)

“Porque a veces algunos compañeros no te apoyan porque dicen “tú cobras lo mismo que yo” y no te voy a estar ayudando.” (Diplomada ULL 09.2.)

“No tiene nada que ver empezar a trabajar en una planta, en primaria, incluso un hospital privado o público y el servicio claro es diferente.” (Diplomada Cande 09.2.)

“De todas maneras te ha tocado trabajar en un momento en que no hay muchas oportunidades de trabajo ni contratos donde tú puedas ganar experiencia y desarrollarte.” (Diplomado ULL 09.1.)

“Te ven como un número más, alguien más que necesitan ahí para que les haga la tarea y ya está.” (Diplomada ULL 11.2.)

1.2.1. Rotación de servicios

La no estabilidad laboral manifestada por las enfermeras recién egresadas en los primeros años ha supuesto que sus primeros contratos, por lo general, sean a tiempo parcial en diferentes hospitales y unidades: pueden trabajar en quirófano o en una unidad de críticos sin tener en cuenta su preparación para trabajar en estas unidades complejas argumentando que por necesidades de los servicios se necesita una incorporación inmediata y sin tiempo de preparación. Además cada vez que se comienza en una unidad de trabajo nueva, a las enfermeras se les exige aprender rápido como si se tratase de un profesional que lleva más tiempo trabajado en dicha unidad.

La falta de estabilidad conlleva incertidumbre por no saber cuál será el próximo puesto profesional en el que trabajar. Ello hace de unos inicios marcados por la incertidumbre a la hora de su acogida o incluso competente.

Como consecuencia de la inestabilidad laboral, las enfermeras sienten y expresan que no se consideran lo suficientemente competentes. La excesiva rotación por distintos servicios o unidades, hace que no puedan terminar de apren-

der lo suficiente en una determinada rama o especialidad. Uno de los efectos colaterales que tiene la excesiva rotación de servicios, y la adaptación a cada nueva unidad, es que cada servicio o unidad es distinta. Lo cual supone un sobreesfuerzo para integrarse en la unidad y realizar el trabajo porque desconoce la unidad o especialidad donde va a trabajar, además del desconocimiento del ambiente y entorno de dicha unidad.

“Entonces el hecho de ir a diferentes sitios a trabajar en diferentes unidades con diferentes personas donde se exigen cosas distintas pues a lo mejor lo que ocurre es que pueda crear un problema porque lo que tú intentas es abordar todo pero debido a eso no puedes. Yo creo que no te da tiempo a sentirte integrado. Habría que diferenciar varios tipos. No es lo mismo un enfermero que trabaja con contratos cortos y que va a diferentes unidades, que también va cogiendo experiencia, pero no es lo mismo que una persona que trabaja en un mismo sitio.” (Diplomado ULL 09.1.)

“Yo empecé en una unidad pero después cada día veía que según la falta que hacía estaba de suplencia, me mandaban a un sitio u a otro. Ahora conozco todos los sitios donde voy, a lo mejor hay unos servicios en los que solo he estado pero al principio iba todas las mañanas al superior para saber dónde tenía que ir y mi temor era un sitio nuevo: dónde iré, cómo será la gente, qué tendré que hacer. Empiezas a preguntarte todas esas cosas y mucha ansiedad.” (Diplomada ULL 10.1.)

“Todos cuando empezamos en un sitio nuevo a trabajar (un sitio que no conocemos), por mucha experiencia que tengamos, nos sentimos perdidos porque no conocemos la forma de trabajar, dónde están las cosas, la rutina y de más. Estás doblemente perdido si además no tienes experiencia porque tienes muchas dudas, que sabrías resolver sólo si tuvieras esa experiencia que te falta. Con lo cual un am-

biente nuevo ya es estresante porque es desconocido y no podemos controlar la situación como podríamos hacerlo en otras circunstancias.” (Diplomada 11.3)

“El modo de trabajar es distinto según donde vayas todo es diferente aunque lleves diez años trabajando y cambias de servicio o cambias de hospital tienes que volver a adaptarte de nuevo. Las cosas cambian totalmente: la forma de llevar a los pacientes, cambia la informática, cambia todo, entonces para mí todo es diferente donde quiera que vayas entre las mismas plantas del hospital son diferentes unas de otras.” (Diplomada ULL 11.4.)

1.2.2. Dura adaptación al entorno

La adaptación al entorno viene dada principalmente por el factor de las relaciones interpersonales dentro de los equipos de trabajo. Los ambientes de trabajo determinan que una experiencia laboral pueda ser mejor o peor. La acogida de la enfermera en una unidad nueva es muy importante para que pueda sentirse segura y reconfortada en su trabajo. En muchas ocasiones la acogida a la nueva profesional no es lo más cálida y humana que debería ser. Es importante el papel que como líder, el supervisor de una unidad ejerce con la enfermera novel a modo de guía. En la mayoría de veces la orientación o acogida en los primeros momentos es inexistente: la nueva profesional sobre la marcha comienza a trabajar con una alta presión asistencial, a la que se suma la necesidad de asumir los cambios rápidamente hacen que no se tenga tiempo para un aprendizaje con serenidad. Sería positivo para el recién egresado tener una persona que le oriente y le transmita confianza.

“El sistema además es una selva, es sobrevivir. Entonces a medida que vas trabajando y vas cogiendo un poco así de soltura pues te

vas adaptando pero cuando sales estás verde en todos los sentidos hasta en el sentido ya no de técnicas sino en el sentido de tratar a la gente, de tratar a tus compañeros, de todas estas cosas, de tener herramientas para enfrentarte a un problema que yo creo que se crea cuando vas rodando y que cuando vas trabajando creas esas herramientas. La gente no está por la labor de acoger a nadie. Es muy raro ver a alguien que tú llegues a un sitio y te acoja. Siempre tienden como a apartarte y a darte como una cuarentena y cuando ya vean de qué forma eres y cómo trabajas entonces ya suelen acercarse a ti.” (Diplomada ULL 11.2.)

“En mi opinión un buen supervisor puede prepararse un sistema, o si yo fuera supervisora, yo dedicaría un día por si tienes alguna duda. Yo te ayudo en todo lo que pueda cualquier duda me preguntas. Guiarle enseñarle las instalaciones explicarle cómo se hacen las técnicas es más ofrecerme si en alguna técnica tienes ayuda avísame que yo te lo recuerdo y eso es lo que se podría hacer.” (Diplomada Cande 09.1.)

“Mi primer contrato fue una semana en la zona de prealta de urgencias de un hospital de tercer nivel. Me adapté al entorno simplemente corriendo de un lado para otro, esa fue mi adaptación, teniendo que hacer miles de cosas. No tuve tiempo de adaptación: te dicen donde tienes que trabajar y donde están las cosas. Simplemente me sentí cansado, agobiado, no sabes si lo estabas haciendo bien o mal. Simplemente la única garantía de saber que todo estaba bien era intentando cumplir todas las tareas y todo lo que viniera surgiendo. Terminar el turno y decir, espero que se me haya olvidado nada y que lo haya hecho todo.” (Diplomada ULL 09.1.)

1.2.3. Hospital pequeño versus grande

Las enfermeras muestran que en un “hospital pequeño” al tratarse de una institución de menor dimensión, la acogida a la enfermera novel es mejor ya que se vive un ambiente de mayor confort y más familiar entre compañeros de trabajo.

A diferencia del contexto de un hospital pequeño o de primer nivel, en el contexto de un hospital grande o de tercer nivel la adaptación es más dura: existe un ambiente más competitivo, más impersonal, más frío en el que es más difícil poder encajar para una enfermera que llega recién titulada. Las participantes manifiestan que dentro de los hospitales de grandes dimensiones, se crea mal ambiente principalmente por los grupos amplios de trabajo y las relaciones interpersonales entre los propios compañeros. A la enfermera novel, al entrar en el contexto de un hospital grande, se la trata con indiferencia o no lo suficientemente bien y puede sentirse marginada al ser la nueva dentro de la unidad de trabajo.

“Yo la verdad que tuve la suerte de empezar en un hospital psiquiátrico entonces empecé en un hospital chiquitito, no empecé en el hospital en sí. Entonces era un hospital un poco más pequeño que solo tiene 4 plantas, entonces hace que el trato sea muy familiar. Es cierto que luego cuando te vas a las grandes dimensiones enseguida notas que la gente mayor te desprecia por ser la nueva, que siempre tienen donde cargar la culpa.” (Diplomada ULL 11.2)

“Pero es que depende luego en el hospital grande o público dependía del servicio, de hecho te decían ya has caído en un servicio nuevo aquí te vamos a acoger bien o a lo mejor llegabas a otros que a lo mejor ni se saludaban entre unos y otros y había rifa rafa.” (Diplomada ULL 10.2.)

“Depende del ambiente: si hay buen ambiente genial, en ese caso aprovecho al máximo para aprender más y más. Cuando el ambiente no es muy bueno, para que no me afecte me dedico única y exclusivamente a los pacientes ignorando el ambiente malo que pueda haber.” (Graduada ULL 14.2.)

“He estado en sitios donde el ambiente no es tan bueno, no tanto por compañeros enfermeros sino más bien médicos y algún que otro auxiliar que a lo mejor no te apoyan tanto y no ven que por el hecho de que seas nueva pues no te reciben. Porque claro hay veces que empiezas y dices ¡Mi madre! Cosas que no sabes. A mí me ha pasado que al pasar por tantos sitios al principio era “nueva”, tienes que mirar cómo se hace todo y quieras o no siempre tienes, por mucho que preguntes, esto no se hace de esta manera y depende de la forma en la que te lo digan. Yo por lo general me ha ido bien pero sí que es cierto que en alguna que otra consulta no tan bien. Las cosas se pueden decir de una manera u otra. Muchas veces te lo dicen de una manera que te puede hacer sentir bien o mal. Todo se puede decir, pero es la manera que te dicen las cosas. Hay veces que a lo mejor vas y te quedas como la nueva.” (Diplomada ULL 10.1.)

1.2.4. Hospital privado frente a público

Las enfermeras aprecian diferencias significativas entre un hospital público o privado. Las diferencias sustanciales se encuentran en las condiciones laborales, en el ambiente laboral, en los medios o las cargas de trabajo. Todas estas condiciones son mejores en las instituciones públicas. En las instituciones privadas se contrata menos personal, de hecho una enfermera puede estar atendiendo dos plantas de hospitalización a la vez en un mismo turno. Por ello que la enfermera en un hospital privado manifieste más “estrés”, más cansancio y más

inseguridad. Refiere sentirse menos apoyada, y que la institución le proporciona menos medios para prestar una atención de calidad. Las instituciones públicas tienen más medios para la enfermera y trabaja en mejores condiciones.

“En la privada me sentía insegura. No es lo mismo trabajar en un entorno público que en un entorno privado. El acceso a la formación es totalmente diferente en el entorno público: siempre estás oyendo hablar de cursos y si tienes la posibilidad de acceder a cursos en el entorno privado te tienes que buscar tú la vida. Siempre he trabajado mejor en la pública que en la privada. En la privada hay muy mal rollo.” (Diplomada Cande 12.1.)

“En realidad, nunca encajé en ese grupo de trabajo de un hospital privado (mi primer empleo). Recién salida de la carrera, sin experiencia ninguna, estaba sola con una auxiliar de enfermería. De repente pasé a asumir una responsabilidad enorme para la que no estaba preparada, además de una sobrecarga de trabajo. No tenía la ayuda de nadie, con lo cual te puedes imaginar que en ese sitio todo el mundo estaba que trina. Era muy fácil tener roces, enfrentamientos con los compañeros. Sin embargo, cuando empecé a trabajar en un hospital público, todo fue distinto.” (Diplomada ULL 11.3.)

“Como he estado en tantos hospitales distintos y en la privada todo lo mezclan no porque sea un servicio concreto sino que en las privadas me he sentido más insegura por el hecho de estar sola. Además llevar dos plantas pues más inseguridad todavía. Pasa algo arriba, la auxiliar no está bien preparada, o lo que fuera, eso a mí me mataba, vamos. Yo decía es que cualquier día pasa algo y aquí se va a armar pero no porque fuera por un servicio especial sino por eso por llevar dos plantas porque estás tú solo... porque por ejemplo he hecho días sueltos en la UVI y te sientes súper arropado porque están todo el rato pendiente de ti.” (Diplomada ULL 11.4.)

"Comencé trabajando en hospitales privados en los que solo había un enfermero por planta por lo que el respaldo era prácticamente inexistente en cambio en los centros públicos al trabajar con más gente, aunque da vergüenza por ir más lento, etc., siempre tienes alguien en quien confiar para poder resolver dudas." (Graduado Cande 14.2.)

1.2.5. Unidad de hospitalización en comparación con servicio especial

Las enfermeras reflexionan sobre las diferencias percibidas al trabajar en un servicio especial o en una planta de hospitalización. En la planta de hospitalización las enfermeras refieren que el trabajo físicamente es más agotador porque tienen a su cargo mayor número de pacientes y muchas tareas que realizar, sin embargo el trabajo se centra más en tareas y protocolos ya estructurados además de que el tipo de paciente que cuidan es estable. El "estrés" en una planta de hospitalización la enfermera lo vive por las cargas de trabajo y por cumplir las tareas en el tiempo estipulado en el turno. En los servicios especiales tal como intensivos o urgencias, el trabajo en cuanto a carga de trabajo por enfermera es menor pero con pacientes más inestables.

"En una planta puede ser un poco más complicado o no depende de cómo esté estructurado y depende de cómo la lleves, pero en una planta siempre se hacen las mismas cosas. Hay cosas que sí o sí siempre van a hacerse y ya después tienes cositas especiales, pero la diferencia con un servicio especial es brutal. No es lo mismo unas urgencias que una planta de hospitalización." (Diplomada ULL 10.4.)

"De las planta lo más que estresa es la sobrecarga de trabajo, porque el paciente está "estable", sin embargo el trabajo de planta agota mucho más físicamente porque tienes

muchos más pacientes, hay más burocracia y todo en general se multiplica. Mientras que en los servicios especiales, sueles tener menos pacientes (6 pacientes son lo más que he tenido en estos servicios) y claro son pacientes en los que normalmente tienes que hacer unos ciertos controles cada cierto tiempo y que simplemente tienes que anotar en unas gráficas, aunque por otro lado estresa más psicológicamente porque estás más en tensión al tratarse de pacientes más inestables." (Diplomada ULL 11.3.)

1.2.6. Medio hospitalario-atención primaria

Las enfermeras refieren diferencias sustanciales al incorporarse a un entorno hospitalario o a un entorno de atención primaria. En cuanto a la carga laboral, al ambiente de trabajo o a la atención al paciente. Por lo general hay una mejor adaptación al entorno de atención primaria por estas mismas razones. La carga de trabajo en atención primaria es menor que en atención hospitalaria, por tanto el ambiente de trabajo y las relaciones interpersonales son mejores entre compañeros: la nueva enfermera se integra mejor en los centros de salud. Las cargas de trabajo más reducidas llevan a dar una mejor atención de calidad al paciente. Como inconveniente que se observa de la atención primaria es que una enfermera está sola frente al paciente y ha de resolver muchos problemas y situaciones que se presenten en consulta, así como tener una buena comunicación con el mismo.

"Yo prefiero primaria esta como mucho más relajado no sé porque no sé si es también porque a lo mejor en la especializada la carga de trabajo es mayor son otras responsabilidades en atención primaria el enfermero decide más como realizar su trabajo como distribuye las tareas es más independiente en ese sentido el hospital estas sujeto constantemente a unos

horarios como te falle algo algún paciente se te descompense o algo pues ya se te echa encima el turno de trabajo y vas ahí apurado también puede ser por eso igual también hay mucha más competitividad los enfermeros son más especiales no sé yo creo que una combinación de todo (Diplomada Cande 12.1.)

“Mi impresión es que en AP el trato hacia el paciente es diferente, lo terminas conociendo tanto su entorno como su forma de entender ciertos aspectos de la vida, sin embargo en hospitalización (por regla general) lo conoces en un estado más de necesidad que cuando se soluciona, la relación enfermera-paciente termina. Además que en AP siento que se trabaja en equipo y en hospitalización no.” (Graduada ULL 14.2.)

“Muchísima diferencia, sobre todo a la hora de recibir ayuda por parte de los compañeros, no en todas partes hay la misma carga de trabajo, no en todas partes tienen tiempo para decirte donde está algo...y en algunas ocasiones en esos servicios te dicen prácticamente que te busques la vida que ellos también tienen muchos pacientes, cosa que es comprensible...pero cuando estás perdido en un nuevo sitio y ves que no hay nadie que te pueda tan siquiera explicar, y con el miedo a cometer un error que tenemos todos al empezar en un nuevo servicio que no conocemos...es complicado. Realmente donde más fácil me ha sido ha sido en atención primaria. (Graduada ULL 14.3.)

“Supongo que en Atención Primaria la incorporación es más rápida debido al tipo de trabajo que se realiza que suele ser común entre diferentes centros de salud a diferencia de lo que ocurre entre diferentes hospitales o diferentes servicios de un mismo hospital.” (Graduada Cande 14.2.)

1.2.7. La interrelación con los compañeros

Si hay algo importante a la hora de adaptarse a un entorno de trabajo para una nueva enfermera, es sin duda la buena relación entre compañeros de trabajo. Por muy compleja que sea la unidad o el trabajo a desarrollar, si existe buen compañerismo y una buena acogida hacia la nueva enfermera la experiencia de trabajar puede ser más llevadera. Es importante, por tanto, que la enfermera, dentro de la relación con los compañeros, sienta que es bien acogida y que sepa que puede sentirse apoyada y orientada. En algunas ocasiones las enfermeras no son apoyadas cuando no existe tal compañerismo.

“Yo en parte he tenido suerte porque me ha tocado un sitio pues que me han ayudado bastante siempre que he tenido dudas y eso siempre me han ayudado bastante, han sido bastante buenos. No es lo mismo que tú estés en un buen ambiente que te sientas a lo mejor más apoyada que estés en un sitio donde estén trabajando con desagrado.” (Diplomada ULL 10.1.)

“He tenido la suerte de contar con muy buenos compañeros en los servicios que he estado que ha ayudado a que pueda adaptarme sin problemas.” (Graduada Cande 14.2.)

“Hay trabajos en los que encuentras apoyo. Las personas se vuelcan contigo comprenden que estas iniciándote y se acuerdan de cuando empezaron a trabajar y se acuerdan que pasaron por esto. Hay personas que han olvidado sus inicios y te tratan con superioridad: pues si no sabes búscate la vida y que han olvidado que han pasado por esto y que el sufrimiento del principio lo hemos vivido todos, creo yo. A lo mejor unos lo han vivido un día, unos días, unos meses o cinco días.” (Diplomada Cande 09.1.)

“Estas en una selva, te sueltan y tienes que buscarte la vida ni siquiera te explican dónde

está el baño una cosa tan básica.” (Diplomada Cande 09.2.)

“Y más en ese sitio donde trabajaba porque no tenía apoyo de nadie (aparte de porque estaba sola) porque había muy poco compañerismo, envidias y muy mal ambiente (ni si quiera tenía el apoyo de los supervisores o de la directora de enfermería, que quieras o no, saber que tienes su apoyo a pesar de las condiciones en las que trabajas, pues gratifica mucho, pero en este caso la idea por parte de ellos era “o espabilas o no te renuevo y pongo a otro” (Diplomada ULL 11.3.)

1.2.8. UCI

Para la nueva enfermera, esta unidad supone siempre un reto no solamente por el tipo de pacientes a tratar, sino también por la complejidad de la especialidad de intensivos: se necesita experiencia y destrezas, se requiere saber manejar tecnología compleja, se necesita conocer y tener seguridad con los fármacos a administrar, saber sobreponerse a la presión asistencial y al ambiente de trabajo en situaciones complejas.

Las relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo en esta unidad o especialidad son importantes porque la enfermera necesita del apoyo del resto de sus compañeros con más experiencia y formación en la unidad: la enfermera tiene que aprender rápido y de forma segura porque no está lo suficientemente preparada para trabajar en una unidad de intensivos.

El apoyo por parte del resto de los compañeros es importante para el aprendizaje y para trabajar de forma segura. La nueva profesional es contratada como una profesional más sin tener en cuenta su preparación, por lo que debe estar pidiendo constantemente ayuda y apoyo al

resto de sus compañeros que no siempre recibe, por la sobrecarga del compañero, por el estrés que viven los compañeros o, simplemente, como manifiestan las enfermeras, porque no desean ayudarles o porque tiene actitudes negativas hacia ellas.

El ambiente que se describe en una unidad de críticos es multifactorial: difícil, complejo y extraño. La exigencia que se requiere a los profesionales, unido a la sobrecarga laboral, al estrés, etc., hacen que la enfermera que llega nueva a esta unidad viva una experiencia difícil de concretar al entrar al contexto de una UVI.

“Ninguna persona recién terminada tendría que caer por este tipo de servicios y los supervisores son conscientes de que tú no has rodado por ninguna de esas unidades cuando tú llegas, pero es lo que toca. Yo durante mis prácticas no había pisado UVI. El tema de ventilación mecánica, medicación en críticos como sedación, aminas y todo eso no lo tenía como rodaje. El día que me llaman de estar en primaria a estar directamente en UVI: “venga ahí tienes dos pacientes de UVI, dos pacientes intubados críticos para ti...” (Diplomada ULL 09.2.)

“Cuando te mandaban a uvi te decían “no importa no pasa nada” y luego llegabas a uvi y le decías ¿cómo ha estado el turno? Hemos tenido cuatro paradas ¿Cómo? Pero si yo no sé ni dónde está el carro de paradas, ni dónde está el desfibrilador, ni dónde está la medicación. Yo hubiera agradecido y pagado porque me hubieran dado formación y más en el primer día que empecé a trabajar que empecé de noche y claro lo pasé mal. No tenía ni idea, no sabía nada. Las últimas prácticas las había hecho en un centro de salud que es lo que más fresco sueles tener.” (Diplomada ULL 09.3.)

“Claro si es verdad que en servicios especiales siempre es crea un poquito más de estrés porque son tratos más especializados. Yo tuve

que pasar en los primero contratos del hospital por la UVI. Ya fui como muy nerviosa pero me acogieron bien de hecho me dieron un paciente de los mejores que estaban dentro de sus circunstancias por supuesto. Pero te das cuenta que aún teniendo un paciente que relativamente está estable y demás, te das cuenta de lo que lleva estar en una unidad especial. Te das cuenta que tienes que tener mucho entrenamiento porque la gente que tiene entrenamiento se ven en situaciones que desbordan.” (Graduada ULL 14.1.)

“Creo que tuve dos veces una crisis de ansiedad a “esto” estuve de decir me rindo lo dejo. Tienes dos opciones o te rindes y te hundes o remontas. Yo gracias a dios remonté. Una ansiedad horrible. Una de las veces porque me sentía abandonada por todos mis compañeros. Yo era nueva ahí y yo tenía que hacer mi trabajo y aunque no tenía ni idea de cómo se hacía porque recuerdo que era UVI y ¡halá! Y si te equivocas matas al paciente. Tuvieron conmigo una actitud muy negativa y negra de “por qué tengo yo que enseñarte a ti, tú ya eres enfermera. No es culpa mía y tú verás lo que haces porque si metes la pata estos pacientes son muy delicados”. Eso fue muy malo.” (Diplomada ULL 11.1.)

1.2.9. Pediatría

Las enfermeras perciben inseguridad y falta de preparación a la hora de trabajar en la especialidad de pediatría tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria. Para las participantes les supone un reto por lo complejo que es para ellas tratar a un niño porque es un campo desconocido y les genera inseguridad por la escasa formación que han recibido. Las enfermeras sienten no estar preparadas para trabajar en una unidad de cuidados intensivos pediátrica o de neonatología, al igual que tampoco para trabajar en una consulta de en-

fermería de atención primaria: refieren sentir pánico por no tener suficiente experiencia, por no saber cómo actuar en determinadas situaciones en pediatría y por el temor a cometer errores.

“Como empecé en un sitio que era relativamente fácil entre comillas porque no tenía mucha técnica ni tenía mucha responsabilidad pues más o menos lo fui llevando pero sí que es cierto que luego cuando pasé al hospital, que encima empecé en pediatría, pues eso fue un temor constante porque era que muchas veces me veía paralizada. Sabía que tenía que hacer algo, sabía cómo hacerlo pero como que lo evitaba. Evitaba hacer esa cura, o ir a hacer ese cambio o ir a hacer eso porque me daba pánico en realidad. Si ya de por sí te sientes inútil cuando empiezas, encima con una especialidad como son los niños, que es un mundo aparte, claro que no tienes ni formación alguna entonces ya te metes en un gran problema porque no tiene nada que ver siquiera con lo que has estudiado, o a lo que estás acostumbrado.” (Diplomada ULL 11.2.)

“Quizás las que tengan que ver con pediatría si me crea bastante estrés el tema de trabajar con niños porque no solo trabajas con ellos sino con sus padres y claro pediatría son situaciones depende donde te toque si te toca una uci pediátrica son situaciones niños que están bastante mal y tienen un trato muy especializado la verdad que me asustaría muchísimo que te dijeran tengo un contrato en pediatría en la uci pediátrica del hospital o donde fuera porque no sabía cómo actuar realmente ante esta situación que claro que crean estrés a los padres a uno mismo como profesional y si no tienes experiencia que mi paso por pediatría fue muy corto durante las carreras es un unidad en la que me siento bastante insegura.” (Graduada ULL 14.1.)

“Pediatría son servicios que le coges mucho respeto precisamente por eso quizá por des-

conocimiento y porque quieras o no son niños al fin al cabo es lo que tiene pediatría son cosa pediatría es un servicio que a mí me da pánico que no deberían obligarte en muchos casos sin formarte en muchos casos es un servicio que incluso en consulta de pediatría en primaria le tengo pánico no preguntes porque no sé si son malas experiencia que tuve en las practicas pero ahí cogí mucha inseguridad y mucho pánico.” (Diplomado Cande 10.1.)

“En AP: en pediatría, en mi caso las prácticas relacionadas con la pediatría las realicé en la unidad de neonatología en 2º de carrera por lo que fue difícil llegar a sentirme segura en la consulta de pediatría.” (Graduada ULL 14.2.)

1.2.10. Quirófano

Las enfermeras no se sienten preparadas para trabajar en una unidad de quirófano. Sienten que no se han formado, o no han recibido la suficiente formación en quirófano. Cuando se les contrata para esta unidad, la contratación se hace en muchas ocasiones con mucha celeridad sin tener en cuenta la situación de la enfermera novel. Es importante que la enfermera que comienza a trabajar en quirófano tenga a buenos compañeros que le ayuden.

“No me sentía preparada, por mucho que estudiaba. Me acuerdo el primer día que trabajé en la unidad de recepción de quirófano. Yo nunca había estado en recepción de quirófano ¿qué narices tenía yo que hacer allí? No tenía a nadie que me ayudase. No te sientes preparado. Para las unidades más normales puede que sí, pero para las unidades más especiales no.” (Diplomada ULL 11.1.)

“Yo en realidad donde más insegura me he sentido fue en quirófano, pero porque creo que ahí sí que hay un vacío total de lo que es la carrera a lo que es trabajar en un quirófano.

Porque en la carrera sí que es cierto que no te enseñan nada de quirófano. Te hablan de la asepsia, te hablan de algunos conceptos quirúrgicos pero poco más. Y cuando a ti te llaman para trabajar en quirófano y encima de no de apoyo sino de instrumentista como me pasó a mí. Llevaba como un año trabajando y me llamaron para una semana a quirófano de instrumentista. La experiencia fue terrible, porque además de lo típico que te llaman a las 14:30 para empezar a las 15:00, una unidad que no conoces de nada.” (Diplomada ULL 11.2.)

“Pues en quirófano, por la poco (o ninguna) experiencia que tenía en el servicio. No sabía bien cuál era mi papel allí y el primer día fue bastante duro, sentí que no pude aportar mucho.” (Graduada ULL 13.2.)

“Si porque mi primer contrato como te dije antes fue en quirófano y me metieron ahí aunque yo había tenido quirófano y había elegido la tutoría de quirófano en la carrera no es lo mismo cuando tú estás sola porque yo cuando estuve en la carrera estuve en ginecología y esta vez me tocó un otorrino pero bueno me pusieron un compañero ahí es verdad en los dos días que estuve en quirófano porque luego ya me cambiaron me pusieron a un compañero para que estuviera conmigo y me explicara más o menos.” (Graduada Cande 14.1.)

1.2.11. Un número más

Las enfermeras refieren que para las instituciones sanitarias, como para los gestores sanitarios, se sienten números, mercancía o material fungible a la hora de ser contratadas. Las instituciones sanitarias no tienen en cuenta el currículo profesional de las enfermeras, ni su experiencia o preparación para determinados campos: son contratadas de una forma indiscriminada para cualquier unidad o especiali-



dad. Es por esta razón que las enfermeras no se sientan realizadas al entrar al mundo laboral y profesional.

“Claro tú sales como enfermero generalista y para la política de contratación y de recursos para los que nosotros trabajamos no tienen en cuenta si tú acabas de terminar ni los servicios por los que has pasado durante tus prácticas.” (Diplomada ULL 09.2.)

“Porque como digo yo te cogen, como en las máquinas expendedoras, y te sueltan ahí... Estamos todos ahí, te cogen y te lanzan.... Te ha tocado y ya está.” (Diplomada ULL 10.1.)

1.2.12. Crisis económica

La crisis económica surgida a partir de 2010, ha influido notablemente en las nuevas generaciones de enfermería en Tenerife. Según refieren las participantes del presente estudio por los recortes en la sanidad pública y la reducción por parte del estado en el gasto presupuestario para contratar personal de enferme-

ría. Esto ha hecho que haya habido enfermeras que al haber titulado, no se incorporaran al mundo laboral hasta pasados al menos dos años, con consecuencias en el retraso del desarrollo profesional de las mismas.

“Lo que me chocó fue como yo acabé en el 2010, y la cosa estaba bastante mal, me decían ustedes van a salir van a ir directamente a La Candelaria se van a quedar aquí trabajando no van a tener ningún tipo de problema pero cuando salimos nos encontramos todo lo contrario: nos encontramos en plena crisis. Yo tengo compañeros que los dos primeros años no trabajaron. Yo a los seis meses empecé a trabajar allí bueno por un poco más de suerte pero a mí ese choque si lo tuve que en enfermería no hay crisis de que todo eso que nos decían a nosotros de que nos preocupáramos eso sí que fue un choque porque salimos y la realidad era que no nos llamaban de ningún sitio.” (Diplomada Cande 10.2.)

“Salimos. No había acceso a la pública porque estaba totalmente colapsado. Solo teníamos pocas opciones y era un golpe de suerte si conseguías en una privada. Fue mi caso des-

pués de muchos meses cuatro o cinco meses poniendo currículum por internet y poniendo currículum en persona, al final conseguí acceder a las entrevistas de un hospital privado.” (Diplomado Cande 10.1.)

“Los primeros seis meses estuve en el paro. Entonces al salir esa confusión que te llamas enfermero pero no eres enfermero tienes un diploma que dice “soy enfermero” pero no lo eres, encima además no estás trabajando. Con mayor riesgo que empiezas a perder todas esas habilidades que tenías antes, esa rapidez, esa fluidez, no tanto los conocimientos porque te sigues formando en aquellas áreas que no te pudiste centrar mucho pero te empiezas a cuestionar “qué tal lo haré” “seré igual de rápida”.... Entonces esos seis primeros meses después de terminar es una confusión, un caos total. Sobre todo porque yo estuve en el paro buscando trabajo como una loca tenía que demostrar que aunque era nueva tenía esas habilidades más frescas y que podía aportar algo nuevo.” (Diplomada ULL 11.1.)

“Recuerdo que mis últimas prácticas como estudiante, fue en el servicio de urgencias del HUC. Yo ahí hacía de todo y recuerdo que al final era como una más del servicio: preveía las situaciones y me adelantaba a hacer las cosas ya sin que nadie me lo pidiera. ¿Qué ocurre?, que cuando terminé la carrera, coincidí en el peor momento de búsqueda de trabajo por la crisis económica. Tardé un año y medio en trabajar de enfermera desde que terminé la carrera. En ese lapsus de tiempo, pierdes destrezas y habilidades sin que te des cuenta. Al principio es que todo me daba miedo y parecía que no sabía hacer nada. Recuerdo que incluso no me sentía preparada para el pase de visita con el médico: pero por favor, una cosa tan tonta y absurda como esa. Pero claro ese año y medio sin trabajar, me mermó muchísimo.” (Diplomada ULL 11.3.)

1.2.13. Ratio enfermera-paciente

Los ratios de enfermera/paciente no son los adecuados en muchos servicios o instituciones. La enfermera se encuentra en muchas circunstancias con situaciones en las que manifiesta que no puede dar una atención de calidad a los pacientes por las sobrecargas laborales, principalmente por escasez de personal lo cual la lleva a que viva con “estrés” y “frustración” los primeros pasos como profesional por no poder atender adecuadamente a los pacientes a su cargo.

“Hay plantas en que compañeros quieren ayudarte pero te dicen que es el estrés de lo mío más lo tuyo y no puedo. Y tiene voluntad para echarme una mano y no puede y te lo dicen no puede ser que la enfermería sea para unos un período de tiempo pueda realizar unas cosas y en otros servicios una planta de estrés superior y no de tiempo a nada yo te puedo contar mi experiencia es que yo al principio pasa tiempo en planta trabajando y no iba ni al baño yo llegue a pasar turnos de 12 horas donde no fui al baño.” (Diplomada Cande 09.1.)

“Ya de por sí iba a estar rotando para lo que surgiera o sea en las distintas plantas o sea en tres días me tenía que hacer al paño en las diferentes plantas y adaptarme completamente a todo ya de por sí me lo dejaron claro era un enfermero que iba que tener a lo mejor de poner la medicación a toda leche porque la tenía que poner a toda leche para ponerme ayudar a hacer baños a la vez que cambiar pañales a la vez que hacer curas y claro cuando llegas primeramente y te vez con todo eso es un shock un colapso. Lo que pasa es eso acabas muy sobre cargado y cuando estas empezando si ya de por sí necesitas el doble o el triple de concentración para a lo mejor poner la medicación algo que tú dices no estoy cambiando enchufes no estoy haciendo tal estoy jugando con la vida de las personas.” (Diplomado Cande 10.1.)

“En mi caso particular fue más estresante de lo que ya consideramos y todos damos por hecho, ya que en mi primer trabajo me tocó trabajar en un hospital privado y ya sabemos lo que acarrea eso: estaba sola en la planta a cargo de todo: de pasar sala con los médicos, ingresos, quirófanos, traslados, curas, cambios y actualizaciones de las planillas, poner medicación, incidencias que surgen, etc., para demasiados pacientes. Los hospitales privados explotan a los enfermeros” (Diplomada ULL 11.3.)

“Todo lo haces corriendo. Que te da tiempo de hacerlo bien, mejor. Que no, pues nada lo haces mal. Es lo que tienen las cargas laborales. Yo he trabajado en muchos sitios y según donde esté para mí lo peor es cuando estás sola en las privadas por ejemplo que trabajar tú sola en una planta con un auxiliar y las cargas laborales son una locura pueden hacer que cometas errores te pueden faltar cosas por hacer que cometas errores, entonces al final es muy estresante y te das cuenta de que no eres capaz de asumirlo todo eso para mí es lo peor, por ejemplo es una de las privadas en las que yo estuve llevabas dos plantas y si pasaba una emergencia arriba y estabas abajo si la auxiliar le daba tiempo te llamaba pero luego subías y el tensiómetro no funcionaba, etc. Entonces no había sueros...” (Diplomada ULL 11.4.)

1.3. Hacer

Esta tercera categoría establecida en el presente estudio, engloba todas las reflexiones acerca de la actuación de la enfermera durante el proceso de convertirse en profesional. Hace referencia a la ejecución del trabajo una vez la enfermera ya se encuentra dentro del contexto de trabajo donde ha de proceder a realizar diferentes técnicas y procedimientos al paciente. Estas técnicas y procedimientos entrañan

ciertos riesgos para el usuario si no se realiza una praxis correcta y segura. Una actuación correcta y el temor al error están presentes en la enfermera una vez se encuentra trabajando en el contexto profesional. De hecho, cometer un error es considerado por las participantes de este estudio como un problema moral, un “carga de conciencia”, una vivencia emocional de impotencia y rabia, además de estresante, porque saben que tratan con personas y no con artículos materiales. Así pues, las enfermeras son conscientes de que cometer un error de actuación puede conllevar, incluso, a provocar la muerte en un paciente.

Las participantes manifiestan preocupación ante la realización de un procedimiento y equivocarse al realizarlo, siendo la principal preocupación cometer un error en la administración de fármacos, al ser el procedimiento que más entraña riesgos. Los errores además se pueden cometer cuando existe una sobrecarga de trabajo y las enfermeras han de realizar el procedimiento de la administración de fármacos de forma más rápida sin mucho tiempo para realizar comprobaciones de fármacos, paciente, vía de administración y hora de administración.

Existen diferentes tipos de errores según la gravedad y consecuencias que hayan podido tener en el paciente que atienden. Las profesionales consideran importante saber reconocer los errores y aprender de los mismos además de saber actuar con prudencia.

“Los primeros temores eran de equivocarme. Cometer algún error con algún paciente. Esos fueron mis miedos.” (Diplomada ULL 09.3.)

“Matar a alguien. Cometer un error para mí supone mucho.” (Diplomada ULL 09.2.)

“Las cargas laborales son una locura. Pueden hacer que cometas errores. Te pueden faltar cosas.” (Diplomada ULL 11.4.)



"Terminé con tanta carga de trabajo que mi principal temor era equivocarme con la medicación. Eso era un pánico, que a veces llegas a tu casa dices ¡Ay dios habré hecho esto bien, no registré lo otro!" (Diplomada ULL 10.1.)

"Pues depende del error que sea. No es lo mismo equivocarte al administrar medicación, al hacer una cura o que te equivoques en el tema del papeleo." (Graduada ULL 13.2.)"

"Para mí cometer un error depende del tipo de error. No me gustaría cometer un error vital, es decir, procuro trabajar en el sentido de no cometer errores. Si me veo insegura en algo no lo hago. Yo sí veo que eso puede repercutir en la vida del paciente reconozco mi capacidad para llevar a cabo esa situación y delego en otros profesionales o me dejo asesorar por otros profesionales en ese sentido. Siempre tiro del médico o de otros compañeros enfermeros. No soy imprudente la verdad." (Diplomada cande 12.1.)

Cometer un error para una enfermera supone un cargo de conciencia y es uno de los principales temores que manifiestan las enfermeras cuando realizan un procedimiento al paciente: hay temor a que al haber realizado una determinada actuación, se haga daño al paciente o se le perjudique en su mejoría.

"Un cargo de conciencia en el sentido de que has cometido un error. Me afecta porque he metido la pata, no quería hacerlo no es que me haya pasado y después sabes que te van a decir algo. pero que no tengo tanto miedo porque lo primero que diría es que yo intenté hacerlo bien como soy responsable y hago las cosa bien en ese aspecto no tengo tanto temor." (Diplomada cande 09.1.)

"Error pues que haga algo mal y que el paciente sufra un daño de cualquier tipo sabes que te equivoques en una cura que el paciente este mucho más tiempo con esa cura o que o eso en una medicación que pase que gente vaya para atrás en su tratamiento en vez de que avance pues eso." (Graduada cande 14.1.)

1.3.1. Cometer un error

1.3.2. Diferentes errores

Existen diferentes errores en el día a día en el trabajo en enfermería que van de poco importantes a graves. La gravedad del error se centra principalmente si las consecuencias de dicho error perjudican seriamente la evolución o integridad del paciente y de si el error se puede solventar sin complicaciones. Es natural cometer errores: existen errores importantes que pueden perjudicar al paciente como es la administración de un fármaco de forma errónea en su dosis o en la vía de administración del mismo, o por el contrario cometer errores mucho menos graves como por ejemplo en las tareas administrativas.

“Está claro que depende del error. Todos tenemos fallos tontos y que no hacen daño a nadie. Para mí cometer un error me hace sentir muy pero que muy mal. Yo soy muy perfeccionista y autoexigente por lo que no me gusta equivocarme en general pero ya si hablamos de aspectos que afectan a la salud del paciente pues más me angustio cuando me equivoco. De esto sobre todo al principio, ya no tanto porque yo misma digo “bueno en este caso, este fallo no le hace daño a nadie y más de uno se ha equivocado aquí.” (Diplomada ULL 11.3)

“En esta profesión cometer un error es algo bastante grave dependiendo de qué tipo de error se pueda cometer tratar pero cometer un error para mí es algo bastante grave es un poco no sé cómo explicártelo dependiendo del error si es un error que bueno lo solucionas fácilmente y otro que sean más graves entonces es algo muy importante no cometer errores en esta profesión.” (Graduada ULL 14.1.)

“Imagino yo que todos en algún momento de su vida han podido cometer un error. Dependiendo del tipo de error: desde dar a un paciente un nolotil envés de un paracetamol o hasta el

punto de darle una medicación al que era alérgico a esa medicación.” (Diplomada ULL 10.1.)

“Depende de la gravedad del error pero cualquier error que cometas te hace sentirte muy mal te vas para casa con el rollo en la cabeza, es estresante cualquier error que cometas ya sea mínimo como olvidarte de una medicación que no importa que no le pusieras un antibiótico. Pero te vas para tu casa pensando me olvidé poner el antibiótico. O ya sea que te pases con la insulina y le dé un bajón de azúcar y todo se solucione pero cualquier cosa de esas te llevas el rollo a la cabeza y estas un par de días con la matraquilla. Sabes que estás a la orden del día para cometer un error.” (Diplomada ULL 11.4.)

1.3.3. Errores en la medicación

A continuación se abarcan los discursos de las participantes en torno a lo que supone y significa para ellas el hecho de cometer un error al administrar fármacos. Para la enfermera la administración de fármacos es un procedimiento que le inspira temor porque puede cometer un posible error en la preparación y administración de los mismos. Es una técnica que entraña riesgos y la enfermera ha de estar centrada y trabajar con seguridad. El temor a cometer un error en la administración de fármacos siempre está presente en las enfermeras, ya que si cometen un error en el fármaco a administrar, o administran un fármaco a un paciente por error o confusión, conlleva consecuencias o complicaciones graves en el paciente.

“A mí lo que más miedo me daba era cometer un error con la medicación. Era lo que más miedo me daba. Donde yo trabajé al principio preparábamos la medicación porque no había farmacia, entonces tenías que estar muy pendiente, porque aparte de la posible sanción, lo que más miedo me daba era equivocarme de medicación y darle algo a un usuario que fuera

alérgico ya que hay mucha personas mayores con alergias". (Diplomada Cande 10.2.)

"No es lo mismo que yo a una úlcera le mande plata, le mande otras cosa que tampoco le va a pasar nada porque la cura se la haces cada tres días. Pero tú imagínate mandarle una medicación a un paciente que te ha dicho veinte mil veces que es alérgico a la penicilina y le mandes una penicilina. Eso para mí es un error, y gordo. Para mí sería algo con lo que pasaríamos a palabras mayores." (Diplomada ULL 09.3.)

"Me miraba las cosas muchas veces antes de ponérselas al paciente. Aún hoy lo hago y voy a hacer un año de carrera. Pero sobre todo eso: yo en farmacológica no me encontraba preparada para nada. Lo demás más o menos pero cuando llevas medicación que sabes que el paciente puede tener peligro o causarle un daño, pues sí que miraba mucho." (Graduada cande 14.1.)

1.3.4. Errores por sobrecarga de trabajo

En este caso se observa, en los discursos de las siguientes enfermeras, que las situaciones estresantes y las cargas de trabajo hacen que cometan errores. La sobrecarga laboral conlleva trabajar más rápido y con más prisa. La enfermera se siente más estresada y no puede revisar meticulosamente y con serenidad todos los pasos a realizar cada vez que realiza un procedimiento, una técnica o la administración de un fármaco al paciente.

"Hay todo tipo de errores. Intentas hacerlo de la mejor manera posible intentando que no cometes ningún error pero las cargas de trabajo, el estar muy estresado... Con esto de las prisas seguro se nos escapa algún error." (Diplomada ULL 10.1.)

"Está claro que en una profesión donde hay mucho trabajo, sobrecarga, estrés, es imposible no equivocarse con algo, lo que pasa que muchos lo camuflan (porque lo he visto hacer) y eso sí que es peligroso." (Diplomada ULL 11.3.)

"En mi caso, aún no ha habido ningún error que deba mencionar. Los que he tenido han sido pequeños y porque me he visto en ciertas situaciones estresantes que han desencadenado a ese error. En esos casos, he estado más pendiente y he buscado ciertas técnicas que me facilitan el trabajo y evitar los errores." (Graduada ULL 13.1.)

1.3.5. Provocar la muerte

Las participantes manifiestan lo conscientes que son trabajando como enfermeras y que un error puede tener consecuencias tan graves como la muerte de un paciente. Cometer un error para la enfermera supone un hecho que tiene una gran carga moral y de conciencia. Provocar una muerte por un error en la actuación o proceder de la enfermera, es un hecho muy grave. Muchas veces con la rutina del día a día y las sobrecargas laborales, los profesionales no son lo suficientemente conscientes de que un error puede llegar a tener consecuencias tan graves como puede ser provocar una muerte.

"A veces no somos conscientes o el sistema de trabajo que vamos rapidísimo no somos conscientes que cualquier fallito puede ocasionar la muerte a una persona." (Diplomada ULL 10.2.)

"El sistema tampoco ayuda y porque te das cuenta de que te metes en un mundo que es realmente importante porque estás trabajando con personas y te das cuenta de que en realidad cualquier error puede provocar una muerte." (Diplomada ULL 11.2.)

1.3.6. Reconocer los errores y aprender de los mismos

Las participantes refieren que es importante que si se comete un error y se dan cuenta de que lo han cometido, deben tratar de solucionarlo lo antes posible. Un error es no comunicar que se ha cometido el error aún a sabiendas de que se ha cometido y puede tener consecuencias graves en el paciente. Es importante reconocer los errores cometidos, reflexionar sobre lo que ha sucedido, solventar el error, guardar la calma y aprender de los errores como una experiencia más de aprendizaje para que no vuelva a suceder.

"Yo creo que hay errores de muchos tipos. Depende de los errores. Lo más importante a la hora de cometer un error, es cuando lo cometes no callártelo porque eso sí no es un error, es una cosa súper grave. Si encima te lo callas como muchas veces pasa en los hospitales, tiene consecuencias para el paciente: eso es muy grave. Para mí lo importante es darte cuenta. Si lo cometes, pues intentar poner de tu parte para que eso no vaya a más." (Diplomada ULL 11.2.)

"En cualquier caso siempre intento mantener la calma, y aprender de los errores cometidos." (Graduada ULL 13.2.)

"Sí es verdad que hay veces que los cometes y no sabes cómo. No te queda más remedio que tratar de solventarlo como puedas." (Graduada ULL 14.1.)

1.3.7. Actuar con prudencia

Esta subcategoría se hace presente en los fragmentos analizados de las entrevistas donde se reflexiona sobre la importancia de la misma a la hora de trabajar siendo enfermera para no cometer errores, especialmente los graves.

Son importantes los protocolos de actuación: con el desarrollo de los mismos se evita cometer muchos errores. Las enfermeras sienten que es importante dejarse asesorar, consultar dudas y trabajar de forma seria, meticulosa y ordenada. Actuar con prudencia es una virtud importante en el desempeño cotidiano del hacer enfermero.

"Para mí cometer un error comprende varios aspectos, uno de ellos si pone la vida o la integridad de un paciente en riesgo. Creo que depende de algún aspecto que se puede mejorar en la práctica: en el procedimiento, en el protocolo. No me preocupa si voy a cometer un error, no voy pensando en ello. Pero sí me preocuparía si pasara. Todo el mundo ha cometido errores en medicación y quien diga que no está equivocado. Eso falla en la forma segura, en los protocolos." (Diplomado ULL 09.1.)

"Para mí cometer un error es muchísimo, no me gusta nada. Sé que puede pasar y que puede pasar más veces. Yo todo lo que no sé, siempre pregunto." (Diplomada cande 11.1.)

"Al haber estado en urgencias tienes un abanico amplio, tienes recursos para tratar todo tipo de pacientes pero siempre se te quedan cosas nuevas.... Ya en cuanto a seguridad del paciente... Aunque ya no te da miedo nada, el temor a cometer un error no lo podemos perder. Siempre hay que tener ese punto de precaución. Siempre tengo que revisar todo, tengo que trabajar metódicamente. Yo creo que nunca podemos relajarnos en ese aspecto de la profesión porque depende la vida del paciente." (Diplomada ULL 09.2.)

"Por eso creo que el enfermero tiene que ser un poco meticuloso, organizado y nunca confiarse porque cualquier error..." (Diplomada ULL 10.2.)

1.4. Sentir

La categoría "sentir" es establecida por las vivencias y emociones, que se comporta de manera transversal a lo largo del proceso de convertirse en enfermera. Todo aquello que sienten a nivel emocional las enfermeras al haber entrado en el contexto profesional está relacionado con la vivencia de la responsabilidad, la vivencia más importante en la enfermera desde que comienza a trabajar, y la interacción con el nuevo contexto laboral y profesional.

La vivencia de la responsabilidad está relacionada con hacer una buena praxis, que es la base fundamental para ser buen profesional y que influye en que el paciente tenga una buena evolución y no empeore. La enfermera toma consciencia de la responsabilidad de que tiene que trabajar bien y de sus limitaciones como profesional por no tener suficiente experiencia para hacer frente a ciertas situaciones en su día a día. Se siente insegura, y su inseguridad lleva al miedo. Tomar consciencia de la responsabilidad para la enfermera supone una vivencia "estresante" con consecuencias emocionales como ansiedad, frustración, rabia, impotencia o tristeza por no sentirse realizadas en su trabajo o por verse sobrecargadas con las cargas de trabajo. Las participantes sienten que se puede dar una mejor atención.

En muchas ocasiones, las participantes refieren haberse sentido solas en su puesto de trabajo. No solamente manifiestan haberse encontrado solas trabajando en una determinada unidad y turno, sino que además aunque se encuentren rodeadas de compañeros se sienten marginadas al llegar nuevas a una unidad de trabajo desconocida.

"Llevo 3-4 años trabajando de enfermera, me sigo sintiendo insegura en todo." (Diplomada ULL 11.2.)

"Estaba en ese límite entre el miedo y la curiosidad, expectación más bien, sin saber con qué (y con quién) me iba a encontrar." (Graduada ULL 13.2.)

"La responsabilidad supone mucho. En tus manos depende de la decisión que tomes, tomando una decisión u otra, puede ir la cosa a mejor o a peor. En ese aspecto yo creo que sí se va adquiriendo con el tiempo lo que es la seguridad porque al principio tienes muchas inseguridades hasta que no te vas curtiendo." (Diplomada ULL 10.1.)

"Sentirte sola en realidad es algo común, porque la gente va a lo suyo." (Diplomada ULL 11.2.)

1.4.1. Sentir incertidumbre

Las enfermeras expresan sentimientos relativos a la inseguridad como profesional especialmente una inseguridad relacionada con sentirse competentes y seguras, además de saber actuar. Se genera, por tanto, una vivencia de incertidumbre relacionada por no sentirse competentes y por cómo llevarán a cabo su trabajo si no son lo suficientemente seguras. La inseguridad se da en muchos casos concretos, por ejemplo con la incertidumbre generada porque una enfermera no conoce a los compañeros con los que va a tratar durante su turno de trabajo. Es importante sentir seguridad y certidumbre con un equipo de buenos compañeros que ayuden y apoyen, y a la vez que la transmitan. La inseguridad también viene dada por la complejidad del trabajo, por la dificultad a la adaptación al puesto de trabajo, por la relación con el equipo. Incluso, todo ello supone un reto para la enfermera para sentirse competente como profesional, para tener juicios clínicos sólidos y un pensamiento crítico formado.

Las circunstancias que rodean a la enfermera mientras está trabajando, que no puede controlar o resolver, le generan incertidumbre y por ende inseguridad. No poder tener bajo control todo el trabajo que ha de ejecutar en su turno es una razón más, además de los imprevistos, la falta de preparación en ciertos aspectos, la organización, la falta de apoyo puntual, etc.

La inseguridad, por tanto, es una vivencia generada por la falta de control ante una determinada circunstancia o contexto, ya sea por no sentirse competente como profesional, por no adaptarse al entorno de trabajo, por la dificultad por mantener relaciones interpersonales adecuadas, por el temor al error o por la propia incertidumbre que todas estas vivencias suponen. La inseguridad es una vivencia que la enfermera puede presentar durante un período de tiempo y solo la experiencia que se va ganando en el desempeño del trabajo, disipa.

“La sensación inicial es que no te sentías preparado pero sé que esto nos pasó a todos. Lo comentábamos los primeros días con los compañeros de clase y todo el mundo decía no estoy preparado. Es como una sensación inicial de temor y todos, hasta los más preparados, lo decían. Y sí estábamos preparados. Pero la sensación es que no estamos preparados, de que no dominamos el campo al no dominar entra un estrés inicial.” (Diplomada Cande 09.1.)

“La sensación de inseguridad la he sentido siempre el primer día de trabajo. Pero a medida que he ido adquiriendo experiencia, he sentido más inseguridad por los compañeros con los que voy a trabajar, que por el mismo servicio. Es decir, el sentimiento de inseguridad muchas veces se disipa porque te das cuenta que los compañeros que tienes, le quitan digamos “hierro al asunto”, te ayudan te dicen que no te preocupes...eso te ayuda como profesional, te da seguridad. Por lo tanto es más el miedo a los compañeros con los que vas a

trabajar doce, veinticuatro horas que al mismo servicio.” (Diplomada Cande 11.2.)

“Algunos van con la expectativa de “haré lo que pueda”, y otros como yo van pensando “el mundo se acaba”. Como ya dije, el hecho de no poder controlar la situación (cosa que nadie puede y menos en esta profesión, porque siempre hay un grado de incertidumbre y siempre te puedes ver en situaciones que no puedes o mejor dicho, no sabes resolver), me hace sentirme muy insegura, y esta inseguridad me lleva a ser mucho más torpe. Yo necesito sentir que “más o menos lo tengo todo controlado y que si me pasa X, haré Y, etc.”” (Diplomada ULL 11.3.)

1.4.2. Sentir miedo

Las participantes manifiestan miedo por no sentirse competentes como profesionales, por no saber actuar o reaccionar ante situaciones de riesgo vital o de urgencias vitales, o, simplemente, por no saber actuar ante determinadas situaciones independientemente si son urgencias o no. El miedo que se describe, está íntimamente relacionado con la inseguridad: la incertidumbre crea inseguridad y la inseguridad crea miedo. La enfermera al comenzar en un nuevo servicio se siente nueva y con miedo por dicha inseguridad e incertidumbre por no conocer lo suficiente el entorno, el lugar de trabajo, la labor a llevar a cabo y los compañeros con quienes trabaja. Toda nueva tarea a realizar, o situación que vive le puede generar miedo.

Las circunstancias desconocidas por las enfermeras principiantes generan miedo porque no tienen suficiente confianza además se sentirse incómodas si las circunstancias del paciente a su cargo requieren realizar procedimientos o actuaciones de forma diferentes a cómo los aprendieron. La falta de experiencia genera

miedo y el miedo conlleva a tener dificultades para tener un pensamiento crítico sólido.

"Cuando me fui a primaria me daba más miedo el hecho de no saber qué hacer si tenía una parada o sea saberlo teóricamente sí pero el no haberlo puesto nunca en práctica eso es lo que más miedo me da. Ahora mismo el no saber cómo voy a reaccionar porque la teoría me la sé de cómo se atiende a una parada pero nunca me he visto en la situación lo que ahora lo que más miedo me es tener una situación de riesgo vital." (Diplomada Cande 10.2.)

"A mí lo que me da miedo al estar sola son las emergencias, que algún paciente se me pare o que no se me pare sino yo qué sé lo típico que se te desmayan. Todas esas cosas me daban un montón de miedo. Me acuerdo que una vez una señora con una fractura de cadera la primera vez que la sentamos le dio un síndrome vasovagal, perdió la conciencia y vamos un agobio yo no sabía ni qué tenía que hacer si llamar al médico o pasarla para la cama... No sabía qué hacer menos mal que la auxiliar me dijo haz esto o haz lo otro porque no sabía reaccionar. Eso es lo que me da miedo." (Diplomada ULL 11.4.)

"En los primeros meses lo que más me preocupaba era encontrarme con situaciones con las que no fuera capaz de lidiar, sobre todo con las relacionadas con la situación clínica del paciente (empeoramiento de su patología, situación de emergencia etc.)" (Graduada ULL 13.2.)

"Siempre tengo miedo al empezar en un nuevo servicio (a excepción de consulta en atención primaria que me sentía preparada desde que salí de la universidad), todo lo nuevo siempre da cierto grado de miedo o respeto, simplemente por el hecho de ser desconocido y no saber qué encontrarás." (Graduada ULL 14.3.)

1.4.3. Sentir la responsabilidad

Para la nueva enfermera, sentir la responsabilidad es una vivencia con una carga emotiva importante al entrar en el contexto laboral y profesional. La consciencia de la responsabilidad como en los primeros períodos como enfermera profesional, es una vivencia que le marca. Como se siente la responsabilidad en el trabajo diario, más aún cuando comienza a ser consciente de la misma. La enfermera es responsable de su praxis profesional, que repercute en el paciente que supone hacer el bien el trabajo, no sólo para que el paciente se beneficie sino para que no se le perjudique. Hacer una buena praxis es la base del principio de ética profesional de no maleficencia. La vivencia de la responsabilidad influye en toda tarea, procedimiento o cuidado a realizar en el paciente. Es por ello, que la enfermera al comenzar a sentirse responsable de su trabajo siente miedo e inseguridad ante cualquier procedimiento, circunstancia o situación desconocida. No es solo vivido como una cuestión moral, sino como una responsabilidad profesional.

También reconocen las enfermeras que en ciertas circunstancias no siempre la responsabilidad en una determinada circunstancia es suya en su totalidad: en algunas ocasiones la institución para la que trabajan no tiene los medios suficientes para poder dar una atención adecuada al paciente, en ocasiones la falta de personal o material para trabajar. En este caso la responsabilidad la ha de asumir la institución para la que trabaja, ya que son circunstancias que se escapan del control de la enfermera.

"Ser consciente de la responsabilidad para mí es mucho. Hay que saber lo que se está haciendo, no hacer las cosas a la locura, preguntar lo que no se sabe porque la puedes cagar en nada." (Diplomada Cande 11.1.)

"La responsabilidad supone bastante y es algo que no somos conscientes y es algo que yo

intento todos los días repetírmelo: la responsabilidad social, judicial, civil que tienes ante los cuidados que estás haciendo, ante ese fármaco que vas a administrar.” (Diplomada ULL 10.2.)

“Una gran responsabilidad tener bajo tu cuidado a un paciente, ya sea porque está enfermo y tiene que superar ese bache o porque necesita tu ayuda, para mí es muy importante saber que tus conocimientos están actualizados y le estás explicando a hacer las cosas correctamente. Porque si tú no lo haces bien, el paciente va a tener unas repercusiones a largo plazo importantes. Es muy importante para mí el hacerlo bien y que el paciente se sienta bien... No es lo mismo tratar con un cable que con una persona.” (Diplomada ULL 11.1.)

“La responsabilidad supone que te pueden meter un puro y meterte en la cárcel. Hay que ser responsable por los actos que uno toma. Hay que ser responsable con uno mismo, imágnate con una tercera persona.” (Diplomada ULL 09.3.)

“Yo he aprendido a no sentirme culpable porque por ejemplo en ese caso pasa algo en otra planta yo no estoy luego resulta que llevo cuando puedo no hay tensiómetros, no hay sueros... te sientes responsable, que no eres responsable, responsable es todo: es la situación, supervisión que no se da cuenta de que todo está mal organizado, es la empresa, es todo, no eres tú directamente somos todos. Ya lo de sentirme culpable lo he descartado totalmente.” (Diplomada ULL 11.4.)

1.4.4. Sentir rabia por el error

Cometer un error tiene un gran peso a nivel personal en la enfermera. Se vive con dificultad y le afecta a nivel emocional viviéndolo con sentimientos de rabia, frustración e impotencia

por saber que podría haberlo evitado o haber actuado mejor. A nivel personal cometer un error supone una decepción para la enfermera, además de ser una situación que le provoca preocupación durante un período de tiempo.

“Un error supone no un fracaso pero sí me da rabia... No sé cómo explicarlo... No me enorgullece pero bueno al mismo tiempo me sirve, o a mí por ejemplo me sirven los errores para decir ponte las pilas y gasta el triple de cuidados en esto o lleva más control o repasa más estos protocolos. No es agradable, me lo tomo en serio la verdad. Me gusta desconectar del trabajo pero sí que a veces cuando uno comete un error eso hace que me lo lleve un poco a lo personal claro.” (Diplomada ULL 10.2.)

“Enfado conmigo misma, cuando me he equivocado no logro quitármelo de la cabeza durante un tiempo. Sobre todo siendo eventual es más frustrante ya que muchas cosas se pueden solucionar en la siguiente cita, pero tú posiblemente para la siguiente cita ya no estás.” (Graduada ULL 14.2.)

“Para mí es muy importante, soy una persona muy responsable, que me llevo el trabajo a casa, y la posibilidad de haber cometido un error me crea mucho malestar y sigo dando vueltas a la misma cuestión durante días.” (Graduada ULL 14.3.)

1.4.5. Desgaste emocional

La razón de este desgaste físico y emocional se relaciona con la inminente incorporación al puesto de trabajo en la que en muchas ocasiones ésta es sobre la marcha y la enfermera refiere “estrés”. La presión asistencial a la que se ve sometida la enfermera, supone que sufra ansiedad, depresión, frustración. La enfermera siente presión porque tiene que aprender rápido para poder integrarse lo antes posible

en su puesto de trabajo además de para poder sentirse segura en lo que hace y no tener que depender tanto del resto de sus compañeros, especialmente en los servicios especiales como pueden ser las unidades de críticos. La frustración y la insatisfacción personal hacen mella en la nueva enfermera: tanto la sobrecarga de trabajo como la presión asistencial descrita, hacen que el trabajo se perciba sin motivación ni ilusión.

Sentir la responsabilidad también produce en la enfermera “estrés”, ansiedad y miedo, porque la responsabilidad supone tener que actuar con buena praxis profesional. Muchas de las causas de tener este desgaste físico como psíquico se relacionan con el “estrés” de la vivencia de la responsabilidad. La consciencia de la responsabilidad por actuar con buena praxis profesional, unida a los miedos e inseguridades que la enfermera presenta al comenzar a trabajar, lleva a tener consecuencias a nivel emocional y físico.

“Mucha, mucha, muchísima ansiedad sobre todo. Pero claro de todas las emociones negativas que hay: frustración, ira, rabia, miedo, angustia, depresión. Sobre todo depresión; al principio era más ansiedad y estrés, pero llegó un momento en que ya estaba tan agotada psicológicamente que ya era más sensaciones pasivas que activas como al principio, es decir, tristeza, frustración, pasividad, depresión, ya todo me daba igual, lo que quería era irme de ese sitio pero al mismo tiempo quería trabajar y era lo único que tenía, me daba miedo de mi misma porque incluso ya me daba igual el paciente.” (Diplomada ULL 11.3.)

“Me hace pensar que es una profesión muy cargante que tiene muchas responsabilidades y que hay que tener mucho cuidado de no caer en el conocido burn-out profesional, hay que estar muy centrado cuando se está en el trabajo y, aunque cueste, desconectar cuando sale uno del servicio.” (Graduada cande 14.2.)

“El ser responsable también es un término positivo para todos creo yo, pero el ser responsable a mí sí me ha conllevado a tener más miedos de lo normal. Yo he visto personas que me han dicho haz lo que puedas eso se hace de esa manera y lo intentas. Y claro el miedo y el tener responsabilidad es un término que te lleva a hacer las cosas bien. Hacer algo bien hecho lo que quieres es que te salga bien y te lleva a coger más ansiedad.” (Diplomada Cande 09.1.)

“Sinceramente no pienso en la responsabilidad para con los pacientes, porque es algo abrumador, no sería capaz de pensar con claridad si me centro en eso. Simplemente voy a trabajar, lo hago lo mejor que sé y puedo, y si hay algo en lo que dudo pues le pregunto a los compañeros con más experiencia.” (Graduada 13.2.)

1.4.6. Sentirse sola

Las participantes manifiestan vivencias de soledad dentro del puesto de trabajo. Refieren haberse sentido solas, aunque hayan compartido el turno con otra compañera: en muchas ocasiones en diversos turnos, una única enfermera es responsable de una planta de hospitalización, por lo que manifiesta sentirse sola y sin ayuda de compañeros. Además también manifiestan haberse sentido aisladas o marginadas dentro de la unidad de trabajo por el resto de compañeros por el hecho de ser nuevas dentro de la unidad.

“Yo me sentí muy sola al principio con mucho rechazo por el resto de compañeros. Luego sí es verdad que vas haciendo amistades. Hay gente que entra como tú con los mismos miedos, que luego se terminan convirtiendo en compañeros de batallas nunca mejor dicho.” (Diplomada Cande 09.2.)

“Ese día me sentí aislada. Esa enfermera no quería estudiantes y ella comentaba que no le pagaban por enseñar ni a ellos, ni a mí. Entonces ahí te das cuenta de que hay personas o compañeros que no van a cambiar. Ese día me sentí sola en el trabajo por la sensación de que no tienes a nadie que te ayude o enseñe. Te las apañas tú sola y sino que no manden a nadie nuevo aquí, fue la contestación del resto de las compañeras. ¿Yo qué culpa tengo?” (Diplomada ULL 11.1.)

“Me he sentido sola y he estado sola en el sentido de físicamente verme sola de enfermera porque te ves con treinta y tantos pacientes tú sola porque no han cubierto una baja.” (Diplomada ULL 11.2.)

“Si no hay suficiente personal y realmente no dabas un cuidado integral a cada uno de los residentes además son demasiados pacientes para un enfermero solo y no solo te ves sola en el sentido de no tener compañeros que te respalden a la hora de tener una duda sino verte sola también de que no hay forma de contactar con los auxiliares porque estamos tan atareados que cada uno se iba por su lado para tratar de sacar el trabajo adelante.” (Graduada ULL 14.1.)

“Bastante, normalmente el trabajo es tanto, que tenemos que ir por separado enfermera y auxiliar, por lo que hay muchas veces no hay apoyo de equipo. Por normal general no suele haber otra enfermera, por lo que resolvemos el trabajo de una planta una sola persona. La supervisión de enfermería se encarga de gestión de hospital, pero no colabora con nosotras en primera persona. Sólo hay supervisión de enfermería por la mañana, así que el resto del tiempo ni siquiera tenemos un apoyo que gestione nuestros recursos o que pueda colaborar.” (Graduada ULL 13.1.)

1.4.7. Sentir no dar una buena atención

Las enfermeras manifiestan que el contexto las hace sentirse noveles, por no estar lo suficientemente preparadas, lo cual suma a que los pacientes a su cargo pueden no estar bien atendidos. Sentir no dar una atención adecuada preocupa a las enfermeras pues hablan de sentirse competentes, creen que otra compañera con más experiencia puede hacerlo mejor.

Es una vivencia de preocupación y temor que esconde la sensación de no ser capaz de dar una atención de calidad o de desarrollar una buena praxis. Las enfermeras son conscientes de su limitación profesional ya que se encuentran en una fase principiante y que, por tanto, su pensamiento crítico también es más limitado.

“Mis primeros temores fueron no “dar la talla”, no proporcionar una atención adecuada y de calidad.” (Diplomada 09.4.)

“Yo principalmente tengo temor a sentir que mis pacientes no están igual de bien cuidados por mí que por otra enfermera, que si los llevara otra persona estarían mejor cuidados que por mí.” (Diplomada ULL 11.2.)

1.5. Mejoras

Las instituciones sanitarias de Tenerife organizan el trabajo en servicios y especialidades, de modo que a ojos de las participantes pueden ser mejoradas. Esta categoría surge del análisis de la experiencia vivida como incorporación al trabajo y el aprendizaje resultado de la vivencia en el paso de estudiante a profesional, una amalgama de lo que sintieron y vivieron de la interacción en el contexto sanitario. Las enfermeras exponen qué márgenes de mejora existen por parte de las administraciones sanitarias en lo relativo al acceso laboral de las enfermeras, trabajar con seguridad, mejora de



planes formativos y de orientación, que buscan evitar la excesiva rotación de profesionales por servicios y una mejor estabilidad profesional para que no sea tan traumática la experiencia de comenzar a trabajar.

No sólo se trata de poder evitar que la nueva enfermera tenga una experiencia traumática al comenzar a trabajar, sino que la enfermera pueda trabajar con seguridad de cara al paciente y poder así dar una atención de mejor calidad también.

Las enfermeras sugieren diferentes aspectos que redundan en una mejora de la incorporación laboral: la tutorización, que se define como un período de tiempo en el que la enfermera de nueva incorporación está siendo apoyada y guiada en la unidad donde va a comenzar a trabajar. El período de adaptación u orientación: similar a la tutorización pero según manifiestan las enfermeras, consta de un programa de formación práctico con objetivos además de que la enfermera sea tutorizada.

Las participantes manifiestan que la implantación de períodos de adaptación entraña dificultades en el actual sistema de contratación, dada la rotación excesiva de profesionales por servicios y por el uso de la enfermera como personal intercambiable. El desarrollo de las especialidades de enfermería mediante el programa de formación sanitaria EIR- enfermero interno residente- y el desarrollo de las bolsas de contratación de determinados servicios donde enfermeras que conocen determinados servicios puedan ser contratadas con más regularidad en los mismos, modifica y mejora el panorama profesional en este sentido.

Por ello el objetivo que tienen estas mejoras es evitar la excesiva rotación de las enfermeras. Estabilizar al personal y que el paso de estudiante a profesional sea lo menos traumático posible para la enfermera.

"A lo mejor que hubiese un período de aprendizaje previo a trabajar en el servicio que estuvieras a lo mejor con otra persona la primera semana aunque sea para poder tener una primera toma de contacto. Es que te sueltan y no sabes ni dónde está el material. Creo que deberían, al enfermero que entra nuevo, deberían de formarlo, acogerlo como se debe a un profesional que va a llegar a un servicio totalmente nuevo. Presentarle a sus compañeros, enseñarle la unidad de trabajo y un poco formarlo durante un período de tiempo previo a que se incorpore." (Diplomada cande 09.2)

"Yo creo que es cierto que hay gente que no da la oportunidad a la gente nueva, que es muy cerrada sobre todo la gente más mayor suele ser muy cerrada." (Diplomada ULL. 11.2.)

1.5.1. Tutorización

La tutorización se convierte en un elemento importante para las enfermeras que llegan por primera vez a una unidad o institución de trabajo, que sea orientada y/o guiada durante sus primeros días o meses en la unidad de trabajo por un profesional más veterano de dicha unidad.

Aporta muchos beneficios: logra que la enfermera que llegue nueva a una unidad se integre mejor, gane en seguridad y conozca mejor la unidad facilitando así una asistencia de mejor calidad. Se trata de una acogida guiada para el nuevo trabajador, antes de que comience a trabajar por sí solo en la nueva unidad. Con ello se pretende que la nueva enfermera se familiarice de una forma segura con el nuevo puesto de trabajo con el apoyo de otro compañero que lleve más tiempo en la unidad.

"Yo creo que todos los trabajos deberían tener un período en el que tú estuvieses contratada, no de prácticas, pero que estuvieses supervisada por otra enfermera con un poco más de

experiencia en ese servicio sobre todo cuando son trabajos que requieren ciertos conocimientos que es que tú no los tienes. Entonces yo creo que sí, que todos los contratos deberían empezar un mes de contrato con otra persona supervisando y con una persona que tenga un poco de experiencia en ese servicio, no con alguien que esté como tú pienso yo. Pero claro eso ya es un poco idílico.” (Diplomada Cande. 10.2).

“Programas de acogida y ponerte con una enfermera tutorizandote, como en Reino Unido, que te transmita seguridad y apoyo. Que tengan también en cuenta el servicio donde vas contratado.” (Diplomada ULL. 09. 2)

“Creo que deberían dar la opción a acudir al puesto de trabajo, aunque sea de manera voluntaria, unos días antes para conocer el servicio. Asignarte a un compañero como cuando eres estudiante y conocer un poco el servicio 1 ó 2 días antes. No creo que sea necesario más, pero daría más seguridad al que empieza y no sería una carga para los compañeros que tendrían que estarle ayudando el primer día. Si tienes suerte y te ayudan, que normalmente suele ser así.” (Graduada ULL. 14.3)

1.5.2. Trabajar en unidades ya conocidas

En este caso se comprende que es más fácil empezar a trabajar como profesional en una institución que ya conoce la enfermera desde el período de prácticas. Conocer la institución, el método de trabajo, los protocolos, la filosofía, el ambiente, los compañeros, son ventajas para que la enfermera se sienta mejor preparada en el paso de estudiante a profesional, ya que se incorpora como profesional a un contexto profesional que no es desconocido y en el que si consiguió integrarse como estudiante, tendrá muchas posibilidades de integrarse con éxito como profesional.

De modo similar, las enfermeras prefieren poder seguir trabajando en servicios o unidades que ya conocen o pertenecer a una bolsa de contratación concreta de servicios o unidades conocidos para ellas.

“Sinceramente, tuve la suerte de haber hecho prácticas en el centro donde actualmente trabajo, por lo que el cambio o aprendizaje fue progresivo: primero prácticas y luego como trabajadora. Conocía el sistema de trabajo y su metodología por lo que si me sentía preparada.” (Graduada ULL. 13.1.)

“Si yo sé que voy a entrar a un servicio que sea un poco todo más individualizado. Sabes quizás un poco más especializado. No especialización cerrada que después no te deja avanzar, pero sí un poquito más acotado. Si yo sé que me vas a llamar o yo tengo un contrato para este sitio vas a empezar aquí tal dentro de tanto, pues entonces a los servicios especiales colocar a gente que haya tenido una formación previa en ese servicio y la gente que no la tenga, porque te hace falta de hoy para hoy una persona, le mandas a una planta o a un sitio en el que no vas a ser digamos un peligro. Donde no supongas una carga extra para el personal de esa planta.” (Diplomada ULL. 10.4)

1.5.3. Período de adaptación

El período de adaptación se basa en una propuesta de mejora para la incorporación del nuevo profesional en una institución sanitaria o unidad de servicio. A diferencia de la tutorización, el llamado período de adaptación, de orientación o de acogida se explica como un programa de formación, entrenamiento e integración de la enfermera novel o eventual que rota constantemente de especialidad, servicio o centro sanitario. Este programa o plan busca que la nueva enfermera se sienta integrada y

segura dentro de una especialidad determinada y configura un plan con el apoyo de los profesionales más veteranos en la especialidad, cuyo objetivo es que los nuevos profesionales puedan integrarse y formarse. Esto ayuda a que las nuevas enfermeras se sientan más satisfechas con su trabajo, además de dar una mayor estabilidad a las mismas y mejora la calidad de la atención y la cohesión del equipo.

Hay enfermeras que refieren haber tenido una buena experiencia cuando en algún momento han tenido un programa de adaptación u orientación. Las participantes observan ventajas en cuanto a su propia seguridad de cara al trabajo ya que conocer la unidad o servicio.

“Sí es necesario un periodo de acogida o lo podemos llamar de mil maneras. Necesitamos algo o a alguien y que llegues a un servicio y que sientas que te van a ayudar, para que lo sabes y has aprendido lo vas a desarrollar de la mejor manera en ese servicio. Que la gente que está allí que ya domina el servicio no te haga sentir que tú no sabes tú estudiaste lo mismo que ella solo que ella tiene un recorrido de más experiencia y tú menos y nada más.” (Diplomada cande 09.1.)

“No se puede aprender a correr antes de empezar a caminar. A veces se te obliga a que corras incluso sin primero haber aprendido a caminar. Yo eso no lo comparto. Debería haber un sistema para la gente que va a trabajar, para ayudarles a desarrollar el trabajo unos días previos. Si te dan un contrato en servicios como UVI que tenga un mínimo de formación, orientación. No te pueden exigir a que sepas más. Técnicamente es imposible.” (Diplomado ULL 09.1)

“En el primer trabajo y cada vez que cambio de servicio, pienso que un período de acogida ayudaría a empezar con menos dudas y minimizaría los posibles errores que puedas cometer en servicios que sean muy específicos.

Pues con simplemente tener un plan de acogida para el nuevo trabajador, se reduciría esa ansiedad que todos sentimos antes de empezar por simplemente no saber dónde tengo que ir, por ejemplo, o cuando son mis turnos etc...” (Graduada ULL 13.2.)

“Creo que se podría elaborar un “plan de acogida” (que seguro lo hay en algún cajón que nadie sabrá donde) pero llevar a cabo un plan de acogida en condiciones, donde se le dé a los profesionales tiempo antes de comenzar a trabajar un dossier con un resumen de lo que se podría encontrar y dudas más frecuentes. Además de realizar talleres/reuniones para eventuales donde podamos poner en común las dudas que tengamos.” (Graduada ULL 14.2.)

“Yo considero que en todos los trabajos deberían de tener un período de acogida que por lo menos tú veas cómo va a ser el trabajo, para que esas dudas que me surgieron a mí nada más empezar a trabajar poderlas solventar sobre la marcha. Hay ciertas clínicas privadas que antes de contratarte tienes un período de un par de días para que tú veas la dinámica en el trabajo, entonces claro considero que es positivo que esas pequeñas dudas de dinámica con cualquier tema puedas solventarlo mejor. Un período de acogida estaría bastante bien, por lo menos creas un poquito más de seguridad desde mi punto de vista por supuesto. Es un paso agigantado que no lo ves hasta que lo das, hasta que lo vives.” (Graduada ULL 14.1.)

1.5.4. Problemas para implantar el período de adaptación

La puesta en marcha de períodos de adaptación, y la difícil implantación de la misma se ve influida por la falta de estabilidad del personal en las instituciones sanitarias, por la excesiva rotación de servicios con períodos de contra-

tos cortos y la política de contratación de las administraciones. Según las enfermeras, el problema que se presenta para implantar programas de adaptación u orientación se relaciona entre otras cosas con la falta de estabilidad del personal de enfermería. La rotación de las enfermeras por múltiples servicios en períodos cortos de tiempo, influye además en que no haya tiempo para poder desarrollar estos programas de formación en la práctica.

"Si empiezan a hacer el período de acogida... ¿Cómo lo harían? Empiezas con una persona al lado diciéndote cómo funciona todo... Sin cobrar y mucha gente no estaría dispuesta a hacer eso. Mucha gente a los sitios donde tú vas, habrá gente que te ayude y que tú le preguntes y que te diga y habrá gente que esté tan quemada que no te harán ni caso... parece como si ellos nunca fueran nuevos y nunca tuvieron problemas, ese temor y nunca empezaron. Cada planta, cada servicio tiene un funcionamiento distinto. No es un protocolo que tú rijas de la misma manera. Depende donde estés harás unas técnicas u otras, administrarás una medicación u otra. Lo peor para mí sería estar en un sitio diferente, un día estás en UVI, otro en urgencias, otro en otra planta... Pero para que tú aprendas de un servicio tienes que estar un tiempo determinado no con que vayas un día y digas qué hago aquí." (Diplomada ULL 10.1.)

"La idea del período de adaptación es muy buena. Yo creo que el período de acogida es una buena idea, lo que pasa que en el sentido práctico no es viable. Yo sé que en determinados hospitales sí se hace que durante unos días te tienen así como vigilada. Te sueltan por las unidades para que tú te vayas sintiendo integrada y no te veas sola. Pero luego no lo veo práctico porque tarde o temprano aunque estés en ese período de acogida siempre va a haber un choque. Siempre vas a empezar sola en otra unidad. No puede ser que en cada contrato que te den tengas un período de acogida

porque muchas veces los contratos son de una semana. Al principio cuando eres nuevo, sí deberían pues el hospital debería dejarte unas semanas de período de acogida restringido a cuando tú empiezas y restringido a las unidades más importantes como UVI, pediatría... Y no solo para los que empiezan a trabajar de nuevas, sino cuando empiezas a trabajar en una de esas unidades nuevas aunque lleves 5 años de trayectoria." (Diplomada ULL 11.2.)

"Un período de orientación ayudaría muchísimo pero claro con los contratos que hay hoy en día que hoy estás aquí mañana estás en la planta de arriba, pasado estás en la UVI, el otro estás en urgencias, ¿cómo te hacen período de orientación? Con los contratos que hay hoy en día lo ideal sería que los contratos fueran más reales, un poquito más largos, no para que te llamen para un día solo. Si fueran más largos se podrían hacer los períodos de orientación y siempre sentir que alguien está pendiente que no estés a la deriva buscándote la vida." (Diplomada ULL 11.4.)

1.5.5. Especialidad

Cada vez más enfermeras realizan especialidades, vía EIR (enfermero interno residente) que actualmente existe en España y que requiere de un crecimiento para desarrollarse más en cuanto a programas de más especialidades, número de plazas de formación y contratación de enfermeras especialistas.

La especialidad ayuda a la estabilidad profesional, a mejorar la calidad asistencial ya mejorar la satisfacción laboral y profesional de las enfermeras. La propuesta de mejorar la accesibilidad a la formación EIR y desarrollar mejor los programas de especialización. Aporta beneficios este plan de formación no sólo da estabilidad laboral y profesional, sino un mejor desarrollo y carrera profesional para la enfermera.

“Yo creo que por eso sería bueno que la enfermería ya se especializara como medicina, es decir, que fuera mucho más accesible el EIR porque lo que no es normal es que tú salgas y de repente estés en suplencias y un día te manden a cardiología, otro día a traumatología recién salido de la carrera con 22 añitos. Esa persona siempre lleva un estrés y una inseguridad en su día a día que no ayuda a nada, a parte la inexperiencia.” (Diplomada ULL 10.2)

2. GRUPOS FOCALES

Los resultados de los grupos focales se desarrollan en torno a un grupo focal formado por expertos y otro formado por enfermeras que han participado también en las entrevistas individuales. Los resultados de ambos grupos focales se encuentran categorizados y codificados para tratar de realizar una triangulación de los resultados de las entrevistas y/o una complementariedad de los mismos.

2.1. Grupo focal de expertos

A continuación se desarrollan las cuatro categorías principales que se han establecido del grupo focal formado por expertos (Tabla VI): categoría 1 denominada “aspectos relacionados con la formación académica”; categoría 2 “necesidad de los programas de especialización y /o períodos de acogida”; categoría 3 “la administración y su forma de contratar y gestionar los recursos humanos” y categoría 4 “divergencias entre la realidad laboral y el mundo académico.

2.1.1. Aspectos relacionados con la formación académica

En esta categoría se recogen las reflexiones de la experiencia de los expertos con respecto a la formación académica de las enfermeras. Los expertos reconocen que en el nuevo plan de estudios de grado en enfermería ha mejorado la formación de las futuras profesionales. Sin embargo, se siguen observando carencias en la formación práctica que también pueden estar relacionadas con la propia madurez per-

2.1. GRUPO FOCAL DE EXPERTOS	
2.1.1. Aspectos relacionados con la formación académica	1.1. 2.1.1.1. Mejor formación de los graduados
	1.2. 2.1.1.2. Pilares que se han perdido
	1.3. 2.1.1.3. Formación a salir del paso
2.1.2. Necesidad de los programas de especialización y/o acogida	
2.1.3. La administración y su forma de gestionar los recursos humanos en enfermería	
2.1.4. Divergencias entre realidad laboral y el mundo académico	

Tabla VI: categorías establecidas en el grupo focal de expertos. Elaboración propia.

sonal y profesional de las enfermeras egresadas y con la implicación insuficiente por parte de los profesionales en la docencia práctica.

2.1.1.1. Mejor formación de los graduados

Se observa una mejora en la formación de las recién tituladas gracias al título de grado, justificado por la inclusión del cuarto curso de formación con prácticum que posibilita adquirir mayor experiencia de la realidad asistencial, además de la inclusión en el currículo de materias relativas a la investigación, la gestión o el pensamiento crítico. Estas mejoras en estas competencias concretas, facilitan un mejor desarrollo de la enfermería como disciplina. La formación a día de hoy con la formación de grado, va más allá de la formación asistencial (ver ANEXO V).

“Yo pienso que una graduada sale bien preparada al igual que salen los graduados del resto de profesiones sanitarias. Salen con la formación necesaria para poder empezar a aprender la práctica clínica real. Actualmente los nuevos graduados tienen más experiencia en práctica clínica que lo que teníamos nosotros.” (Experto 1).

“En mi opinión yo considero que la enfermera se prepara en lo que es la academia. Yo creo que el haber avanzado a grado nos está dando ventajas que aún no vemos. Chocamos en que quizás todavía estamos con la percepción de que todavía estamos preparando solo enfermeras asistenciales, y no es cierto. Tenemos que abrir la mente al hecho de que tienen que ser gestoras, investigadoras, que es lo que va a hacer crecer la disciplina. Yo creo que todavía seguimos pensando que la enfermera que preparamos es la asistencial y yo creo que no, que no debemos de verlo así.” (Experto 5).

2.1.1.2. Pilares que se han perdido

Esta experta, sin embargo, refiere que las nuevas graduadas de los últimos años no están suficientemente preparadas en el ámbito asistencial. La experta refiere que existe una pérdida de valores relacionados con el sistema educativo, con los valores de la sociedad de hoy, con el civismo y con el pensamiento crítico.

“Desde mi punto de vista he tenido la suerte de ser docente y dedicarme a la formación práctica y de enfermeros noveles y he experimentado un cambio de diplomado a grado. Una enfermera de grado según he experimentado ya tiene muchas carencias. Yo acabé la diplomatura y éramos enfermeros muy bien entrenados. No estoy hablando de la escuela, pero sí de una serie de herramientas para enfrentarnos a muchas situaciones. Hoy día casi me arriesgo a decir que hay muchas carencias en un enfermero en el último año. Carencias muy básicas, como una extracción sanguínea o manejar una vía porque soy enfermera asistencial. Y ya no sólo eso: las formas. Soy una persona que cuida mucho las formas con mis pacientes y así lo transmito también. Se ha perdido un poco la empatía, la educación. Hay mucha gente que dice que ya ha terminado enfermería, pero al enfrentarse a un anciano delante del control de enfermería no es capaz de decirle buenos días don Juan ¿qué necesita? Hay unos pilares básicos que se han perdido, ¿por qué? No lo sé. Yo creo que el grado ha sido muy ventajoso, hay una formación académica más extensa y están mejor formados ¿en qué? En investigación, bioestadística. Son asignaturas que yo me tuve que formar después pero se ha perdido la esencia de la profesión de saber estar, de la acogida a un paciente cuando llega...” (Experto 2).

2.1.1.3. Formación a salir del paso

Esta participante manifiesta que en la formación práctica de los alumnos se centra en utilizar a éstos como una "mano de trabajo barata". No existe una metodología de formación práctica concreta con los alumnos. Los profesionales que tutorizan en las prácticas clínicas a las futuras enfermeras no tienen el suficiente compromiso con una formación de calidad para las enfermeras. Solo interesa que las alumnas ayuden con el trabajo diario. No se fomenta el pensamiento crítico ni el desarrollo de juicios clínicos en las futuras enfermeras, sino el trabajo centrado en tareas y no en el contexto del paciente.

"Estamos formando enfermeras asistenciales a salir del paso. Cuando llegan los alumnos a planta les dicen tú a tomar tensiones del 1 al 12 y tú del 14 al 20, y eso me pone enferma".
(Experto 2)

2.1.2. Necesidad de los programas de especialización y/o de acogida.

Los expertos ponen de relieve la necesidad de la especialización en enfermería. Los actuales sistemas de contratación no son los más adecuados para las enfermeras porque no les ofrecen estabilidad profesional y sí una excesiva rotación. Es preciso que una vez que una nueva profesional accede a un puesto de trabajo por primera vez se le acoja u oriente.

Los expertos proponen como propuesta de mejora para la incorporación de la enfermera novel, el desarrollo de las especialidades en enfermería mediante el modelo de residencia "enfermero interno residente" (EIR) similar al modelo de residencia de los médicos. Creen que así la preparación al mundo laboral y profesional será mejor y de mayor calidad de atención para el paciente.

La acogida es otra de las medidas que proponen los participantes en el grupo focal para mejorar la transición de estudiante a profesional y la incorporación laboral a las unidades de trabajo. Se debería instaurar un modelo de orientación por parte de las instituciones sanitarias con el fin de facilitar que una enfermera se enfrente por vez primera a la realidad profesional muchas veces compleja. De hecho un participante al comenzar a trabajar, tuvo un período de acogida o de integración en una unidad de intensivos.

Sin embargo, el desarrollo de los programas de especialización y acogida, conlleva posibles inconvenientes. Los programas de acogida pueden ser utilizados por parte de las instituciones o empresas como "contratos de prácticas" en los que la enfermera novel sea contratada como "mano de obra barata" con excesivas cargas de trabajo y escasos salarios.

"Creo que el punto de inflexión va a estar en las especialidades, al igual que ha ocurrido con los médicos donde mediante el sistema de residencia sí que la preparación y la formación va a ser de mucha más calidad y cuando ingresan en el mercado laboral van a estar al 100% integrados en el ámbito de los cuidados que van a prestar" (Experto 1).

"Hay hospitales, me consta, que a la enfermera novel le hacen una especie de contrato de acogida estando tutelada con alguien lo cual facilita la transición [...] ¿El sistema de contratación público se ha planteado alguna vez cuidar a su empleado? Yo creo que se maltrata al empleado ¿por qué no hace un plan para sus nuevos trabajadores? Nunca se habla de eso. El contrato en prácticas se ha perdido. Cuando empecé iba como me decían en las unidades de intensivos de sobrante y así me sentía una más del equipo sin tener esa responsabilidad encima ¿qué ha pasado entonces?" (Experto 5)

"Me dan miedo los períodos de acogida porque estamos viviendo hoy en día con los residentes de enfermería mano de obra barata. Se les carga de trabajo. Las especialidades no están reconocidas". (Experto 4)

2.1.3. La administración y su forma de gestionar los recursos humanos en enfermería.

Los siguientes fragmentos muestran las reflexiones de los expertos haciendo críticas al modelo de contratación en enfermería, dirigidas fundamentalmente a la polivalencia en la contratación de las enfermeras, a la falta de especialización, a la excesiva rotación y a la entredicha gestión de recursos humanos en enfermería que se viene aplicando. A parte se menciona el "sufrimiento" personal que vive la enfermera novel por dichas circunstancias: el peso de la responsabilidad como profesional, la inseguridad y el temor.

"Los organismos oficiales quieren una contratación barata con enfermeras dóciles, pero eso sí altamente calificadas [...] la administración está dispuesta a contratar a una enfermera para que vaya a cualquier planta, ese caso no se da con ningún médico. Nadie se plantea que un neurólogo vaya a pediatría. Pero una enfermera sirve para todo. Por ello yo defiendo las especialidades. Un especialista sería una cosa distinta [...] la gestión de los recursos humanos de enfermería no recaen en enfermeras, recae en otras profesiones que no valoran la profesión de enfermería". (Experto 1)

"La enfermera novel se enfrenta a muchos problemas. El desenlace que hay con la formación académica, a enfrentarse a un paciente y a la responsabilidad. Y, sobre todo, la actitud que tengas ante al trabajo y del profesional que tengas al lado porque si tú tienes un profesional que está dispuesto a decirte es tu primer

día ánimo, si tienes alguna pregunta cuenta conmigo. Pero hoy día por el estrés, es una locura. Yo he visto barbaridades como contratar por un día a un chico de primaria que entraba en el turno de noche a una planta de cirugía que lleva nutriciones parenterales... El chico tenía una predisposición que chapeau, que vino una hora antes. Venía sudando la gota gorda del miedo ¡Eso es un disparate!" (Experto 2)

"El problema está en que los contratadores se oponen a las especialidades porque siendo enfermeras polivalentes sirven para todo. No interesa aparentemente la calidad. Interesa decir tengo una enfermera en tal sitio, si el paciente tiene un problema es que la enfermera está mal preparada. Si soy empresario y veo que durante 25 ó 30 años sin ninguna especialidad se ha ido cubriendo el trabajo de las enfermeras ¿para qué coño voy a poner a una enfermera con especialidad que me cuesta más cara y es más conflictiva porque no la puedo mover? Que se vaya formando en la planta. Por tanto la especialidad para el contratador es una losa y van a ir en contra. O te dedicas a ser enfermero kamikaze que cada vez que va a trabajar tienes un problema porque no sabes dónde te van a mandar con la angustia. Si tienes un contrato normal accedes a la formación continuada, estás estable en un lugar que controlas y dominas pero si vas todas las noches a ver dónde te mandan a un sitio que quizás no hayas ido y el colega que está allí no puede perder el tiempo haciendo el trabajo tuyo y el de él ¡jarréglatelas como puedas! Y se pasa una noche fatal. A parte del problema que ya tienes tú como profesional." (Experto 3)

2.1.4. Divergencias entre la realidad laboral y el mundo académico

Estos expertos manifiestan los vacíos existentes entre la realidad asistencial y el mundo académico. Se observan grandes diferencias

entre lo que se enseña en la universidad y lo que exige una empresa o institución a la hora de contratar. La formación teórica en la universidad y la formación asistencial cada vez están más distanciadas, menos entroncadas. La formación que se imparte en las aulas se distancia de la realidad profesional que viven las alumnas en las prácticas clínicas.

“¿Sale una enfermera bien preparada en relación a qué? En relación con quién y después ¿cuál es la esencia de la profesión? Llevamos 40 años intentando ver qué es enfermería en esencia y cada uno tiene su receta. En base a eso muchas veces nosotros mismos no sabemos qué somos. No hemos sabido asimilar cuál es la esencia de la profesión, no sabemos qué somos. No hemos sabido asimilar cuál es la esencia de la profesión y transmitirlo a la sociedad. Yo como docente estoy viendo dos vertientes que se van separando cada vez más: la preparación en las escuelas y la preparación en la práctica profesional. En las escuelas se da una visión que muchas veces está contrarrestada con la práctica y por lo

que estoy viendo en los últimos años el alumno está aprendiendo más en la práctica profesional que con lo que decimos en la escuela. Hay una dificultad de convergencia, deberíamos converger” (Experto 3)

2.2. Grupo focal de enfermeras

Las categorías que se han establecido con los resultados de este grupo focal son las siguientes: categoría 1 denominada “responsabilidad”; categoría 2 establecida como “empezar a trabajar repentinamente”; categoría 3 “consecuencias físicas: pérdida de peso”; categoría 3: ¡Qué importante es tener a buenos compañeros!; categoría 4: “pedir días de adaptación u orientación”; categoría 5: “problemas en la formación práctica”; categoría 6: mejoras a la incorporación laboral y categoría 7 denominada “divergencias entre teoría y realidad”.

2.2. GRUPO FOCAL DE ENFERMERAS	
2.2.1. Responsabilidad.	
2.2.2. Empezar a trabajar repentinamente.	
2.2.3. ¡Qué importante es tener a buenos compañeros!	
2.2.4. Pedir días de adaptación u orientación.	
2.2.5. Mejoras a la incorporación profesional.	2.2.5.1. Servicios especiales
	2.2.5.2. No estar sola
	2.2.5.3. Mejorar la falta de previsión
2.2.6. Divergencias entre teoría y realidad.	2.2.6.1. Mejorar la formación teórica para aplicarla a la realidad
	2.2.6.2. Diplomatura vs. Grado

Tabla VII. Categorías del grupo focal de enfermeras. Elaboración propia.

2.2.1. Responsabilidad

Las enfermeras reflexionan sobre lo que supone la responsabilidad al comenzar a trabajar, la cual se construye como un elemento central e importante del paso de estudiante a profesional fruto de la interacción con la realidad.

“El paso para mí fue un poco chocante. Vienes de estar de alumno, que siempre estás respaldado, a de repente estar en una planta del hospital con 20 pacientes de cirugía general y llegar a decir por esta planta no pasé en prácticas. Lo que más me ha impactado es la responsabilidad que tienes, porque tienes personas a tu cargo y eres la responsable de lo que pase” (Graduada ULL 14.1.)

En este caso la misma enfermera (Graduada ULL 14.1.), expresa que es cierto que una experiencia laboral previa puede ayudar a asimilar y a adaptarse a la nueva realidad profesional. Pero la responsabilidad que se vive como enfermera es una experiencia única e importante, algo que es refutado por la participante (Diplomada Cande 10.2.)

“Teniendo una experiencia previa te puedes enfrentar un poco al trato de cara al público, pero la responsabilidad no tiene nada que ver” (Graduada ULL 14.1.)

“Es lo que decía ella [(Graduada ULL 14.1.)], no es lo mismo estar de alumna que de profesional” (Diplomada Cande 10.2.)

2.2.2. Empezar a trabajar repentinamente

La inestabilidad profesional y la incorporación, muchas veces precipitada a las unidades de trabajo, ha supuesto en ocasiones problemas para las profesionales además de la crisis económica y la falta de empleo estable. En muchas ocasiones no existe suficiente tiempo para pre-

pararse, para comenzar a trabajar por la precipitada contratación.

“Yo por ejemplo lo viví fatal, porque encima fueron dos años que no trabajé nada. Me llamaron de hoy para mañana y casi me muero [...] Ahora estoy cubriendo una baja que ya llevaba cuatro meses y me llamaron para incorporarme a trabajar al siguiente día. Si no es por la compañera qué sería de mí” (Diplomada Cande 11.1.)

“Coincidí también como ella [(diplomada Cande 11.1.)], dos años en paro. Me llaman a las nueve y media de la mañana para comenzar a trabajar en recepción de quirófano. Estuve a punto de echarme a llorar. No podía coger una vía. Las compañeras fueron muy agradables.” (Diplomada ULL 11.1.)

“Ahora mismo estoy en quirófano. Llego allí y me preguntan ¿qué sabes de quirófano? Digo nada. Empiezan un poco a explicarme 30.000 cosas que es lo básico. A mí me dicen que vaya tres días antes a ver cómo es todo, y yo voy. Pero claro es que ya eres una enfermera más. Allí era media enfermera porque el enfermero que estaba allí se encarga de su trabajo más del tuyo, aparte de enseñarte a ti. Es todo en un período de tiempo muy rápido en el que hay por medio un paciente, un cirujano, una anestesista...” (Graduada ULL 14.1.)

2.2.3. ¿Qué importante es tener a buenos compañeros!

Las participantes expresan con bastante emoción durante el desarrollo del grupo focal, lo importante que es el poder tener a buenos compañeros, lo agradecidas que se sienten por el hecho de poder ayudar a otros profesionales en momentos complicados durante la jornada laboral. Por dura que pueda presentarse la misma, tener a buenos compañeros ayuda a sobrellevarla.

“Lo bueno es que cuando empecé estuve con buenos compañeros. Que preguntes una duda y te expliquen se agradece.” (Diplomada Cande. 11.1.)

“Para los compañeros es una puñeta llegar el primer día y decirles mira que no sé nada. Gracias a que muchos son buenas personas y buenos compañeros y les interesa que aprendas porque vas a estar con ellos un tiempo” (Diplomada ULL 11.1.)

“No siempre tienes esa suerte de tener a buenos compañeros” (Diplomada Cande 10.2)

“Por malo que sea el turno, si tienes buenos compañeros lo llevas mejor. Si tienes malos compañeros te lanzas por las ventanas del hospital” (Graduada ULL 14.1.)

2.2.4. Pedir días de adaptación u orientación.

Las enfermeras intentan pedir formación práctica de orientación antes de incorporarse a trabajar a cualquier unidad o institución y se ofrecen a realizar cualquier formación sobre el terreno para poder trabajar con más seguridad. En muchas ocasiones, estas solicitudes se deniegan o no son tenidas en cuenta por parte de las instituciones.

“Yo lo viví con un poquito de miedo, más bien respeto pero yo pasé un pelín de miedo. Comencé en un geriátrico y hablé para que pudiera ir unos días antes para conocer aquello [...] Nada más acabar pedí para ir a trabajar gratis a los servicios especiales para aprender y me dijeron en su momento que no. Yo expliqué que había trabajado en geriatría y que si el día de mañana me llamaban pues iba a tener muchas cosas obsoletas [...] Las instituciones lo complican todo” (Diplomada Cande 10.2.)

“Hace un año y medio solicité en el HUNSC que cuando salieran programas de reciclaje para las unidades especiales me llamaran, aún no me han llamado” (Diplomada ULL 11.1.)

2.2.5. Problemas de la formación práctica

A continuación se exponen algunos de los problemas que han tenido las participantes durante su formación práctica y que luego han tenido repercusiones a la hora de comenzar a trabajar como profesionales según refieren porque no han aprendido adecuadamente. El problema se ha presentado, especialmente, por no haber tenido preceptores adecuados durante la formación práctica que hayan tenido interés y motivación para que desarrollasen habilidades, competencias y pensamiento crítico.

“Me acuerdo en urgencias en triage. Mi enfermera pasó de mí tres kilos, no me explicaba cómo era el triage hasta que encontré a un enfermero que me explicaba cómo priorizaba. Mi enfermera responsable a la que yo tenía que seguir como un patito, me metía en un cubículo a pinchar, a sondar, pero no entendía nada” (Diplomada ULL 11.1.)

“El problema es que muchas enfermeras no saben enseñar. Yo tengo un mal recuerdo de urgencias en prácticas. Lo primero que me dijo mi enfermera que quién era yo. Le dije que alumna de tercero y me dijo que ella no quería alumnas. Le dije lo siento pero estás en un hospital universitario y les pagan por dar docencia y me parece muy feo que me digas esto. Si no quieres tener alumnas, dilo. Yo estuve todo el rotatorio con ella y no quería tener alumnas. No aprendí nada. Hasta que un día otro enfermero dijo hoy me llevo a la alumna y ese día me explico un poco. A la gente que no le gusta la docencia no se les debería asignar alumnos” (Diplomada Cande 10.2.)

"Falla eso: te mandan a sacar a trabajo técnico. En urgencias lo único que hicieron conmigo fue meterme en un cubículo a coger vías. Sí las técnicas las sé, pero es que cuando empiezas a trabajar no te piden eso [...] Lo que cuentan las compañeras que siempre te encuentras a la típica que dice no te voy a enseñar nada y después no tienen en cuenta a otro profesional a la hora de la docencia, que se implique contigo" (Graduada ULL 14.1.)

2.2.6. Mejoras a la incorporación profesional

El grupo focal de enfermeras proponen diferentes puntos de mejora a la incorporación laboral desde su punto de vista.

2.2.6.1. Servicios especiales

Las enfermeras coinciden en que incorporarse a trabajar a unidades de alta complejidad como UCI o quirófano o incluso a la consulta de pediatría de atención primaria supone un gran reto. Tal vez los profesionales deberían comenzar a trabajar por unidades menos complejas, como pueden ser las plantas de hospitalización, para posteriormente incorporarse con una cierta preparación a dichas unidades más complejas.

"Para el tema de servicios especiales que manden gente que esté preparada. Me mandan a mí que soy de 2014 a intensivos y, ¿qué hago yo allí? Que me manden primero a una planta, antes que a un servicio especial [...] Debería existir por ejemplo la especialidad de quirófano. Aunque no hayas trabajado nunca en quirófano pero por lo menos te sabes mover un poco" (Graduada ULL 14.1.)

"El problema está en las unidades especiales: reanimación, quirófano, UVI... Y pediatría en primaria para mí hay un gran escalón entre

consulta de pediatría y adulto" (Diplomada ULL 11.1.)

2.2.6.2. No estar sola

Al empezar a trabajar en una nueva unidad, o siendo un recién egresado, opinan las enfermeras que no se debería trabajar sola en dichas circunstancias. Por su seguridad, y por la que puedan transmitir.

"Que no estés sola. Recuerdo mi primera guardia en primaria que estaba sola y tuve que suturar y nunca había suturado, ni conocía el programa informático, ni sabía de urgencias..." (Diplomada Cande 10.2.)

"Mi primer contrato fue en un centro de discapacitados en el que yo era la máxima responsable sanitaria. No había médico. Me impactó ser la única responsable sanitaria y recién salida de la carrera. Cuando te contratan sólo te dicen el sitio y el horario" (Graduada ULL 14.1.)

2.2.6.3. Mejorar la falta de previsión

Se observa falta de previsión en algunas instituciones al contratar a las enfermeras. Algunos ejemplos que se refieren es la misma rotación excesiva, la falta de estabilidad- ejemplos de que una enfermera esté sustituyendo a otra de baja, siendo esta compañera que está de baja sustituida por varias enfermeras-, o la incorporación repentina a muchas unidades sin tiempo suficiente de preparación.

"A mí me gustaría saber cómo funcionan las entrañas de las contrataciones de las instituciones porque no es normal" (Diplomada ULL 11.1.)

“Las bajas no las cubren por completo. Yo estoy por una baja y la próxima semana la cubren con otra persona. Estoy cansadísima [...] Lo que no se puede hacer es que si saben que una baja va a alargarse ocho semanas, estar cubriendo con diferentes personas [...] La rotación es un cambio de adaptación. El problema de tanta rotación es que no vas aprendiendo, vas quitando el trabajo. Al final sabes un poquito de todo pero no sabes nada” (Diplomada Cande 10.2.)

“La falta de previsión que alguien me la explique [...] Una de las mejoras puede ser la previsión, que las instituciones se organicen” (Diplomada Cande 11.1.)

2.2.7. Divergencias entre teoría y realidad

Las participantes manifiestan las diferencias que observan entre la realidad asistencial y cómo es la teoría, desarrollado en la categoría de entrevistas como “choque con la realidad”.

“En las prácticas ya veíamos que era todo distinto. Nos decían en realidad esto no se hace así” (Diplomada ULL 11.1.)

“Realmente aprendes a cómo no se tienen que hacer las cosas, aunque se hagan así” (Graduada ULL 14.1.)

2.2.7.1. Mejorar la formación teórica para aplicarla a la realidad

Las enfermeras observan márgenes de mejora a la hora de impartir la formación teórica en las escuelas de enfermería. Insiste en que se trata de una formación teórica pobre, abstracta y que tiene carencias a la hora de relacionar conceptos además de poder razonarlos para aplicarlos a la realidad asistencial.

“La teoría es muy bonita pero la práctica es distinta” (Diplomada Cande 11.1)

“Cuando terminas la carrera todavía estás en el limbo. No terminas de darte cuenta de la realidad [...] El problema viene desde la escuela de enfermería. Te enseñan mucha teoría innecesaria y las cosas importantes no te enseñan a relacionarlas. Te dan por un lado cardiología, por otro electrocardiografía, por otra parte un poco del riñón y no te dan la relación que hay en todo [...] Te explican mucha teoría para que tú la aprendas y la sueltes en el examen, pero nadie te enseña a razonar esa teoría. De eso me di cuenta en la formación posgrado que sí te enseñan a relacionar conceptos” (Diplomada Cande 10.2.)

“No te enseñan a mirar la cara del paciente y a valorar” (Graduada ULL 14.1.)

2.2.7.2. Diplomatura vs. Grado

En esta subcategoría la Graduada ULL 14.1 y la Diplomada Cande 10.2, comparan los planes de estudio en que fueron formadas (ANEXO V y VII). La diplomada hubiera deseado haber podido tener un cuarto curso de “prácticum” y la graduada haber tenido una mejor formación en cuidados básicos que se integraba en enfermería fundamental en el primer curso de diplomatura (ver ANEXO V).

“Echo de menos que en el grado no se estudien cuidados básicos. Lo bueno es que el último curso es todo prácticas” (Graduada ULL 14.1.)

“Eso es algo que en la diplomatura no había [refiriéndose al cuarto curso]. Es algo más cercano a la realidad” (Diplomada Cande 10.2.)



DISCUSIÓN

1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Existe un paso de estudiante a profesional en la nueva enfermera que comprende diferentes vivencias que engloban sentir la responsabilidad en el desempeño del nuevo rol profesional, enfrentarse a diferencias en las distintas realidades asistenciales y hasta la necesidad de adecuar su preparación como profesionales a la que necesitan en su puesto de trabajo para un desempeño idóneo del mismo.

La nueva enfermera en Tenerife vive un contraste en el paso de estudiante a profesional. De pronto se da cuenta de que ya es la responsable de sus pacientes y de que no está tutorizada por otro profesional: cada decisión que toma es responsabilidad suya. La enfermera novel entiende la responsabilidad en el paso de estudiante a profesional como una vivencia con mucha carga emocional en la que refiere “estrés” por tomar nuevas decisiones, además de experimentar situaciones nuevas como profesional.

Coincidimos con Ferrer Caro (2010) y Lleixá Fortuño *et al* (2010), en que en el inicio laboral, la enfermera vive de una forma estresante todo aquello que rodea al paciente en su contexto de enfermedad. Delaney (2003); Casey *et al*, (2004) y Valdez (2008), también refieren el temor de la nueva enfermera a ser independiente en la labor del cuidado de sus pacientes o a hacer frente a situaciones desconocidas. La enfermera al incorporarse a los diversos puestos de trabajo presenta dudas e incertidumbre para tomar decisiones como profesional. Kumaran y Carney (2014): para la enfermera ser responsable en su nuevo rol le supone una pérdida de seguridad y protección de cuando era estudiante porque las enfermeras tienen una responsabilidad mayor de forma repentina.

Benner (1987), adelanta el hecho de que las enfermeras principiantes tienen que vivir situaciones nunca antes experimentadas por ellas mismas y que para hacer frente a estas mismas necesitan de dos a tres años de ejercicio profesional, un tiempo que les posibilite sentirse más seguras dentro de la práctica profesional. Alfaro-LeFevre (2009), argumenta que el pensamiento crítico de las enfermeras prin-

ciptantes es más limitado ya que no conocen lo suficiente el contexto o circunstancias del paciente a su cargo. La enfermera principiante tiene un conocimiento apoyado en fuentes teóricas, pero no un conocimiento adquirido por la experiencia.

Aspectos como la edad de la nueva enfermera, así como tener experiencias laborales previas, son circunstancias que pueden facilitar a la nueva enfermera dar el paso de estudiante a profesional de un modo menos traumático. Esta experiencia dota de destrezas a la nueva profesional para desenvolverse mejor en el ejercicio de su nuevo trabajo. Aunque en el marco teórico y en los antecedentes no se han señalado tales cuestiones por la escasa bibliografía en este sentido. Bien es cierto que algunos trabajos de corte fenomenológico consultados han tenido en cuenta el sexo y la edad a la hora de tomar las muestras para sus estudios, señalando que la propia edad o la experiencia laboral no están influidas por las primeras vivencias profesionales como enfermeras.

El paso de estudiante a profesional está caracterizado por una falta de preparación al mundo laboral con márgenes de mejora en los planes de estudio y en la formación práctica, así como por la necesidad de incorporar cambios al modelo de incorporación a unidades hospitalarias de alta complejidad.

La enfermera novel presenta una limitación como profesional en el sentido de que carece de experiencia y su rendimiento se sustenta en un conocimiento descontextualizado por lo que actúa en base a principios abstractos. Las participantes de nuestro estudio llegan a manifestar que no se sienten preparadas o no se les prepara adecuadamente, que existen vacíos formativos en los planes de estudio, sobre la necesidad de mejorar la formación práctica durante la carrera o de que sienten que no tienen el suficiente tiempo para sentirse preparadas para el trabajo. Existe un vacío entre la

realidad asistencial y la enseñanza en las aulas. Las enfermeras no se sienten preparadas al finalizar su formación por lo que les preocupan cuestiones prácticas del día a día (Benner, 1987; Gerrish, 1992; Delaney, 2003; Karen Goh *et al* 2003; Clark y Holmes, 2007; Collado, 2007; Kelly y Ahren, 2008; Alfaro-LeFevre, 2009; Danbjør y Birkelund, 2011).

Las reflexiones de las enfermeras participantes del presente estudio acerca de la mejora práctica con la ayuda de tutores clínicos y planes de tutorización, coinciden con las ideas planteadas por Juanola Pagés *et al* (1998), Brown *et al* (2012) y Jonsen *et al* (2013), y en la idea de que las futuras enfermeras necesitan tutores implicados en la formación práctica. Si los tutores clínicos expertos tienen actitudes de acogida, calidez y buena predisposición hacia los alumnos, se favorece la predisposición de estos hacia el aprendizaje ya que sienten que se encuentran en un ambiente seguro y protegido (Castillo Parra, 2014).

Un ambiente favorable para el aprendizaje siempre resulta más motivante y satisfactorio para las futuras enfermeras. La idea de establecer un cuarto curso académico práctico en la carrera de enfermería puede incrementar la seguridad de las enfermeras al finalizar la carrera universitaria. Las participantes graduadas en este estudio no difieren mucho de las diplomadas en cuanto a ser conscientes de que ya son profesionales y responsables de sus pacientes. Sin embargo, sí se observa que las diplomadas resaltan mucho más las deficiencias en su formación que las graduadas (Pera i Fábregas, 1998; Nash *et al*, 2009; Lleixá Fortuño *et al*, 2010; Bosh *et al*, 2015).

Las enfermeras manifiestan en sus demandas la necesidad de una formación más realista en las que les interesan aspectos prácticos más útiles, en particular en las unidades de alta complejidad. Los programas de formación han de tener en cuenta las necesidades de aprendi-

zaje de los futuros profesionales para maximizar la integración entre la teoría y el desarrollo de habilidades en un ambiente hospitalario con escasez de personal y recursos. El método de simulación mejora la formación de las futuras enfermeras ya que se les acerca más a la realidad asistencial que pronto afrontarán al experimentar diferentes situaciones en el trabajo y que puede ayudar a estrechar más los márgenes entre teoría y práctica e incluso para prepararse para asumir la responsabilidad (Hickey, 2010; McGrath *et al* 2012; Botma *et al*, 2014; Liaw *et al* 2014; Milton-Widley *et al*, 2014).

Las enfermeras expresan que les falta preparación para asumir la responsabilidad y que durante las prácticas clínicas no se les transmite lo suficiente la importancia de la misma. Kapborg y Fischebein (1998) y Kumaran y Carney (2014), señalan que las nuevas enfermeras necesitan más tiempo para sentirse competentes, para asumir su nuevo rol y para asumir la nueva realidad profesional.

Dentro de la categoría "paso de estudiante a profesional", en lo referido al "choque con la realidad", no sólo se centra en las impresiones y vivencias que tiene la enfermera al interactuar con la realidad profesional, sino con las diferentes realidades que vive la nueva enfermera dentro del contexto laboral. De modo que el significado de "choque con la realidad" se construye en base a que la realidad se vive distinta.

La realidad es distinta por la carga asistencial de las enfermeras, que carecen del suficiente tiempo para dar una mejor atención. Según manifiestan, los cuidados y actividades no se realizan tal como refleja la literatura por la mencionada falta de tiempo. El trabajo se vuelve más frío y más mecánico: la enfermera tiene que obviar en muchas ocasiones la atención integral al paciente dada las cargas de trabajo. Esta sensación de que la realidad es distinta, es

más acuciante en la institución privada que se caracteriza por cargas asistenciales aún mayores que en la institución pública. Al respecto Brown y Edelman (2000), refieren que las nuevas enfermeras se pueden sentir frustradas porque no pueden cumplir todas sus expectativas en el desarrollo de la labor de los cuidados. Se aprecian pues paralelismos de esta falta de tiempo para atender adecuadamente a los pacientes de una forma integral, con la etapa *ending* del modelo de transición de Schoessler y Waldo (2006) y la fase *doing* (hacer) del modelo de transición de Boychuk Duchsher (2008). La nueva enfermera se centra en realizar las tareas y procedimientos dedicándole tiempo y aprendizaje, y siente frustración por no dar esa atención de una forma más integral al margen de su limitación como profesional.

McKenna y Green (2004), coinciden en la idea de que la enfermera al comenzar a trabajar está más centrada en hacer frente a las tareas y cargas de trabajo de modo que se centra en su "propia supervivencia", tal como indican Newton y MacKenna (2007).

El "choque con la realidad", según narran las participantes del presente trabajo, se experimenta desde la formación recibida en la carrera universitaria. Este "choque desde la carrera" se da en cuanto la estudiante de enfermería se incorpora a las prácticas clínicas y se da cuenta de las diferencias entre la realidad asistencial y las ideas de la profesión reflejadas en la teoría, lo cual ocurre tanto a diplomadas como a graduadas en cuanto a percibir que la realidad es distinta.

Coincidimos con Kramer (1974), en que existe un "choque con la realidad" y que las enfermeras perciben contraste entre la realidad profesional y las ideas de la profesión dentro de la teoría. Precisamente esta autora, nombra a la universidad y al entorno laboral como subculturas distintas con sus propios sistemas de valores. Medina *et al* (2010), añaden que el

contexto académico en enfermería se caracteriza por un proceso de socialización bicultural. El alumno se ve sometido a una presión para ajustarse a la cultura médica del hospital, tras haber sido educado en una cultura enfermera.

Observamos, sin embargo, que son muchas las enfermeras en nuestra investigación las que perciben dicho choque en la formación práctica dentro de la carrera universitaria porque ya comienzan a interactuar con la realidad asistencial que a la postre se convierte en la subcultura laboral de la futura enfermera. Con respecto a las cuatro fases del *shock* cultural que menciona Kramer (1974), en nuestros resultados se observa una conmoción y rechazo por parte de la enfermera además de una fase de recuperación. La primera se centra en que "la realidad es distinta" al observar y vivir la realidad asistencial en contraste con la atención al paciente idealizada en la literatura, que no se le puede dar al paciente. La segunda, la fase de recuperación, presenta un paralelismo en nuestra investigación cuando uno de los entrevistados manifiesta que el "choque" va disminuyendo a medida que se va ganado en experiencia. Evidentemente como indica Kramer (1974), no todas las personas viven la realidad de la misma forma. Existen más diferencias que similitudes desde una perspectiva discursiva dentro de un sistema que tiene más similitudes que diferencias, dado que el ser humano es un ser socializador dentro del mismo contexto.

Algunas enfermeras, en nuestros resultados, sienten el choque con la realidad nada más comenzar a trabajar, incluso sin esperarlo. Otras muchas comienzan a percibirlo desde la propia carrera y se percibe de distinta forma según el contexto: hospital pequeño, institución privada o servicio especial.

La realidad es aún más distinta si cabe en la institución privada que en la pública, la sobrecarga de trabajo y las condiciones laborales influyen en la percepción de la realidad. Podemos

decir que en nuestros resultados las enfermeras perciben el choque de distinta forma dentro de un sistema similar para todas ellas. Mooney (2007), lo denomina "una realidad inesperada" y en la subcategoría "sin tiempo para hacer enfermería" las enfermeras manifiestan la frustración por no tener suficiente tiempo para dar una mejor atención a sus pacientes.

Las nuevas enfermeras sienten discrepancias con las ideas de la empresa que les contrata y describen disparidades al entrar en el contexto laboral con respecto a las cargas laborales y las relaciones interpersonales (Boychuk Duchscher y Cowin 2004 y Kelly y Ahren, 2008).

Sennett (2009: 62-69), en su libro "El Artesano", argumenta que en los modelos de gestión sanitaria de hoy día la enfermera siente una despersonalización en su trabajo porque su desempeño profesional se evalúa más por cuántos pacientes atiende en el menor tiempo posible que por cuánto tiempo dedica a atender de una forma integral a cada uno de ellos. Al paciente se le atiende "por partes autónomas", pero no de una forma integral. En la profesional se crea un conflicto en hacer algo bien o, simplemente, en hacerlo.

A colación de lo argumentado por los anteriores autores Medina (2005: 20), explica que las enfermeras noveles sienten una contradicción al darse cuenta de que en la práctica profesional se concede menos importancia a la atención integral de los pacientes y a la evaluación de sus necesidades que a las tareas y procedimientos mecánicos y fríos que el sistema burocrático impone a la enfermera recién egresada. Los valores que han aprendido durante su formación entran en conflicto con los valores burocráticos, generalistas y jerarquizantes característicos de los contextos sanitarios.

Zerwh y Clabom (1997), mencionan que el shock explica "la reacción individual de quien ha recibido una formación en su campo y justo comienza



a trabajar". Tastan *et al* (2013), afirman que el "choque" es una decepción a lo no esperado, tal como hemos ido mencionado. Aunque muchas enfermeras desde la carrera comienzan a darse cuenta de que la realidad es distinta. El paso de estudiante a profesional puede ser traumático si las nuevas enfermeras toman conciencia de la diferencia entre las ideas de la carrera a la realidad laboral (Boychuk Duchscher, 2004), y se trata de un proceso de cambios arrolladores como indican Higgins *et al* (2010).

"El choque con la realidad" es un proceso de aprendizaje mediante la experiencia, y se redefine como *"el molesto proceso de aprender con la experiencia, es decir, que se trata de un aprendizaje que no puede observarse a través de modelos, teorías o pronósticos convencionales acerca de las características o el sesgo que tomaría una situación"* (Benner, 1987). Es evidente que la enfermera al interactuar con la realidad asistencial, tiene un aprendizaje mediante la experiencia personal, no mediante un patrón o modelo determinado.

La enfermera una vez termina su formación sale de un "entorno seguro", que es la universi-

dad y del rol de estudiante y pasa a la realidad laboral (Delaney 2003 y Jewell 2013), con un proceso de ajuste por el cambio de roles, responsabilidades y relaciones (Duchscher, 2009). En nuestros resultados la enfermera pasa al mundo laboral siendo ya independiente a nivel profesional, sin estar tutorizada como ocurre durante la formación práctica en la carrera. Coincidimos con Boychuk Duchscher y Cowin (2004), en que las enfermeras perciben los mencionados contrastes entre teoría y la empresa que les acoge.

Hay circunstancias que influyen en el choque con la realidad como los niveles de estrés o sentir la responsabilidad porque la enfermera ya es consciente de que es una profesional (Cowin y Hengstberger-Sims, 2006), y como a la nueva enfermera entrar en el mundo laboral y cambiar de rol le conlleva una serie de transiciones dentro de la institución (Tradewell, 1996). La preparación para el trabajo tras titularse se trata de un constructo multidimensional que comprende habilidades y características que van más allá de las competencias específicas de enfermería (Walter y Campbell, 2013). A día de hoy el choque sigue afectando

a las enfermeras noveles, a la seguridad del paciente y a la calidad de atención del mismo (Hoffart *et al*, 2011).

Pese a que durante el desarrollo del marco teórico no se han encontrado antecedentes de trabajos de investigación que aborden de forma explícita el "choque con la realidad" y el "proceso de transición" en España, hemos de decir que el paso de estudiante a profesional en el presente estudio es un proceso de transición que se da de forma similar en otras culturas o países, estilos de formación u otras circunstancias (Andersson *et al*, 2005).

En nuestro estudio desarrollado en Tenerife, establecemos dicho proceso de transición con las características propias de esta cultura y más aún con el modelo de formación y forma de incorporación laboral. Tal como argumentan Meleis *et al* (2000), las transiciones tienen sus singularidades, complejidades y tienen múltiples dimensiones. El paso de estudiante a profesional en nuestra investigación se clasifica como una transición "situacional" al graduarse la enfermera e influyen en el proceso de transición otros factores que son el nivel de conocimiento, las habilidades y las herramientas dentro del contexto de trabajo estando relacionada la sensación de falta de preparación de las enfermeras (Zerwekh y Claborn, 1997). Algunas enfermeras no se sienten preparadas al comenzar a trabajar como menciona Kramer (1974), y el primer año como profesional se vive como una carrera de obstáculos para las participantes en nuestro estudio (Kelly, 1996).

Entrar en el contexto-la segunda categoría- es un proceso complejo para la enfermera. Se incorpora al mundo laboral como enfermera generalista, por lo que puede ser contratada para trabajar en cualquier unidad o servicio, excepto en la especialidad de enfermería obstétrica- ginecológica. Este hecho hace que la enfermera en Tenerife no tenga una estabi-

lidad profesional ni laboral, que tenga contratos temporales en determinadas instituciones o especialidades con rotaciones entre dichas especialidades de trabajo. Una enfermera en Tenerife puede tener un contrato en una unidad de críticos temporalmente, terminar dicho contrato e incorporarse a otras unidades o servicios como urgencias, quirófano, pediatría o atención primaria. Esta rotación y falta de estabilidad hace que la nueva enfermera se sienta limitada como profesional, además de que cada vez que se incorpora a cada unidad vive con incertidumbre la incorporación a la misma y su futuro laboral.

Las instituciones sanitarias contratan a enfermeras noveles sin tener en cuenta su competencia al sustituir a enfermeras más veteranas en las unidades de trabajo (Pera i Fàbregas, 1998; Ferrer Caro, 2010; Lleixà Fortuño *et al*, 2010). La profesión debe reflexionar sobre el momento de incorporación laboral de las enfermeras, de cómo nuevas enfermeras durante sus primeros años como profesionales en España se incorporan a unidades de hospitalización desconocidas hasta el momento para ellas y asumen la responsabilidad de los pacientes con contratos cortos sin ubicación estable pudiendo cubrir cada día unidades distintas a las que desconocen los protocolos a seguir, los fármacos a administrar o la atención a realizar a los pacientes (Blanco García, 2012). La inestabilidad laboral y precariedad laboral roza los mínimos de dignidad para la nueva enfermera (Ramió, 2005).

Benner (1987), refiere que se considera a las enfermeras como personal fácilmente intercambiable y que ello debe ponerse en cuestión. Observamos que en nuestro trabajo la referencia de las enfermeras a una excesiva rotación de servicios es algo perturbador y que puede influir en el choque con la realidad y lo que Kelly y Ahren (2008) denominan *double reality shock*. Rotar constantemente es de por sí algo estresante porque la enfermera ha de vol-

ver a integrarse dentro de un nuevo grupo de trabajo (Malouf y West, 2011). Las enfermeras manifiestan en esta investigación que en sus primeros compases dentro de la vida laboral, cambian constantemente de unidad de trabajo y de especialidad.

Una de las especialidades por las que rotan mucho las enfermeras en Tenerife es sin duda la UCI. De hecho se establece como subcategoría en la categoría "contexto" por todo el peso del significado que se le ha dado dentro de la misma. Esta unidad es percibida por la enfermera como una unidad compleja y de difícil adaptación a la misma por el tipo de paciente, por la incorporación precipitada que se hace para trabajar en críticos, por la falta de preparación, por el en ocasiones complicado ambiente laboral y por el "estrés" que ocasiona para la nueva enfermera.

Las enfermeras que trabajan por primera vez en una unidad de críticos valoran la accesibilidad y apoyo del resto de compañeros al tener refuerzos positivos. En nuestro trabajo las relaciones interpersonales dentro de una unidad de críticos, y el ambiente de la misma, se valoran de un modo importante por parte de las enfermeras participantes pues tal como hemos visto viven situaciones difíciles por la falta de apoyo y esto hace que no se sientan lo suficientemente preparadas para trabajar en una unidad de críticos.

Saghafi (2012; 2014), que estudia la incorporación de la enfermera en una unidad de críticos y sus percepciones de los dos a los cuatro años de trabajar en la misma refiere que al principio la enfermera se siente sobresaturada o incluida o excluida del equipo si tiene un *feedback* positivo o no con el equipo a trabajar. Coincidimos con Dracup y Bryan-Brown (2004) y Farnell y Dawson (2006), en la importancia que dan las nuevas enfermeras a tener un apoyo adecuado en una unidad de críticos ya que observan una complejidad a nivel de socialización como se

da en los resultados del presente trabajo.

Se coincide con Gohery y Meaney (2013), en el hecho de que se emplean a enfermeras en unidades de críticos sin suficiente preparación y que esto les supone miedo por la responsabilidad y la falta de suficiente formación al entrar en un ambiente complejo y estresante, por lo que necesitan mayor apoyo.

La incorporación a unidades de críticos no deja de ser un acontecimiento complejo y duro para la nueva enfermera que requiere de un necesario apoyo social dentro de la unidad como para que la nueva enfermera se sienta segura trabajando. Incorporarse a unidades de críticos no debería ser de forma precipitada, sino paulatina.

Pero no sólo es en las unidades de críticos donde percibimos que adaptarse al trabajo hospitalario es una difícil experiencia. No solamente influyen la presión asistencial y la sobrecarga de trabajo, sino las relaciones humanas y los ambientes de trabajo. En cualquier unidad de hospitalización las enfermeras noveles dan mucho valor a las relaciones interpersonales, en especial a recibir apoyo por el resto del equipo. Por lo que podemos apreciar en los resultados de nuestras entrevistas, entrar en el contexto laboral supone una experiencia claramente marcada por los ambientes laborales. Sin embargo observamos que esto no suele suceder en la atención primaria en la que existe una mejor integración en el ambiente laboral.

Establecemos una marcada diferencia entre adaptarse al medio hospitalario y al medio de atención primaria en Tenerife. Se manifiestan diferencias en cuanto al trato de compañeros, las cargas laborales, el trabajo en equipo, las condiciones de trabajo o la satisfacción laboral. Las desventajas que se perciben al trabajar en atención primaria son la falta de recursos que puede haber con respecto a la atención especializada, el que muchas veces la enfermera

se encuentra sola. Aun así las enfermeras manifiestan una mejor adaptación a la atención primaria que a la atención hospitalaria o a la institución privada.

Existen diferencias en cómo perciben las enfermeras trabajar en una unidad de hospitalización o en un servicio especial. Vemos por ejemplo como en las unidades de críticos, las enfermeras viven “el estrés” por la inestabilidad del paciente, en cambio en las unidades de hospitalización por las sobrecargas laborales.

El servicio de quirófano es otro de los servicios especiales que es vivido significativamente en algunas enfermeras entrevistadas por circunstancias muy similares a las que ocurren cuando una enfermera es contratada para una unidad de críticos: falta de preparación, precipitación a la hora de ser contratada para quirófano sin conocer el servicio y la importancia sustancial de tener apoyo por parte del resto del equipo para poder trabajar con seguridad. La enfermera novel no está lo suficientemente preparada para trabajar en un servicio como quirófano y se necesita de una preparación adecuada antes de comenzar a trabajar en este servicio (Mars, 2015).

Otra especialidad que destacan las enfermeras en el presente estudio es la de pediatría. Las participantes manifiestan “respeto”, “miedo”, inseguridad y falta de preparación durante la carrera, además de que la formación práctica no es suficiente no sólo para tratar al paciente pediátrico, sino porque además la pediatría se percibe como una especialidad compleja, a la que se suma la dificultad de tratar también con los padres. La pediatría hospitalaria sin duda para la enfermera novel es una especialidad compleja que requiere también de un necesario apoyo y acogida por el resto de compañeros. En lo que respecta a la consulta de pediatría de atención primaria, las manifestaciones siguen relacionadas con la falta de preparación práctica, la precipitación por parte de las ins-

tituciones a la hora de contratar y la acogida por parte del equipo. La enfermera principiante suele tener temor a enfrentarse a situaciones desconocidas (Delaney, 2003; Casey *et al* 2004; Valdez, 2008).

Observamos pues que en estos servicios especiales como críticos, quirófano o pediatría en Tenerife hay una premura por parte de las instituciones a contratar a enfermeras de forma precipitada que nunca han trabajado en dichas unidades y en las que a veces los ambientes laborales no ayudan a que la nueva enfermera incorporada se sienta segura y cómoda trabajando. La enfermera novel vive restricciones relacionadas con el ambiente laboral, la falta de apoyo social o la preparación inadecuada (Meyer y Xu, 2005; Valdez, 2008). Las capacidades de las enfermeras principiantes se ven limitadas por la falta de experiencia, la ansiedad y la limitación para desarrollar juicios clínicos (Benner, 1987; Ferguson y Day, 2007; Alfaro-LeFevre, 2009). La enfermera novel puede verse incapaz de manejar un intenso ambiente de trabajo, una tecnología compleja y unos altos resultados de gravedad en sus pacientes (Halfer y Graf, 2006; Beecroft *et al*, 2011).

Destacamos cómo las enfermeras entrevistadas han vivido diferencias entre incorporarse laboralmente a un hospital público, a uno privado y de las grandes diferencias manifestadas al respecto de las condiciones laborales entre una institución pública y una privada.

Se observan diferencias en las manifestaciones relativas entre un hospital público y la atención primaria en cuanto al ambiente y las condiciones, y como entre un hospital público y uno privado son más acuciantes las mismas, también entre un hospital de primer nivel y uno de tercer nivel. Un hospital pequeño, o de primer nivel, como puede ser el hospital psiquiátrico de Tenerife que menciona una de las entrevistadas, presenta similitudes observadas también a la incorporación a atención primaria.

Esto se debe principalmente por un buen ambiente laboral dado que al ser una institución más pequeña existe un trato más familiar entre compañeros y es más fácil la acogida a la nueva trabajadora, a diferencia de lo que puede ocurrir en un hospital grande donde existe la ya mencionada dura adaptación al entorno por el ambiente competitivo y frío que vive la nueva enfermera donde es “despreciada” por ser la nueva. Los problemas que perciben las entrevistadas en la atención primaria, están relacionados con la falta de recursos o la ausencia en muchas ocasiones de compañeros, pues al convivir en espacios físicos pequeños todo es más cercano.

Percibimos que la adaptación a un hospital grande, en particular de tercer nivel, es más dura para la enfermera novel. Y es que aunque en nuestra investigación las enfermeras entrevistadas no nos han manifestado la intención de abandonar la profesión, las relaciones interpersonales influyen mucho en la nueva enfermera especialmente el poder sentirse respaldadas por lo que vemos importante el apoyo social por parte del resto del equipo (Pennbrant *et al*, 2013). Coincidimos con Rhéame *et al* (2011), Spence Laschinger *et al*, (2012) y Jewell (2013), al destacar que las enfermeras principiantes están en una posición vulnerable dentro de los equipos de enfermería y que les afecta en el desarrollo de su seguridad y confianza.

No ayudar a la nueva compañera se puede considerar un comportamiento no cívico por parte del resto de plantilla (D’ambra y Andrews 2014) y el menosprecio por ser la nueva (Walker *et al*, 2013 y Freeling y Parker 2015), como un comportamiento poco profesional además. Las enfermeras entrevistadas dan mucha importancia al ambiente laboral y la relación con los compañeros de trabajo: es más fácil trabajar con seguridad sintiendo el respaldo del equipo en que el ambiente laboral influye en la nueva enfermera a nivel emocional, físico y profesio-

nal (El-Jardali *et al* 2009). El valor de un buen ambiente de trabajo y el respaldo a la nueva enfermera hacen que sea más gratificante trabajar en un ambiente positivo en el que se fomenta el compañerismo (AbuAlRub, 2004; LapeñaMoñux, 2012).

En el primer año de trabajo de las nuevas enfermeras, en la primera fase de su proceso de transición, se necesita de un ambiente y un entorno de apoyo para la nueva enfermera para poder introducirse en la profesión (Wangsten *et al*, 2008) y de como un ambiente más distendido hace que puedan sentirse más seguras y más integradas en los equipos influyéndoles la interacción con las enfermeras más veteranas para poder sentirse valoradas (Thryose *et al*, 2012).

En los discursos de las enfermeras entrevistadas en relación a la importancia de la relación con los compañeros, destaca la idea de promover un ambiente de trabajo con respeto es algo que transmite más seguridad al paciente y familiar y de que la profesión enfermera es una profesión basada en el respeto y no en la aniquilación (Robinson y Patrick, 2012).

Apreciamos el concepto de *Eating Our Young* – “nos comemos a nuestras jóvenes”- de Meissner (1986; 1999), en los discursos de nuestras entrevistadas al sentir que no se sienten bien con el resto de compañeros en el sentido de no recibir ayuda y de sentir esa falta de compañerismo en muchas ocasiones. En lo referido a los compañeros que “no te ayudan” o que “las desprecian por ser las nuevas” dentro del contexto de un hospital grande, los comportamientos manifestados por nuestras entrevistadas es de falta de empatía por ser nuevas. Manifiestan que las veteranas olvidan que también fueron nuevas en su momento, que el aprendizaje lleva un proceso de asimilación y tiempo y que llegar a controlar y conocer una unidad nueva no es rápido. Suresh *et al* (2012) y Feng y Tsai (2012), también encuentran en las enfer-



meras noveles causas de estrés en la dificultad en las relaciones interpersonales.

En este sentido coincidimos con el llamamiento que hace Adler (2009), en que las veteranas han de "dejar de comerse a las enfermeras jóvenes" porque son el futuro de la profesión y de la sociedad a la que sirven. Kelly y Ahren (2008), recogen también en su trabajo el concepto "se comen a las jóvenes" categorizado con las subcategorías "juegos de poder" y "jerarquía". En este aspecto percibimos similitudes en las vivencias que tienen las enfermeras de nuestro trabajo que se sienten menospreciadas por ser nuevas y estar por debajo de toda la escala del equipo, además del trato inadecuado recibido por parte del resto de plantilla. La enfermera tiene mayor éxito profesional si está motivada y si se siente bien dentro del nuevo contexto.

Existen similitudes con los resultados de los trabajos de Collado (2006; 2007), en los que las enfermeras sienten preocupación acerca del ambiente laboral, de cómo son tratadas y de cómo son acogidas al tener compañeros que les apoyan y otros que no, ya que no siempre son bien acogidas en todas las unidades o servicios a los que se incorporan.

Las enfermeras de nuestro estudio son estigmatizadas por ser las nuevas por el menosprecio mencionado y por la falta de ayuda en muchas ocasiones en el contexto del hospital grande o de una unidad o servicio especial. La enfermera en nuestro trabajo es evidente que se siente y se proyecta dentro del contexto laboral entre sus colegas con otro estatus (Boychuk Duchscher y Cowin, 2004), siendo etiquetada, por ejemplo, como la novata. Como describe Goffman (2006), para la persona estigmatizada la inseguridad en el estatus y su inseguridad laboral prevalece sobre una variedad de interacciones sociales. Esta estigmatización por ser la nueva se puede considerar en nuestro estudio como un aspecto de marginación (Hall *et al* 1994).

Bisholt (2012), destaca que las enfermeras noveles pueden llegar a sentirse alienadas al percibir actitudes por parte del resto del equipo que no les ayudan a integrarse dentro de los equipos y no sentirse respetadas. Por tanto observamos en los discursos un sentimiento de alienación de las enfermeras en Tenerife al entrar en el contexto laboral y por no sentirse integradas al faltarles el apoyo del resto de compañeros. Evidenciamos que en muchas ocasiones la enfermera se encuentra en una situación de no pertenencia al llegar nueva a un equipo de trabajo, donde además la enfermera vive el ya descrito "choque con la realidad".

La adaptación al ambiente laboral en nuestra investigación tiene una carga importante de significado para las enfermeras. Interactuar en el contexto laboral no es tarea fácil principalmente por las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo ya que en muchas ocasiones la acogida a las nuevas enfermeras suele ser fría, distante e incluso con hostilidad. El apoyo y la buena predisposición a ayudar es importante para la enfermera ya que posibilita una mejor adaptación al trabajo en el contexto de una institución pequeña, o en atención primaria, que en el contexto laboral de un gran hospital de tercer nivel. Las enfermeras perciben mejor trato y acogida y no refieren marginación por parte del equipo, ni posible alienación en dichas instituciones de los compañeros.

La adaptación está influida en mayor medida por el ambiente laboral y por la acogida de los compañeros, pero tampoco hemos de olvidar las cargas laborales y trabajos a ejecutar. El ambiente en las instituciones pequeñas es mejor dado que la carga de trabajo es más fácil sobrellevarla. Las condiciones laborales influyen en las relaciones interpersonales. En los ambientes de trabajo complejos encontramos similitudes de vivencias con el concepto *eating our young* dadas las dificultades ya mencionadas que tiene la enfermera recién egresada al entrar en contacto con dicho contexto laboral,

por la competitividad percibida y por la experiencia de malas relaciones interpersonales que se dan en muchas ocasiones y, especialmente, por la falta de ayuda y de empatía con la enfermera novel.

Las enfermeras egresadas entre 2009 y 2014 en Tenerife perciben, al incorporarse a un nuevo puesto de trabajo, que necesitan del apoyo del equipo, especialmente en unidades complejas teniendo un papel preponderante y clave las relaciones interpersonales en el proceso de adaptación confirmado en trabajos nacionales (Collado, 2006; 2007).

Aplicar políticas de liderazgo transformacional frente al liderazgo abusivo (Lavoie-Tremblay *et al*, 2016), benefician la incorporación al entorno laboral porque así la enfermera puede adaptarse e integrarse mejor, lo cual redundará en una mejor calidad de atención. Un buen entorno de trabajo se caracteriza por promover la confianza y autoestima de las nuevas enfermeras, con un buen espíritu de trabajo y de confianza dentro del equipo (Alfaro-LeFevre, 2009:4).

La complejidad de tareas en una unidad hospitalaria influye en la nueva enfermera. Hemos visto cómo las unidades de críticos, quirófano o pediatría se convierten en retos para la enfermera. La situación profesional se complica también en la medida que se ha ido desarrollando la excesiva rotación por parte de las enfermeras al comenzar su trayectoria profesional y por la falta de preparación para trabajar en unidades como estas.

La forma de contratar y de acceder a los puestos de trabajo en enfermería debe ser fruto de una reflexión profunda en las instituciones sanitarias en Tenerife en pro de mejorar la seguridad y estabilidad de la enfermera así como de mejorar también la atención al paciente, en especial en las unidades o servicios especiales.

Si bien en las entrevistas realizadas recoge-

mos las vivencias con manifiestas dificultades de las enfermeras al trabajar en hospitales privados, públicos, "grandes y pequeños", en atención primaria, unidades de hospitalización y servicios especiales, a nivel internacional las enfermeras no perciben diferencias al comenzar a trabajar en los contextos laborales mencionados. Hemos de tener en cuenta que en el contexto laboral y profesional de enfermería en España, la enfermera tiene al comienzo contratos cortos para cubrir diferentes puestos de trabajo en muchas instituciones y especialidades distintas sin tener en cuenta sus currículos o perfiles (Blanco García, 2012).

La enfermera manifiesta sentirse en ocasiones despersonalizada al ser tratada como "un número más", por la forma de ser contratada y por cómo es ubicada en una unidad o servicio para lo que no importa, según manifiestan, su experiencia, su perfil o su currículum. Lo importante es cubrir la vacante, lo que no hace que se sientan valoradas. En la literatura a nivel internacional, se observa interés por evitar la rotación excesiva de las enfermeras y se trata de estabilizarlas en una determinada institución. Las enfermeras en nuestro estudio en Tenerife, y en España por lo general, rotan con mucha frecuencia por lo que la temporalidad es una característica en la transición de estudiante a profesional. Como bien apunta Ramió (2005), las enfermeras recién tituladas tienen contratos con altos niveles de precariedad laboral y por tanto de inestabilidad.

En la sanidad privada en Tenerife, según manifiestan las enfermeras entrevistadas, existen peores condiciones de trabajo, de recursos y medios, de dotación de personal o de ambiente de trabajo. En la literatura revisada no apreciamos estas circunstancias pues dichos trabajos que explican el período de transición, el análisis se hace desde el desempeño de un puesto de trabajo estable y duradero por parte de la enfermera. En nuestro trabajo la enfermera en un corto período de tiempo profesional ha po-

dido trabajar en múltiples unidades, servicios, unidades, centros de salud u hospitales.

La adaptación al entorno laboral de la enfermera en Tenerife se rige por el contexto de enfermería profesional y laboral actual de España: la enfermera es contratada indiscriminadamente a unidades, servicios, especialidades, o instituciones sin tener en cuenta su experiencia como profesional, sin ser acogida en la unidad o la especialidad, sin contratos estables y con una rotación de servicios alta, viéndose agravada en las ya mencionadas unidades de críticos, quirófano o pediatría.

A todo ello hay que sumar el factor del contexto ambiental de las unidades de trabajo, en que la enfermera entra en un proceso de socialización nuevo donde con sus limitaciones profesionales ha de integrarse y adaptarse muchas veces, y que en sus palabras le hace sentirse alienada, despreciada o marginada. A veces incluso con comportamientos poco cívicos, dentro de los equipos de trabajo. El ambiente laboral juega por tanto un papel importante en la adaptación de la enfermera además de que puede redundar en el ejercicio de un trabajo mejor porque se siente apoyada y respaldada.

En las instituciones pequeñas o en atención primaria la enfermera manifiesta en sus discursos narrativos una mejor adaptación al ambiente laboral y a su propio trabajo teniendo en cuenta también las cargas laborales y complejidades de las unidades que influyen en el “estrés” laboral.

Un acontecimiento que ha tenido mucho significado para las enfermeras de nuestro estudio ha sido la llamada crisis económica actual que ha afectado a algunas promociones de enfermeras, especialmente a las entrevistadas en este trabajo y que comienzan a trabajar a partir de 2010 que manifiestan menos oportunidades laborales y profesionales. Algunas, incluso, han tenido que esperar más de un año para po-

der incorporarse al mundo laboral, perdiendo tiempo para su desarrollo profesional. De ahí que muchas veces la limitación de la que hablan también pueda ser acrecentada por esta circunstancia. La contratación de enfermeras, según ellas, ha disminuido y por ende la rotación y la temporalidad laboral han aumentado. En nuestro estudio se ha constatado el desempleo como un problema dentro del contexto laboral y profesional de la enfermera a raíz de la crisis económica.

También es una circunstancia nueva, no referida en las publicaciones consultadas, el desempleo, en el período de transición. La crisis económica como subcategoría dentro del contexto es consecuencia de las manifestaciones de las enfermeras entrevistadas en este trabajo. Para muchas enfermeras el desempleo ha supuesto una situación de coyuntura y la crisis económica como una vivencia de incertidumbre para encontrar empleo en estudiantes de enfermería a punto de titular (Ríos Rísquez *et al*, 2013).

Relacionado con la crisis económica y los recortes presupuestarios están las mencionadas cargas de trabajo que como ya se ha ido refiriendo es algo que también caracteriza a la incorporación al contexto laboral junto con el ambiente de trabajo a nivel interpersonal y social. Coincidimos con Pennbrant *et al* (2013), que muestra como la organización del trabajo, las plantillas escasas, las difíciles cargas de trabajo, influyen negativamente en el desarrollo profesional así como también imposibilitan mejorar las habilidades y pensamiento crítico en el trabajo.

La tercera categoría que hemos desarrollado, en base al análisis de los discursos de las enfermeras, ha sido “hacer”. Esta categoría se basa en la actuación de la enfermera dentro del contexto que hemos descrito: los actos y procedimientos, la reflexión sobre los errores, las consecuencias de los errores y los sentimientos y reflexiones relacionados con ellos.

En la categoría “hacer” los significados de las vivencias están centrados en cometer un posible error y en sus consecuencias. El error tiene mucho valor para la enfermera por las posibles consecuencias que pueda tener en el paciente: su empeoramiento o incluso provocar la muerte. De hecho es uno de los mayores temores que presentan nuestras enfermeras al comenzar a trabajar como profesionales dentro del contexto que hemos descrito. La consciencia del error supone un concepto importante en la nueva enfermera al entrar en el contexto laboral ya que saben que trabajan con personas. Por ello temen las prisas, el estrés, la acumulación de trabajo que requiere celeridad, las necesidades y demandas de pacientes en corto tiempo con escaso personal ya que pueden propiciar en errores que en no pocas ocasiones producen frustración y rabia en la enfermera.

El error que más preocupa a las nuevas enfermeras está relacionado con la administración de fármacos. Es el procedimiento a que más importancia dan las entrevistadas a la hora de realizarlo mal: fármaco incorrecto, dosis incorrecta, paciente incorrecto o farmacología compleja como la que se utiliza en las unidades de críticos. El significado dado al error es gradual, las enfermeras diferencian de entre errores más a menos graves, dependiendo del tipo de error puede tener mayor o menor temor para la enfermera: existen errores sin importancia y otros de mayor importancia si está en juego la integridad del paciente. En los discursos recogidos se observa que los errores graves están relacionados con el error en la administración de fármacos. En la profesión y en su día a día los errores pueden ser algo habitual, pero lo importante es darse cuenta del error, aprender del mismo y solucionarlo. Dado que los errores más graves están centrados en la administración de fármacos, en nuestro trabajo se propone mejorar los protocolos de actuación y la preparación en farmacología. Al reflexionar sobre los errores, las enfermeras destacan la importancia de actuar con prudencia, para evi-

tar los graves. Consultar las dudas, pedir ayuda, trabajar con rigor, son algunas de las formas de actuación para evitar los mismos.

En el modelo de transición de Shoessler y Waldo (2006), en la etapa *ending* que abarca los tres primeros meses de trabajo es donde la enfermera aprende a realizar tareas y procedimientos, el primer error es uno de los acontecimientos que marca a la enfermera en esta etapa como profesional. Observamos por tanto que coincidimos con estos autores en que el error es vivido de suma importancia para la nueva enfermera y sus discursos coinciden con el de los autores Saintsing *et al*, (2011). También coincidimos con dichos autores en la necesidad de la formación, en el apoyo a las enfermeras noveles para reducir sus tasas de error y así mejorar la seguridad del paciente. La inestabilidad laboral y no tener una ubicación fija genera inseguridad en la administración con seguridad de fármacos en las diferentes unidades (Blanco García, 2012) lo cual ocasiona incertidumbre y facilita cometer un posible error.

La categoría sentir que hemos establecido en nuestro trabajo, surge de todas las vivencias, emociones y sentimientos, que tienen las enfermeras entrevistadas en el paso de estudiante a profesional, en el contexto descrito y en el “hacer” dentro del contexto. Muchas de estas vivencias son respuestas dadas tras vivir la realidad asistencial y están relacionadas con la inseguridad, con el miedo, con el sentir de falta de preparación y, especialmente, con el vivir la responsabilidad.

Hemos recogido en los discursos de las entrevistadas “estrés” relacionado con un desgaste a nivel emocional. El desgaste emocional está relacionado con la interacción de la enfermera en el contexto de la realidad profesional, con las cargas laborales o con la complejidad de ciertas unidades.

El comienzo de la profesión enfermera es vivido por la nueva profesional de una forma estresante. Las características de la profesión al tener contacto directo con el paciente en un contexto de enfermedad y el estrés propio de la profesión con las mencionadas cargas de trabajo o con el trabajo en equipo, suponen una gran carga a nivel emocional para la nueva enfermera (Pera i Fàbregas, 1998; Ferrer Caro, 2010; Lleixà Fortuño *et al*, 2010).

Según Delaney (2003); Cho *et al* (2006) y BoychukDuchscher (2008), las enfermeras pueden presentar “estrés” en los primeros compases profesionales. Bien es cierto que nuestras enfermeras entrevistadas etiquetan a muchas de sus vivencias bajo el concepto “estrés”. En el presente trabajo de corte fenomenológico, no hemos concretado ni cuantificado lo que denominan “estrés”.

Las enfermeras no manifiestan la idea de abandonar la profesión como sí se refleja en trabajos como los de Christmas (2007); Klein (2009); Spence Laschinger *et al* (2012); Takase *et al* (2012); Flinkman *et al* (2013) o Cheng *et al* (2014). Sin embargo, coincidimos con estos trabajos en que las enfermeras sienten “estrés” por las cargas de trabajo, las dificultades en las relaciones interpersonales o la adaptación social al nuevo entorno laboral.

Sentir soledad también es otra vivencia que relatan las enfermeras. La soledad la viven al encontrarse solas durante un turno sin compañero/a o por el contrario sentirse solas aun teniendo compañeros/as, por el rechazo o aislamiento que sufren al no poder integrarse en los equipos de trabajo. Esto sobre todo está relacionado con la falta de apoyo, mencionada ya en la categoría de contexto, por la dificultad en las relaciones interpersonales y el aislamiento o posible marginación que puede sufrir la enfermera al interactuar con los equipos de trabajo (Adler, 2009; Dyess y Shermann 2009; Robinson y Patrick 2012; Jewell, 2013).

Pera i Fàbregas (1998), denomina a esta situación con el concepto de “soledad del debutante” que describe similitudes al sentirse sola la enfermera con lo que sienten en este aspecto nuestras enfermeras: la enfermera se siente saturada por el trabajo diario, por la presión asistencial y, especialmente, por no tener a nadie en quien apoyarse. Collado (2006; 2007), en su trabajo también muestra que entre las enfermeras noveles existe un sentimiento de soledad por no ser bien acogidas en las nuevas unidades, sintiendo un gran respeto por la actitud de los compañeros con los que se pueda compartir turno.

El sentir está íntimamente relacionado con las tres categorías anteriores: paso de estudiante a profesional, contexto y hacer. De hecho los discursos relacionados con sentir inseguridad tiene que ver con la competencia profesional- sentirse preparado/a; hacer frente a diferentes situaciones nuevas- relacionados con el contexto- tipos de compañeros, apoyo recibido, cargas laborales, rotación de servicios, estar sola en una unidad- con el hacer- sentir inseguridad al administrar fármacos, sentir no dar una buena atención-, y sentir miedo: el miedo que se manifiesta como vivencia con las situaciones complejas para la enfermera novel como pueden ser las urgencias vitales, no saber actuar; la incertidumbre que ello genera o empezar en un servicio nuevo ya que la rotación de servicios genera incertidumbre y mucha inseguridad.

Y en especial si una vivencia es importante en todo el proceso de incorporación al contexto laboral en el presente trabajo esa es sin duda la vivencia de la responsabilidad. Es la vivencia que en los discursos que hemos recogido que tiene mayor significado: la consciencia de la responsabilidad es un sentimiento, emoción, pensamiento, que marca el paso de estudiante a profesional y que dentro del contexto laboral es un hecho que condiciona su entrada al mismo: aunque en la categoría contexto las



entrevistadas no la mencionen explícitamente, podemos interpretar en los discursos recogidos que el enfrentarse al ambiente complejo, a la rotación de servicios, a la incorporación a los servicios como pediatría, críticos o quirófano implica sentir mucha responsabilidad.

En el hacer es evidente que se siente responsabilidad, al menos así lo interpretamos: la administración de fármacos, cometer un error o tener prudencia al actuar son las acciones que requieren ser responsables al trabajar. Ser organizado es por tanto algo importante en el trabajo como enfermera para poder cubrir todas las necesidades, cuidados y tareas que están en relación con la atención del paciente.

Realizar bien el trabajo, no cometer error o la sobrecarga de trabajo, son aspectos que generan "estrés" porque implican que la enfermera tenga que ser responsable ya que las enfermeras tratan con personas y por ello se ha de ser responsable.

A las enfermeras recién egresadas les preocupan la inseguridad, la responsabilidad, la preparación y entrenamiento o los conocimientos

(Andersson *et al* 2005; Suresh *et al*, 2012), siendo un reto poder dar una buena atención al usuario necesitando para ello conocimientos y experiencia. La vivencia de la responsabilidad es un estresor importante que sufre la enfermera durante el proceso de transición. Estamos de acuerdo en que muchas de las primeras sensaciones que tienen las enfermeras al comenzar a trabajar están relacionadas con el nerviosismo y temor y que en cuanto se incorporan a nuevas unidades refieren temor además de que sienten que no dominan algunas habilidades clínicas (O'Shea y Kelly, 2007; Higgins *et al*, 2010).

Las nuevas enfermeras pueden presentar falta de competencia e inseguridad o miedo a lo desconocido ya que son conscientes de que lo que realizan conlleva mucha responsabilidad (Delaney, 2003; Collado 2006).

Coincidimos con el trabajo de Clark y Holmes (2007), en que la vivencia de la responsabilidad como estresor afecta a tareas tales como la organización en el trabajo, la prioridad en determinados cuidados, tiempos de actuación, administración de medicación o a la hora de

tomar cualquier decisión. Estas situaciones las observamos en los discursos en las categorías de paso de estudiante a profesional y en el hacer. En el trabajo de Wangenstein *et al* (2008), en una de las etapas del primer año como profesional de las enfermeras existe una conciencia de la responsabilidad. En la investigación de Bjerknes y Bjørk (2012), existe como reto para la nueva profesional ser responsable.

Se está de acuerdo con Clark y Springer (2012), en que la enfermera recién egresada puede sentirse saturada por la carga de trabajo y por no sentirse lo suficientemente preparada. El primer año de trabajo puede provocar estrés e incertidumbre (McKenna y Green, 2004). Vivencias del “estrés” que podemos relacionar con factores del trabajo y con estresores personales. En los primeros especialmente en el apoyo en el trabajo y en los segundos sobre todo en lo relacionado con la seguridad en habilidades en enfermería. Mooney (2007), en una de sus categorías, coincide con nuestros resultados en que la enfermera se enfrenta a los miedos o preocupaciones así como a desafíos que incluyen la responsabilidad o la seguridad del paciente.

La vivencia de algunas situaciones nuevas se vive con responsabilidad y temor. En nuestros resultados las enfermeras expresan temores e inseguridades ante determinados servicios o hacer frente a una urgencia extrahospitalaria, como indica Cabrera (2002), en el estudio de las vivencias de las enfermeras ante una situación de urgencia como es la parada cardiorrespiratoria.

La quinta categoría que se ha extraído de los discursos de las enfermeras es la de mejoras. Esta categoría se establece a partir de las propuestas o márgenes de mejora a la incorporación laboral de las enfermeras entrevistadas tras haber dado el paso de estudiante a profesional, haber entrado en el entorno laboral-contexto- haber realizado actuaciones, procedimientos, tareas o haber cometido errores y

tras haber sentido todas las vivencias, emociones, etc., relacionadas íntimamente con haber pasado de estudiante a profesional, haber interactuado con la nueva realidad profesional y de haber actuado en este nuevo contexto.

Como propuestas de mejora las enfermeras incluyen un período de adaptación, de acogida u orientación que consistiría en planificar un programa de formación, entrenamiento e integración de la nueva trabajadora en una unidad o especialidad determinada. Dicho plan de formación post titulación se elaboraría con los profesionales más veteranos de la unidad o especialidad y se entiende como un programa de formación, que incluye propuestas de las enfermeras con respecto a las orientaciones de la acogida en la unidad para que puedan sentirse más integradas con el equipo de trabajo y más seguras a la hora de trabajar. Consistiría en conocer la unidad, los equipos, las instalaciones, las técnicas y procedimientos de la unidad o los protocolos. Las entrevistadas que lo han propuesto, hablan vagamente de la duración del programa de orientación, acogida o de adaptación y lo proponen fundamentalmente para servicios complejos como las unidades de críticos.

Algunas entrevistadas nos hablan de que en ciertas instituciones en las que han trabajado han tenido un “período de adaptación u orientación” y que ha sido una buena experiencia para ellas. En este caso, las entrevistadas hablan de escasos días de formación u orientación y que les resulta beneficioso no comenzar a trabajar de lleno sin conocer nada de la unidad de trabajo como en el caso del sistema informático.

Otras sin embargo reflexionan sobre la dificultad de implantar períodos de adaptación o acogida en las instituciones sanitarias de Tenerife principalmente por la falta de estabilidad de las enfermeras con una rotación excesiva que tienen al comienzo de su carrera profesional con contratos cortos, además de la política de

contratación de las administraciones. Solo se podría implantar y llevar a cabo períodos de orientación si la enfermera pudiera establecerse en una unidad determinada durante un tiempo razonablemente largo.

Las enfermeras hablan de que un día pueden estar cubriendo un puesto en una determinada unidad de hospitalización y al día siguiente pueden estar en una unidad de críticos. Las enfermeras gestoras deben hacer esfuerzos para potenciar los programas de orientación, aunque somos conscientes de que las cuestiones económicas influyen mucho (Meissner, 1999). Es primordial que la profesión reflexione y apoye la creación de programas de orientación (Goode y Williams, 2004).

Son muchos los autores/as a nivel nacional e internacional que proponen mejoras para la incorporación laboral. Pera i Fábregas (1998), ve conveniente definir “las competencias de enfermería” dependiendo de los niveles dentro de la carrera profesional. Es algo que coincide en nuestros resultados con la idea de reconocer a la profesión enfermera con distintos rangos de conocimiento para poder asumir competencias y responsabilidades. Se propone una figura de enfermera tutora que pueda ser referente para la novata. Lleixà Fortuño *et al* (2010), proponen la necesidad de reforzar los procesos de acogida y de apoyo a las enfermeras recién graduadas para intentar garantizar una mejor atención de calidad.

Benner (1987), señala la importancia de que existan en las diferentes áreas profesionales expertas que apoyen a las enfermeras principiantes. Como defiende la autora, es importante que se hagan más esfuerzos para el fomento de la figura del tutor clínico porque, coincidiendo con Walker y Campbell (2013), la preparación para el trabajo profesional consiste en un constructo multidimensional que comprende habilidades y características que van más allá de las competencias como se ha mencionado

anteriormente. Es por ello que las enfermeras entrevistadas defiendan un proceso de adaptación, posiblemente de estas características.

La transición de profesional a alumno es un período complejo en el que la preparación y el apoyo son importantes (Ferguson y Day 2007; Leduc *et al* 2012), en el que el apoyo durante el proceso de transición puede ayudar a que la nueva enfermera tome decisiones y desarrolle juicios clínicos y brindar así mejor atención. Un apoyo óptimo condiciona de modo más favorable de trabajo así como tener un tutor (Ketelaar *et al* 2015).

Realizar y proponer intervenciones relacionadas con la integración de las nuevas enfermeras como son el apoyo social facilita la integración en una nueva unidad de trabajo. El apoyo es algo fundamental en el período de transición de alumno a profesional (Johnstone *et al*, 2008; Valdez, 2008). Los trabajos realizados por Mabel y Clark (1998); Ross y Clifford (2002); Ebright *et al* (2004); Zinsmeister y Shafer (2009) o de Li *et al* (2011), muestran las sobradas ventajas que un ambiente propicio de trabajo en el período de transición de la nueva enfermera redundan en una mejora de la calidad asistencial. Las propuestas de mejora que manifiestan nuestras entrevistadas son la tutorización o el período de adaptación, se incluiría, claro está, el favorecer un ambiente de trabajo propicio.

Coincidimos por tanto con McKenna y Green (2004), en que los programas de orientación pueden ayudar al desarrollo de habilidades clínicas, a aumentar la familiaridad con la institución y a ganar en seguridad y que los programas de orientación o de apoyo debieran ir más allá del primer año como profesional (Dyess y Shermann, 2009). Programas de orientación formales, con un enfoque en el apoyo y socialización al comenzar a trabajar, mejoran la estabilidad y retención de las enfermeras (Cubit y Ryan, 2009; Klein, 2009).

Ya la autora Benner (1987), que como hemos ido mencionando es una referente en torno al estudio de la enfermera novel y al desarrollo de la práctica asistencial, nos manifiesta que la formación del personal en la unidad donde se trabaja facilita la asimilación y aprendizaje en las situaciones reales de la práctica diaria. Por ello es importante tener programas docentes bien confeccionados. Un ejemplo de ello es el que nos muestran Winslow *et al* (2009), un programa de orientación en servicios de urgencia para la enfermera novel que mejora sus conocimientos y destrezas en el soporte vital avanzado sintiéndose apoyadas en lo personal como en lo profesional.

Autores como Santucci (2004) y Cantrell y Browne (2005; 2006), destacan las múltiples ventajas de los programas de orientación para la integración de la nueva enfermera, el aprendizaje recíproco entre la enfermera novel y veterana dentro de un ambiente seguro y motivante.

Interesante es la propuesta de Caliskan y Ergun (2012), quienes refieren que para facilitar el período de transición o de paso de estudiante a profesional se ha de incluir prácticas en unidades complejas, buscando una cooperación más cercana entre universidades y hospitales. También proponen aumentar la carga de trabajo gradualmente, comenzando por servicios o unidades menos complejos para luego rotar por servicios como los de críticos. Presente en los discursos de las entrevistadas: no comenzar directamente por servicios especiales o hacer una formación obligatoria antes de comenzar en los mismos. Además destacan estos autores que sería beneficioso que en el futuro se realizaran estudios cualitativos que ayuden a comprender mejor las dificultades que viven las nuevas graduadas, qué servicios prefieren o qué grado de satisfacción.

Tastan *et al* (2013), proponen que en los programas de orientación se desarrollen medidas contra el estrés y realizar estudios para sol-

ventar el vacío entre teoría y práctica. Vemos como muy necesario por tanto, que esto se tenga en cuenta a la hora de desarrollar un período de orientación, partiendo de las ideas que proponen las entrevistadas en nuestro estudio.

Como hemos mencionado a lo largo del desarrollo de los resultados y discusión, el período de transición abarca desde el propio paso de estudiante a profesional que se adentran en el nuevo contexto laboral y la realidad profesional y donde los programas de orientación pueden cerrar la brecha entre teoría y práctica para que así la enfermera novel pueda desarrollarse en un mejor ambiente para el aprendizaje y así poder convertirse en una enfermera clínica segura y competente (Casey *et al*, 2004). Satey y Hardy (2011), demuestran los beneficios que han tenido en enfermeras noveles el diseño de un programa de orientación mostrando las oportunidades de aprendizaje y mejorando la preparación al mundo de la práctica clínica, ya que dichos los programas de orientación facilitan un progresivo aprendizaje estructurado con itinerarios en cada nivel profesional (Maquire, 2013).

Ferrer Caro (2001), propone un programa de acogida realizado en un hospital de Alicante para que las nuevas enfermeras se sientan integradas en los equipos y así se reduzca el absentismo laboral. Con este programa se favorece un entorno de confianza con una guía de bienvenida con información útil y relevante. Más recientemente Sánchez *et al* (2012), exponen la protocolización de un plan de acogida a nuevos profesionales en cuidados de pacientes renales en el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla en el que se destaca que un clima laboral óptimo facilita el logro de objetivos de la unidad así como la capacidad de trabajo y las relaciones interpersonales. Algo similar con buenos resultados, lo exponen Tomás Lizcano *et al* (2004), que refieren que se ha mejorado la acogida de alumnos y de nuevas enfermeras con un programa de acogida.

Las ideas de mejora de incorporación laboral manifestadas por las enfermeras de nuestro estudio puedan aplicarse en las instituciones de Tenerife con beneficios tanto para la enfermera, como para el paciente y para la institución. Como argumentan Rush *et al* (2013), un programa de orientación mejora la retención de enfermeras: se necesita un programa de posgrado que mejore la formación práctica. Al crear adecuados ambientes de trabajo se propicia la retención y estabilidad del personal de enfermería y se mejora así la atención de calidad al paciente (Twigg y McCullough, 2014).

El rol de los tutores no debe ser infravalorado y se ha de reunir a profesionales que deseen ser tutores (Proehl, 2002). De hecho es un elemento que cabe mencionar en nuestros resultados al que se refiere una de las enfermeras cuando comenta que para ser buen tutor hay que reunir una serie de características personales, ya sea durante la carrera académica o durante el posgrado. Proehl (2002), hace una comparación de lo que necesita la enfermera novel, tomando como referencia la pirámide de necesidades según Maslow: una base de necesidades fisiológicas como comer-dónde se puede encontrar una cafetería, los servicios, etc. Un segundo nivel de seguridad como por ejemplo saber dónde pueden guardar sus enseres personales de forma segura y una tercera necesidad de amor y sentimiento de pertenencia relacionado con la integración en los equipos. Esto último es visto como una necesidad imperiosa para la nueva enfermera en nuestro trabajo para sentirse segura, integrada y cómoda en su nuevo ambiente laboral. De hecho, una de las enfermeras al ser entrevistada llega a manifestar que al llegar nueva a un servicio o unidad comenta que no se les indica ni dónde se encuentra el baño.

Por tanto es necesario, como señala Proehl (2002), proporcionar una experiencia positiva para la nueva trabajadora. Si se disminuye la ansiedad de la nueva enfermera al fomentar el trabajo en equipo, como constata Ashcraft

(2004), aumenta el desempeño profesional, la satisfacción laboral y facilita a la enfermera el paso de estudiante a profesional. Además el apoyo y el intercambio de puntos de vista entre enfermeras noveles y veteranas es algo bien valorado por las primeras (Cockerham *et al* 2011).

Oermann y Moffit-Wolf (1996); Tradewell (1997), Dracup y Bryan-Brown (2004); Ferri (2006); Alfaro-LeFevre (2009); Hill y Swatzky (2011) o Robiteille (2013), destacan la importancia del tutor como un elemento importante durante la preparación en el proceso de transición, complejo período a nivel social, cultural y personal para la nueva enfermera para ayudar a ésta al aprendizaje, a asimilar la cultura del nuevo trabajo y a asumir responsabilidades.

En cualquier caso estamos de acuerdo con Lleixá Fortuño *et al* (2009), en que la inserción laboral en enfermería es un problema a resolver y que ya es el momento de mejorar el proceso de incorporación a la realidad asistencial institucionalizando el proceso tutorial.

Las enfermeras en base a su experiencia proponen mejoras como la tutorización, el programa de orientación, la especialidad o el apoyo en el ambiente de trabajo. De modo que la profesión ha de definir qué criterios y fundamentos se necesitan para poder formalizar un programa de tutorización o de orientación. Podemos proponer un programa de integración en determinadas unidades como críticos, quirófano, o pediatría. Programas formales de formación para dichas unidades, con la figura del tutor que guíe, apoye y motive a la nueva enfermera en el conocimiento y formación de la unidad, institución o especialidad en la que se encuentre trabajando. Todo ello facilitando un ambiente de trabajo en el que la enfermera se pueda sentir cómoda y segura aprendiendo e integrándose dentro de la unidad.

Son algunas de las propuestas planteadas de este programa el apoyo y tutorización, recibir

formación teórica y práctica, dar información previa de la unidad o institución- información básica como protocolos, información de procedimientos burocráticos- o dar una adecuada acogida al nuevo trabajador. Incluso en la actualidad Fitzpatrick y Gripshover (2016), hablan de las ventajas que puede tener crear grupos de apoyo orientados a las enfermeras recién egresadas ya que ayuda a disminuir las vivencias de soledad, la falta de realización personal y la rotación excesiva de puestos de trabajo.

Las enfermeras de servicio tienen un papel preponderante y se han de encargar de allanar la incorporación laboral de las nuevas enfermeras facilitando la transición estando de acuerdo con esta autora de que la formación en enfermería es algo que debe ser para la toda la

vida profesional (Greenwood, 2000). Como indican Clark y Holmes (2007), los programas de orientación son beneficiosos para que las nuevas enfermeras puedan sentirse competentes o independientes, siendo la figura del tutor importante para ello. Newton y McKenna (2007), también coinciden con esta idea del período de orientación y de sus ventajas. Aunque nuestras enfermeras han incidido en que sería complicado desarrollar estos programas de orientación dada la inestabilidad y excesiva rotación con la que son contratadas las enfermeras en España, la inserción laboral es un tema que preocupa y por el que la profesión ha de reflexionar ya que no se diferencia a contratar a una enfermera principiante de una experta no dando importancia al nivel competencial que pueda prestar (Lleixa Fortuño *et al*, 2010).



2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL DE EXPERTOS

En los resultados del grupo focal, se presentan similitudes con los resultados de las entrevistas individuales en cuanto a las propuestas de mejoras.

En cuanto a los aspectos relacionados con la formación observamos que los expertos coinciden en que el título de grado con su nuevo plan de estudio ha repercutido de manera muy positiva en la preparación de las nuevas enfermeras. De hecho en las entrevistas individuales son las enfermeras tituladas en el antiguo plan de estudios de diplomado en enfermería las que más manifiestan la posible falta de preparación al mundo asistencial. También es cierto que una de las expertas participantes observa su asombro ante ciertas carencias que tienen las enfermeras de las últimas generaciones, relacionadas con la disciplina en el puesto de trabajo o las formas de proceder.

Esta misma experta además observa que muchas veces la formación práctica que se da a las alumnas no es la mejor, y no existe una adecuada tutorización y esmero a la hora de enseñar: es el caso que expone de "tomar las constantes y sacar trabajo". Ahí coinciden algunas entrevistadas en la falta de preparación práctica al hacer referencia en que "no te preparan para asumir la responsabilidad" y en "mejorar la formación práctica" necesitando tutores competentes y comprometidos. Al referirse esta experta y el experto 4 a la falta de pilares básicos que hemos nombrado, y la tal vez falta de madurez personal por parte de la futura enfermera, en los resultados de las entrevistas individuales algunas enfermeras ven como ventaja tener una experiencia laboral previa en otro ámbito y tener una cierta "edad madura" para poderse enfrentar a la realidad profesional.

Los expertos coinciden plenamente en que el sistema de contratación no es adecuado para

la nueva enfermera y que se necesitan programas de especialización y programas de orientación y acogida. Hace falta una cultura de especialización en la formación enfermera en España, así pues se achaca dicha falta de especialización a los problemas de excesiva rotación en enfermería y a la falta de preparación al entrar al mundo asistencial. Las entrevistadas proponen entre las mejoras el también llamado período o programa de acogida e incluso algunas de ellas han llegado a tener una buena experiencia con el mismo, al igual que llegó a tener la experta 5 en su momento en una unidad de críticos.

Coinciden las reflexiones recogidas por los expertos en el grupo focal con las reflexiones de las entrevistadas acerca del contexto de la enfermera novel en cuanto a su contratación e incorporación laboral. Las administraciones sanitarias contratan a enfermeras con mucha precipitación sin tener en cuenta su preparación para un puesto determinado y sin conocer el contexto complejo donde aprender dada esta circunstancia. Por razones económicas y de gestión decide esta política de contratación de enfermera polivalente, que limita a la enfermera como profesional y que le exige una alta capacidad competente y una alta capacidad de asimilación a la nueva unidad en la que trabaja.

El experto 4 sin embargo ve problemas para la aplicación de los períodos de acogida porque se pueden realizar contratos de prácticas legales donde se sobrecargue a la nueva enfermera con altas cargas de trabajo con bajos salarios. Las entrevistadas observan que los problemas de aplicación de los programas de orientación son en la estabilidad laboral y la excesiva rotación y no dejan tiempo con este actual sistema de contratación a que la nueva enfermera se forme y se integre en una unidad de trabajo.

Surgió en los resultados de este grupo focal el tema de las divergencias o diferencias entre el mundo asistencial y el mundo profesional y/o

laboral. El experto 3 observa grandes divergencias entre lo que se explica en la universidad y la realidad asistencial, lejos de parecerse. Existe una visión de la profesión alejada de la realidad actual asistencial, los modelos teóricos de pensamiento y actuación no se aplican a la realidad, por lo que la formación teórica y el pensamiento crítico quedan a un segundo plano. Existen por tanto grandes vacíos que los alumnos y nuevas enfermeras perciben al entrar en el mundo asistencial. De hecho el experto 4 coincide en que la universidad está desconectada de la realidad. En vez de estar cada vez más interrelacionada la teoría de pensamiento en enfermería, y lo que se enseña en las escuelas con la aplicación de la misma en la práctica, el mercado laboral exige a las enfermeras a ejecutar tareas sin el enfoque de los cuidados con una base o cuerpo sustancial. La enfermera se adapta al mundo laboral rompiendo con lo que podría ser una enfermera humanista centrada en el paciente y la familia para centrarse en las intervenciones y procedimientos.

Las entrevistadas de forma individual perciben divergencias entre la realidad asistencial y la teoría como hemos venido indicando. Coinciden en la idea de los expertos en que muchas de ellas viven un “choque con la realidad” desde la formación con las prácticas en el ámbito asistencial, además de que en muchas ocasiones las diferencias son entre la realidad y las ideas de la profesión son mayores si se comienza a trabajar en una institución privada donde las cargas de trabajo para cada enfermera y las condiciones laborales hacen más cuesta arriba una atención estructurada de cuidados centrada en el paciente y la familia, centrada más en los cuidados y no tanto en las tareas.

Coinciden los expertos del grupo focal con las autoras Pera i Fàbregas (1998); Ferrer Caro (2010) y Lleixà Fortuño *et al* (2010) al indicar lo preocupante que puede llegar a ser el inicio de la profesión para la enfermera novel por el estrés y el contacto directo con el paciente.

Cabe decir que nuestros expertos coinciden con Pera i Fàbregas (1998) y Ramió (2005), en el hecho de que las instituciones sanitarias contratan a enfermeras noveles para sustituir a veteranas rigiéndose por razones económicas y presupuestarias y con Lleixà Fortuño *et al* (2010), en que coinciden con los resultados de nuestro grupo focal en que el mundo laboral no tiene en cuenta el nivel competencial de las enfermeras para acceder a un determinado puesto concreto. El mismo problema que han indicado los expertos del presente trabajo en que las nuevas enfermeras se incorporan a las unidades de trabajo sin tener una ubicación estable, asumiendo pacientes con total dificultad y mucha carga de responsabilidad (Blanco García, 2012). Nuestros expertos participantes ponen en entredicho este modelo de gestión (Benner, 1987).

Con la implantación del grado, la enfermera se siente mejor preparada para incorporarse al mundo laboral al sumar un cuarto curso académico (Pera i Fàbregas, 1998; Lleixà Fortuño *et al*, 2010). Es necesario instaurar los procesos o programas de acogida o de apoyo para la enfermera novel con una enfermera veterana que haga de referencia para la misma. Benner (1987), remarca esta idea. En trabajos como los de Benner (1987); Ashcraft (2004); McKenna y Green (2004); Cantrell y Browne (2005 y 2006); Cubit y Ryan (2009); Dyess y Shermann (2009); Klein (2009); Winslow *et al* (2009) o de Rush *et al* (2013) se destacan los beneficios que pueden tener los programas de acogida u orientación para mejorar la transición de enfermera a estudiante, mejorar la estabilidad profesional o mejorar la integración en las instituciones sanitarias. Una de nuestras expertas en su buena experiencia al comenzar a trabajar en intensivos teniendo una carga de trabajo gradual para poder adaptarse mejor a una unidad de tanta complejidad la benefició (Caliskan y Eergun, 2012). Marsh (2015), también propone programa de adiestramiento en una unidad compleja como es quirófano por ejemplo. Ferrer Caro

(2001), nos muestra ventajas de un programa de acogida realizado en España, al igual que Tomás Lizcano *et al* (2004) y Sánchez *et al* (2012).

Una de las categorías establecidas en los resultados de este grupo focal de expertos es la de "divergencias entre la realidad laboral y la realidad académica". Dos de los expertos exponen la distorsión que existe entre la formación universitaria o realidad académica y el mundo laboral dado que la visión de la profesión es muy distinta a la que tienen los empleadores de las instituciones sanitarias, también en los modelos de trabajo, de pensamiento o de elementos centrales de cuidado.

Tastan *et al* (2013), proponen en su trabajo estudios de investigación para solventar las posibles divergencias o vacíos entre la realidad y el mundo académico además de que gestores y docentes se familiaricen con el fenómeno de período de transición y se desarrollen programas contra el estrés. Casey *et al* (2004) y Freeling y Parker (2015), están de acuerdo también en que los programas de orientación pueden cerrar brechas entre teoría y realidad. Greenwood (2000), indica que hay que unir fuerzas en crear programas de formación durante la transición entre enfermeras docentes y enfermeras en servicio. Las enfermeras también perciben divergencias en cuanto entran al mundo laboral (Kelly y Ahren, 2008). Todas estas divergencias o vacíos entre realidad y teoría pueden estar relacionadas de una manera u otra con el concepto de "choque con la realidad" de Kramer (1974).

Una de las medidas que probablemente hayan mejorado la incorporación laboral de las enfermeras ha sido probablemente que el título de grado ha incorporado un último curso de prácticum para paliar en cierta medida las divergencias entre realidad laboral y académica.

Como se ha venido explicando en el presente estudio, se han de encontrar formas de poder

mejorar la incorporación laboral de las nuevas enfermeras. Expertos y entrevistadas han coincidido en la necesidad de desarrollar las especialidades y los programas de orientación, en la búsqueda de aunar fuerzas entre la universidad y las instituciones sanitarias para el desarrollo de los mismos.

3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE GRUPO DE DISCUSIÓN DE ENFERMERAS

Las participantes en este grupo focal, que también han participado en las entrevistas individuales, han destacado como circunstancias a tener en cuenta en la incorporación a la realidad laboral, y la vivencia dentro de la misma, la responsabilidad como un factor clave en el paso de estudiante a profesional cuestión recurrente en los resultados de las entrevistas. En este grupo focal se ha dado mucha importancia a la relación con los compañeros de trabajo, que son piezas clave en el desarrollo profesional. Su ayuda y apoyo son valorados significativamente para superar las dificultades y también poder aprender.

Las enfermeras manifiestan su preocupación por la falta de estabilidad laboral y profesional. Las constantes rotaciones de servicios, la falta de estabilidad en un mismo contrato laboral, las formas de incorporación laboral muchas veces inmediatas y sobre todo la rotación por unidades en las que no se encuentran preparadas para trabajar. Es lo que les hace pensar que las instituciones que les contratan tienen falta de previsión u organización en la gestión de recursos humanos en enfermería.

En las interacciones de este grupo focal, se destacan mejoras a la incorporación laboral referidas ya en las entrevistas individuales: existir una mejor formación o preparación para incorporarse a trabajar a servicios especiales o



unidades de alta complejidad como son quirófano o unidades de intensivos. Además de que si una enfermera comienza en un servicio nuevo, que no se encuentre sola. Aspectos como este último, son los a los que se han referido las enfermeras participantes en este grupo focal como “falta de previsión”. Según relatan, en muchas ocasiones han demandado períodos de acogida u orientación en unidades de alta complejidad o servicios desconocidos y se les han denegado dichas oportunidades de poder formarse.

Las participantes relatan que han tenido problemas en la formación práctica, que en numerosas ocasiones no han tenido tutores competentes o dispuestos a enseñar durante las prácticas clínicas y que esta ha sido una de las circunstancias que ha repercutido en que la nueva enfermera para que no se sienta lo suficientemente preparada para la práctica profesional. En cuanto a la formación en general, las enfermeras observan una formación teórica extensa sin poder conseguir aplicarla a la práctica o relacionarla entre sí para poder aplicarla en los cuidados de los pacientes.

Como ventajas de la formación de grado se destaca la incorporación del cuarto curso de prácticum que no existe durante la diplomatura, y como desventaja del grado hacia la diplomatura el no poseer una formación más concreta de cuidados básicos que se integra en el primer año de diplomatura.

Las enfermeras que han participado en este grupo focal y que también lo hicieron en las entrevistas individuales del presente trabajo, coinciden con el grupo focal de expertos en que la formación práctica durante la carrera tiene muchos márgenes de mejora. Las enfermeras manifiestan que han de existir personas más competentes a la hora de enseñar y no tener a las futuras enfermeras, próximas a incorporarse al mundo profesional, con un panorama de cargas de trabajo elevadas, con una enseñanza práctica deficiente y una escasa implicación de profesionales para enseñar. Es necesario que se les ayude a desarrollar el pensamiento y el juicio crítico de los futuros profesionales y que se les aleje de centrarse única y exclusivamente en la realización de técnicas, procedimientos y ejecución de tareas.

La enfermera titulada en grado destaca de su formación su cuarto curso de prácticum, Una de las diplomadas manifestó durante el desarrollo del grupo focal que le hubiera gustado haber podido tener en su formación este curso complementario. En el grupo de expertos se ha destacado que el grado conlleva ventajas en torno a este aspecto. El tener un cuarto curso de prácticas, acerca mejor a la realidad a la nueva enfermera.

No obstante, enfermeras y expertos de ambos grupos focales coinciden en que se necesita una mejora en el sistema de contratación, que hay una falta de especialización y se necesitan períodos de acogida o formación para la nueva enfermera que entre a trabajar en una unidad compleja como es la UCI, quirófano o urgencias. Al decir las enfermeras que existe poca previsión por parte de las instituciones, se puede relacionar la contratación que realizan las instituciones atendiendo solo a razones económicas que obvian la preparación o capacitación de una enfermera a una determinada unidad considerándola una enfermera polivalente.

Las divergencias entre teoría y realidad también se han destacado en los resultados de este grupo focal al igual que en el de expertos. Mientras las enfermeras observan que se les forma y transmite mucha información, muchas veces innecesaria o con falta de razonamiento o de relacionar conceptos, los expertos perciben que las instituciones al contratar a las enfermeras exigen de ellas una ejecución del trabajo de forma mecánica centrado en tareas que obvia un pensamiento crítico de la profesión y de los cuidados.



CONCLUSIONES

Según los objetivos marcados en el presente estudio, se establecen las siguientes conclusiones respecto a los resultados obtenidos:

1. Los significados que las enfermeras egresadas entre 2009 y 2014 de la Universidad de La Laguna atribuyen al desempeño de su puesto profesional tras su incorporación laboral en distintas instituciones sanitarias en la isla de Tenerife (España), se relacionan con un proceso de interacción con el contexto laboral donde la nueva enfermera siente y actúa dentro de ese contexto socializador. La incorporación laboral se ve influenciada además por las vivencias de la enfermera experimentada como estudiante a las que se suman las vivencias de la responsabilidad, de asimilar el nuevo rol profesional, de las faltas de preparación y de estabilidad profesional unidas a la complejidad del servicio en el que poder integrarse y sentirse o no apoyadas y el temor al error, caracterizan la vivencia a la incorporación laboral.
2. Las experiencias vividas por las enfermeras durante los primeros meses tras la incorporación laboral y al rotar por servicios o uni-

dades de hospitalización, se atribuyen significados relevantes a la vivencia de la responsabilidad: tomar decisiones de forma autónoma, ser la responsable de sus pacientes. A la inseguridad por la falta de preparación por la limitación profesional y por la excesiva rotación de servicios o unidades de trabajo.

3. Las enfermeras que se incorporan a los puestos de trabajo por primera vez, perciben diferencias entre las ideas que tienen de su profesión durante su formación y la nueva realidad laboral. La realidad se percibe de forma distinta: las cargas de trabajo, el ambiente laboral o las formas de trabajar con el paciente son circunstancias diferentes a las ideas que conformaron en la enseñanza teórica. En algunos casos desde la formación práctica durante los estudios, la enfermera llega a percibir dichas diferencias.
4. Las vivencias referidas por la enfermera con respecto a la responsabilidad se atribuyen fundamentalmente a poder realizar una adecuada praxis en su trabajo, al ser conscientes de que tratan con personas por ello es una vivencia que aporta mucho significado

para la enfermera una vez que comienza a trabajar. La inseguridad está relacionada con el contexto laboral (por estar sola en una unidad de trabajo y/o por comenzar en una unidad desconocida: rotación de servicios), por el temor al error, especialmente en la preparación y administración de fármacos. A todo ello se suman las vivencias de las relaciones interpersonales, principalmente. El apoyo a la nueva enfermera por parte de los compañeros, la acogida que le den en la unidad y el trato que recibe influyen en la entrada en el contexto laboral.

5. No se observan diferencias notables entre la vivencia a la incorporación laboral entre los diplomados en enfermería y los graduados en enfermería. Las vivencias que se manifiestan en los resultados tanto de diplomadas como de graduadas son similares: contraste con la realidad, sensación de falta de no sentirse preparadas, sentir la responsabilidad o sensaciones relacionadas con comenzar en un servicio nuevo. Las enfermeras tituladas en grado no manifiestan problemas en su formación académica, sin embargo las diplomadas sí han observado carencias en su formación.
6. Las unidades de trabajo que la enfermera vive de forma más traumática tras su incorporación al mundo laboral están relacionadas con las unidades de cuidados intensivos, urgencias, quirófano o especialidades como la de pediatría. Esta vivencia traumática se asocia también con la falta de estabilidad profesional, con la excesiva rotación de servicios y con la falta de preparación previa antes de comenzar a trabajar en estas unidades o especialidades.
7. Desde el punto de vista de las enfermeras, las mejoras que se proponen para facilitar la incorporación laboral son, esencialmente, el desarrollo de programas de orientación o de períodos de adaptación a las unidades de

trabajo, la tutorización y/o el desarrollo de las especialidades en enfermería.

8. Las vivencias que destacan las enfermeras pertenecientes al grupo focal que al comenzar a trabajar la responsabilidad es la principal vivencia en el paso de estudiante a profesional y a la incorporación al contexto de trabajo, de modo que dan mucha importancia a tener buenos compañeros de trabajo. Las mejoras que se proponen a la incorporación laboral son que una enfermera al comenzar a trabajar en una nueva unidad no se encuentre sola, que los inicios en unidades complejas como críticos no sean precipitados proponiendo además que las instituciones mejoren sus previsiones a la hora de contratar al personal y proporcionarle estabilidad.
9. Las mejoras propuestas por el grupo focal de expertos para facilitar la incorporación laboral de las nuevas enfermeras coinciden con las propuestas en el grupo focal de enfermeras en el sentido de que se desarrollan períodos de orientación, una mejor acogida en las nuevas unidades y un avance en el desarrollo de las especialidades en enfermería.

PROPUESTAS DE MEJORA

Las propuestas de mejora de cara a la incorporación laboral de las enfermeras en Tenerife se han de plantear desde la propia formación de las enfermeras durante la carrera universitaria hasta que la profesional se incorpora al mundo laboral. En virtud de los resultados obtenidos, somos conscientes de que entrar en el contexto laboral y profesional en Tenerife es un proceso complejo y duro para la enfermera novel.

Con respecto al paso de estudiante a profesional, se ha de insistir en los planes de estudio en ofrecer una formación realista a las futuras enfermeras de cómo es la realidad asistencial a día de hoy con las sobrecargas laborales ya que no se respetan los ratios de enfermera/paciente y de que dadas esas circunstancias laborales la enfermera en muchas ocasiones no puede ofrecer una atención integral y adecuada a las necesidades de los pacientes a su cargo. La formación además ha de inculcar desde el primer año académico esta visión actual de la realidad y fomentar el pensamiento crítico y reflexivo para que se siga investigando y se propongan mejoras para poder cambiar las políticas de gestión del personal de enfermería. Medina *et al* (2010): la educación de las

enfermeras en España se caracteriza por conducirles a tener una visión rígida, idealizada y dogmática de la profesión. Se trata de una formación que no prepara a las enfermeras para lo que realmente requiere la práctica. Las futuras enfermeras han de poder transformar las condiciones de su actividad hacia modelos más democráticos y participativos donde se fomente la autonomía intelectual de las personas. Además se ha de preparar desde la universidad a manejar situaciones en hostiles ambientes laborales entre compañeros y colegas de trabajo.

Los planes de estudio se caracterizan por la realización de prácticas clínicas en cada curso académico. Se ha de transmitir al alumnado la consciencia de la responsabilidad y el compromiso de sus pacientes a cargo, siempre con la motivación de tener un pensamiento crítico para mejorar e innovar dentro de la realidad asistencial. Con la incorporación del cuarto curso en los planes de enfermería, eminentemente práctico, se ha de fomentar esa preparación profesional y social a la realidad asistencial. Se necesitan, por tanto, tutores y docentes motivados y comprometidos con la docencia.

Las instituciones sanitarias no tienen en cuenta el perfil contratante de cada enfermera. Se contratan enfermeras sin conocer si son noveles, sin conocer qué perfiles profesionales tienen y sin ni siquiera conocer el lugar o especialidad a donde van a trabajar ya que se hace una contratación de forma inminente y precipitada. Las instituciones sanitarias deben reflexionar y mejorar la previsión en cuanto a necesidades de personal e invertir tiempo y recursos en preparar y formar a las enfermeras de nueva incorporación para no solo estabilizar profesionalmente al personal, sino también para ofrecer una atención segura y de calidad. Es por ello que proponemos programas de orientación especialmente en unidades y especialidades de alta complejidad como son las unidades de críticos, quirófano o pediatría. El desarrollo de las especialidades de enfermería vía EIR- enfermero interno residente- es una medida de mejora que en la actualidad se está llevando a cabo pero que no es suficiente por las escasas plazas que existen para acceder a esta formación tutorizada y la falta de desarrollo e implementación de especialidades como enfermería en cuidados médico quirúrgicos. El acceso por parte de las enfermeras noveles a la formación continuada, tanto teórica como práctica, debe ser facilitado por parte de los gestores sanitarios, así como elaborar protocolos y guías de actuación que sirvan de apoyo a las nuevas enfermeras.

En todo momento la enfermera principiante ha de sentirse respaldada y apoyada, ya sea por medio un tutor/a, por medio de sus superiores o de sus compañeras más veteranas para que así se mejore su desarrollo profesional de una forma competente y segura en un ambiente de trabajo en el que se pueda sentir realizada y satisfecha con su trabajo. No se debería contemplar que por razones de gestión o de planificación, una enfermera recién egresada tenga que trabajar sola en una unidad de hospitalización, centro de salud o servicio especial.

Gestores, docentes, sindicatos y el Consejo General de Enfermería han de aunar fuerzas y consensos de cara a la mejora de la incorporación laboral de las enfermeras principiantes y converger para que el desarrollo de las profesionales no sea tan traumático y se haga de forma segura. Así pues, se invita a crear líneas de investigación tanto en las universidades como en las instituciones sanitarias para el estudio del período de transición de las enfermeras y así implementar programas de orientación.

BIBLIOGRAFÍA

AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36(1), 73-78.

AbuAlRub, R. F., Omari, F. H., AL RUB, A. B. U., y FAWZI, A. (2009). The moderating effect of social support on the stress-satisfaction relationship among Jordanian hospital nurses. *Journal of nursing management*, 17(7), 870-878.

Adler, P. A. (2009). Are We Still Eating Our Young? Myth or Reality. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 18(1), 62.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., y Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing outlook*, 50(5), 187-194.

Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados*. (4a Ed). Elsevier Masson.

Andersson, E. P. (1995). Marginality: concept or reality in nursing education? *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 131-136.

Andersson, N., Cederfjäll, C. y Klang, B. (2005). The novice general nurse's view of working in a paediatric setting: a Swedish experience. *Nurse education in practice*, 5(4), 191-197.

Andersson, P. L., y Edberg, A. K. (2010). The transition from rookie to genuine nurse: narratives from Swedish nurses 1 year after graduation. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4), 186-192.

Anderson, N. E., Kent, B., y Owens, R. G. (2015). Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 695-704.

Andrew, N., McGuinness, C., Reid, G., y Corcoran, T. (2009). Greater than the sum of its parts: Transition into the first year of undergraduate nursing. *Nurse Education in Practice*, 9(1), 13-21.

Ashcraft, T. (2004). Recruitment and retention report. New nurses, new beginnings. *Nursing Management*, 35(4), 22.

Baré, J. F. (2008). Aculturación. En P. Bonte y M. Izard, *Diccionario de Etnología y Antropología* (pp. 14-15). Madrid: Ed. Akal.

- Beecroft, P. C., Kunzman, L., y Krozek, C. (2001). RN internship: Outcomes of a one-year pilot program. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 575-582.
- Benner, P. (1974). Reality testing a reality shock program. En M. Kramer, *Reality shock: why nurses leaving nursing* (pp. 191-215). St. Louis: Mosby.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería: Manual de comportamiento profesional*. (1a. Ed.). Barcelona: Enfermería y sociedad. Ediciones Grijalbo, SA.
- Bentata, B. B., Quintana, F. C., Venegas, J. M. R., Gutiérrez, C. V., y Bentata, B. R. B. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International journal of clinical and health psychology*, 7(1), 197-205.
- Bisholt, B. K. (2012). The professional socialization of recently graduated nurses -Experiences of an introduction program. *Nurse Education Today*, 32(3), 278-282.
- Blanco García, B. (2012). *Los niveles de estrés de los estudiantes de enfermería: Programas de ayuda y acogida para los nuevos profesionales de enfermería*. (Trabajo fin de máster). Universidad de Oviedo.
- Bos, E., Alinaghizadeh, H., Saarikoski, M., y Kaila, P. (2015). Factors associated with student learning processes in primary health care units: A questionnaire study. *Nurse education today*, 35(1), 170-175.
- Botma, Y. (2014). Nursing student's perceptions on how immersive simulation promotes theory-practice integration. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 1, 1-5.
- BoychukDuchscher, J. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441.
- Boychuk Duchscher, J. E. y Cowin, L. S. (2004). The experience of marginalization in new nursing graduates. *Nursing Outlook*, 52(6), 289-296.
- Brown, H. y Edelman, R. (2000). Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *Journal of advanced nursing*, 31(4), 857-864.
- Brown, J., Stevens, J., y Kermode, S. (2013). Measuring student nurse professional socialisation: The development and implementation of a new instrument. *Nurse Education Today*, 33(6), 565-573.
- Cabrera, J. M. C. (2002). *La teoría es distinta a la realidad. Sentimientos de los profesionales jóvenes de enfermería respecto a la reanimación cardiopulmonar. Un enfoque fenomenológico*. (Memoria de licenciatura). Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Universidad Austral de Chile.
- Caliskan, A. y Ergun, Y. A. (2012). Examining Job Satisfaction Burnout and Reality Shock Amongst Newly Graduated Nurses. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47, 1392-1397.
- Cantrell, M. A., y Browne, A. M. (2005). The impact of a nurse externship program on the transition process from graduate to registered nurse: Part II. Qualitative findings. *Journal for Nurses in Professional Development*, 21(6), 249-256.
- Cantrell, M. A., y Browne, A. M. (2006). The impact of a nurse externship program on the transition process from graduate to registered nurse: Part III. Recruitment and retention effects. *Journal for Nurses in Professional Development*, 22(1), 11-14.
- Cañadas de la Fuente, G. A., Fernández Castillo, R. y García Ríos, M. D. C. (2010). Cómo perciben los mayores la labor asistencial de los jóvenes profesionales sanitarios. *Gerokomos*, 21(1), 17-20.
- Carreras J. (1999). Elementos de estrategia pedagógica e implicaciones metodológicas. *Rev. Educación médica*, 12 (1).
- Casey, K., Fink, R. R., Krugman, A. M., y Propst, F. J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 303-311.

- Castillo Parra, S. (2014). *Práctica pedagógica de los formadores expertos en la formación clínica de estudiantes de enfermería* (Tesis doctoral). Departament de Didàctica i Organització Educativa. Universitat de Barcelona.
- Cheng, C. Y., Tsai, H. M., Chang, C. H., y Liou, S. R. (2014). New Graduate Nurses' Clinical Competence, Clinical Stress, and Intention to Leave: A Longitudinal Study in Taiwan. *The Scientific World Journal*, 2014. doi: 10.1155/2014/748389
- Cho, J., Laschinger, H. S., y Wong, C. (2006). Work-place empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership-Academy of Canadian Executive Nurses-*, 19(3), 43.
- Christmas, K. (2007). How work environment impacts retention. *Nursing economic*, 26(5), 316-318.
- Clark, T., y Holmes, S. (2007). Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *International journal of nursing studies*, 44(7), 1210-1220.
- Clark, C. M. y Springer, P. J. (2012). Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nursing outlook*, 60(4), e2-e8.
- Cleary, M., Horsfall, J., Jackson, D., Muthulakshmi, P. y Hunt, G. E. (2013). Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. *Journal of clinical nursing*. 22(19-20):2904-11. doi: 10.1111/jocn.12230.
- Cleary, M., Horsfall, J., Muthulakshmi, P., y Jackson, D. (2013). A good day in nursing: Views of recent Singaporean graduates. *Contemporary nurse*, 45(1), 126-133.
- Cockerham, J., Figueroa-Altmann, A., Eyster, B., Ross, C., y Salamy, J. (2011). Supporting newly hired nurses: A program to increase knowledge and confidence while fostering relationships among the team. In *Nursing forum* (Vol. 46, No. 4, pp. 231-239). Blackwell Publishing Inc.
- Collado, E. F. (2006). Grupo de discusión: vivencias y expectativas de las enfermeras recién graduadas antes de la incorporación al mundo laboral. Parte II. *Rev. Educare*21, 9(30).
- Collado, E. F. (2007). Fenomenología y estudio de casos: la enfermera novel o incipiente. Vivencias de su primer trabajo en el mundo de la práctica profesional. Parte II. *Rev. Educare*21, 1(32).
- Coomber, B., y Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of nursing studies*, 44(2), 297-314.
- Cowin, L. S., Hengstberger-Sims, C. (2006). New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 59-70.
- Cubit, K. A., y Ryan, B. (2011). Tailoring a graduate nurse program to meet the needs of our next generation nurses. *Nurse Education Today*, 31(1), 65-71.
- D'ambra, A. M., y Andrews, D. R. (2014). Incivility, retention and new graduate nurses: an integrated review of the literature. *Journal of nursing management*, 22(6), 735-742.
- Danbjørg, D. B. y Birkelund, R. (2011). The practical skills of newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 31(2), 168-172.
- Deasy, C., Doody, O. y Tuohy, D. (2011). An exploratory study of role transition from student to registered nurse (general, mental health and intellectual disability) in Ireland. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 109-113.
- Delaney, C. (2003). Walking a fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation. *The Journal of nursing education*, 42(10), 437.
- De la Piedra Cubells, M., Jiménez Sánchez-Rico, A., Puchalt Cuadau, I., Sánchez Nieto, F. y Silva Tomás, P. (2011). Causas de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Educare* (4).

Dracup, K., y Bryan-Brown, C. W. (2004). From novice to expert to mentor: Shaping the future. *American Journal of Critical Care*, 13(6), 448-450.

Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 1103-1113.

Dyess, S. M., y Sherman, R. O. (2009). The first year of practice New graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 403.

Ebright, P. R., Urden, L., Patterson, E. y Chalko, B. (2004). Themes surrounding novice nurse near-miss and adverse-event situations. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 531-538.

El Haddad, M., Moxham, L., y Broadbent, M. (2013). Graduate registered nurse practice readiness in the Australian context: an issue worthy of discussion. *Collegian*, 20(4), 233-238.

El-Jardali, F., Dimassi, H., Dumit, N., Jamal, D., y Mouro, G. (2009). A national cross-sectional study on nurses' intent to leave and job satisfaction in Lebanon: implications for policy and practice. *BMC nursing*, 8(1), 3.

Ellerton, M. L., y Gregor, F. (2003). A study of transition: The new nurse graduate at 3 months. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(5), 103.

Farnell, S., y Dawson, D. (2006). 'It's not like the wards'. Experiences of nurses new to critical care: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 43(3), 319-331.

Feng, R. F., y Tsai, Y. F. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *Journal of clinical nursing*, 21(13-14), 2064-2071.

Ferguson, L. M., y Day, R. A. (2007). Challenges for new nurses in evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 15(1), 107-113.

Ferrer Caro, F. (2001). Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Revista Rol de Enfermería*, 24(3), 177-180.

Ferri, P. (2006). El periodo de transición de estudiante a enfermero en el primer empleo. *ÁGORA D'INFERMERIA*, 10, 1020-1025.

Fitzpatrick, S., y Gripshover, J. (2016). Expert Nurse to Novice Nurse Practitioner: The Journey and How to Improve the Process. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(10), e419-e421.

Flinkman, M., Isopahkala-Bouret, U., y Salanterä, S. (2013). Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *International Scholarly Research Notices*, 2013. doi: 10.1155/2013/916061.

Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., y Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.

Freeling, M., y Parker, S. (2015). Exploring experienced nurses' attitudes, views and expectations of new graduate nurses: A critical review. *Nurse education today*, 35(2), e42-e49.

García Angiano, P., González Hervías, R., Monte Alonso, A., Pérez Santana García, G., Rodríguez Lluch, C., y Yáñez Lallana L. (2013). Estrés en estudiantes de Enfermería. Estrategias para el manejo y prevención. *Rev. Educare*21, 11(4).

Gerrish, K. (1992). The nurse teacher's role in the practice setting. *Nurse Education Today*, 12(3), 227-232.

Godínez, G., Schweiger, J., Gruver, J., y Ryan, P. (1999). Role transition from graduate to staff nurse: A qualitative analysis. *Journal for Nurses in Professional Development*, 15(3), 97-110.

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada* -1ª edición. 10ª reimpresión-. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Gohery, P., y Meaney, T. (2013). Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(6), 321-328.

- Goode, C. J., Lynn, M. R., Krsek, C. y Bednash, G. D. (2009). Nurse residency programs an essential requirement for nursing. *Nursing Economics*, 27(3), 142-147.
- Goode, C. J., y Williams, C. A. (2004). Post-baccalaureate nurse residency program. *Journal of Nursing Administration*, 34(2), 71-77.
- Greenwood, J. (2000). Critique of the graduate nurse: an international perspective. *Nurse Education Today*, 20(1), 17-23.
- Halfer, D., y Graf, E. (2006). Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economics*, 24(3), 150.
- Hall, J. M., Stevens, P. E., y Meleis, A. I. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science*, 16(4), 23-41.
- Harris, M. (1990). *Antropología Cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hasson, D., Lindfors, P. y Gustavsson, P. (2010). Trends in self-rated health among nurses: a 4-year longitudinal study on the transition from nursing education to working life. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 54-60.
- Henderson, A., Ossenberg, C., y Tyler, S. (2015). 'What matters to graduates': An evaluation of a structured clinical support program for newly graduated nurses. *Nurse education in practice*, 15(3), 225-231.
- Hezaveh, M. S., Rafii, F., y Seyedfatemi, N. (2013). Novice Nurses' Experiences of Unpreparedness at the Beginning of the Work. *Global journal of health science*, 6(1), p. 215.
- Hickey, M. T. (2010). Baccalaureate nursing graduates' perceptions of their clinical instructional experiences and preparation for practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 35-41.
- Higgins, G., Spencer, R. L. y Kane, R. (2010). A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30(6), 499-508.
- Hill, L. A., y Sawatzky, J. A. V. (2011). Transitioning into the nurse practitioner role through mentorship. *Journal of Professional Nursing*, 27(3), 161-167.
- Hoffart, N., Waddell, A., y Young, M. B. (2011). A model of new nurse transition. *Journal of Professional Nursing*, 27(6), 334-343.
- Hung, B. J., Huang, X. Y., Cheng, J. F., Wei, S. J., y Lin, M. J. (2014). The working experiences of novice psychiatric nurses in Taiwanese culture: a phenomenological study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 536-543.
- Jewell, A. (2013). Supporting the novice nurse to fly: A literature review. *Nurse education in practice* 13(4), 323-327.
- Jiménez, C., Navia-Osorio, P. M. y Díaz, C. V. (2010). Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 442-455.
- Johnstone, M. J., Kanitsaki, O., y Currie, T. (2008). The nature and implications of support in graduate nurse transition programs: An Australian study. *Journal of Professional Nursing*, 24(1), 46-53.
- Jonsén, E., Melender, H. L., y Hilli, Y. (2013). Finnish and Swedish nursing students' experiences of their first clinical practice placement—A qualitative study. *Nurse education today*, 33(3), 297-302.
- Juanola Pagés, M., Blanco Sánchez, R., Cónsul Gribet, M., y Zapico Yáñez, F. (1998). Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (II). *Atención primaria de salud. Enferm Clín*, 7(1), 16-24.
- Kapborg, I. D. y Fischbein, S. (1998). Nurse education and professional work: transition problems? *Nurse Education Today*, 18(2), 165-171.
- Karen Goh, B. N., MNS, R., RM, M. y Watt, E. (2003). From 'dependent on' to 'depended on': the experience of transition from student to registered nurse in a private hospital graduate program. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 14.

- Kelly, B. (1996). Hospital nursing: It's a battle! A follow-up study of English graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 1063-1069.
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1134-1145.
- Kelly, J., y Ahern, K. (2008). Preparing nurses for practice a phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 910-918.
- Kempfer, S. S. y Carraro, T. E. (2012). Ser alumno de enfermería y la experiencia del cuidado: revisión integrativa. *Cultura de los cuidados*, 16(33), 75-80.
- Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H., y Sluiter, J. K. (2015). Exploring novice nurses' needs regarding their work-related health: a qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*, 88(7), 953-962.
- Khankeh, H., Khorasani-Zavareh, D., Hoseini, S. A., Khodai-Ardekandi, M. R., Ekman, S. L., Bohm, K., ... y Castrén, M. (2014). The journey between ideal and real: Experiences of beginners psychiatric nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(4), 396.
- Klein, G. S. (2009). Beyond orientation: Developing and retaining new graduate nurses. *Nursing Management*, 40(1), 10-13.
- Kottak, C.P. (2011). *Antropología Cultural*. México DF: McGraw Hill.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis: Mosby.
- Kumaran, S., y Carney, M. (2014). Role transition from student nurse to staff nurse: Facilitating the transition period. *Nurse education in practice*, 14(6), 605-611.
- Lapeña Moñux, Y. R. (2012). *Estudio fenomenológico de las relaciones interpersonales laborales: la mirada del personal de enfermería de las diferentes unidades del Hospital General Santa Bárbara de Soria* (Tesis doctoral). Departamento de enfermería. Universidad de Alicante.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J., y Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527-545.
- Lavoie-Tremblay M., Fernet C., Lavigne G.L. y Austin S. (2016) Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582-592.
- Leducq, M., Walsh, P., Hinsliff-Smith, K., y McGarry, J. (2012). A key transition for student nurses: The first placement experience. *Nurse education today*, 32(7), 779-781.
- Lee, H. Y., Hsu, M. T., Li, P. L., y Sloan, R. S. (2013). 'Struggling to be an insider': a phenomenological design of new nurses' transition. *Journal of clinical nursing*, 22(5-6), 789-797.
- Levett-Jones, T., y Lapkin, S. (2014). A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse education today*, 34(6), e58-e63.
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., Hasselhorn, H. M., y European NEXT Study group. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession—prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International journal of nursing studies*, 48(5), 628-635.
- Liaw, S. Y., Koh, Y., Dawood, R., Kowitlawakul, Y., Zhou, W., y Lau, S. T. (2014). Easing student transition to graduate nurse: A Simulated Professional Learning Environment (SIMPLE) for final year student nurses. *Nurse education today*, 34(3), 349-355.
- Lleixá Fortuño, M., Gisbert Cervera, M., Marqués Molías, L., y Albacar Riobóo, N. (2009). La inserción laboral de los profesionales de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 32(9), 566-570.
- Lleixá Fortuño, M., Gisbert Cervera, M., Marqués Molías, L., Albacar Riobóo, N. y Monteso Curto, P. (2010). ¿Qué piensan los futuros profesionales de enfermería sobre la inserción laboral? *Metas De Enfermería*, 13(6), 56-60.

- Lleixá Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marques Molias L, Albacar Rioboo N, Monteso Curto P y Ferre Grau C. (2010). Experiencia de inserción laboral de los profesionales de Enfermería noveles. *Metas de Enfermería*, 13(4), 64-69.
- Lleixá Fortuño, M., Gisbert-Cervera, M., Marqués-Molías, L., Vidal, C. E., Martínez, J. G., y Riobóo, N. A. (2013). Tutoría virtual para profesionales de enfermería noveles. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 16(1), 199-215.
- López-Medina, I. M. y Sánchez-Criado, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 15(6), 307-313.
- Maben, J., y Clark, J. M. (1998). Project 2000 diplomates' perceptions of their experiences of transition from student to staff nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 145-153.
- Maguire, D. (2013). Progressive learning: structured induction for the novice nurse. *British Journal of Nursing*, 22(11), 645-649.
- Malouf, N. y West, S. (2011). Fitting in: a pervasive new graduate nurse need. *Nurse Education Today*, 31(5), 488-493.
- Marcos, A. P., Colón, J. Z., Gutiérrez, M. R., y Santos, A. M. P. (2014). *Investigación cualitativa*. Elsevier España.
- Marsh, V. (2015). Mentoring the novice OR nurse. *AORN Journal*, 102(2), 12-13. doi:10.1016/S0001-2092(15)00619-5
- McKenna, L. G., y Green, C. (2004). Experiences and learning during a graduate nurse program an examination using a focus group approach. *Nurse Education in Practice*, 4(4), 258.
- McGrath, M., Lyng, C., y Hourican, S. (2012). From the simulation lab to the ward: preparing 4th year nursing students for the role of staff nurse. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(7), e265-e272.
- Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería* (Vol. 88). Edicions Universitat Barcelona.
- Medina, J. L., Backes, V. N. M. S., Prado, M. L. D., y Sandin, M. P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto and Contexto Enfermagem*, 19(4), 609.
- Meissner, J. E. (1986). Nurses: Are we eating our young? *Nursing*, 16(3), 51-53.
- Meissner, J. E. (1999). Nurses are we still eating our young? *Nursing* 99, 29(2), 42-49.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., y Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Melincavage, S. M. (2011). Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse education today*, 31(8), 785-789.
- Mellor, P., y Greenhill, J. (2014). A patient safety focused registered nurse transition to practice program. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 47(1/2), 51.
- Meyer, T., y Xu, Y. (2005). Academic and clinical dissonance in nursing education: Are we guilty of failure to rescue? *Nurse Educator*, 30(2), 76-79.
- Milton-Wildey, K., Kenny, P., Parmenter, G., y Hall, J. (2014). Educational preparation for clinical nursing: The satisfaction of students and new graduates from two Australian universities. *Nurse education today*, 34(4), 648-654.
- Montesinos, M. J. L. y Gago Velasco, M. M. (2013). Evaluación del nivel de ansiedad de los estudiantes de 4º grado de enfermería ante la incertidumbre de su futuro profesional. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 2(02).
- Mooney, M. (2007). Facing registration: the expectations and the unexpected. *Nurse education today*, 27(8), 840-847.

- Morales, E. G. (2014). Lived experience of Hispanic new graduate nurses—a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1292-1299.
- Morrow, S. (2009). New graduate transitions: leaving the nest, joining the flight. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 278-287.
- Muller, J-C. (2008). Rito de paso. En P. Bonte y M. Izard, *Diccionario de Etnología y Antropología* (pp. 642). Madrid: Ed. Akal.
- Nash, R., Lemcke, P., y Sacre, S. (2009). Enhancing transition: An enhanced model of clinical placement for final year nursing students. *Nurse Education Today*, 29(1), 48-56.
- Newton, J. M., y McKenna, L. (2007). The transitional journey through the graduate year. A focus group study. *International journal of nursing studies*, 44(7), 1231-1237.
- Oberg, K. (2006). Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments1. *Curare*, 29(2), 3.
- Oermann, M. H., y Moffitt-Wolf, A. (1996). New graduates' perceptions of clinical practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(1), 20-5.
- O'Shea, M. y Kelly, B. (2007). The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1534-1542.
- Ostini, F., y Bonner, A. (2012). Australian new graduate experiences during their transition program in a rural/regional acute care setting. *Contemporary nurse*, 41(2), 242-252.
- Patterson, B., Bayley, E. W., Burnell, K., y Rhoads, J. (2010). Orientation to emergency nursing: perceptions of new graduate nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 203-211.
- Pellico, L. H., Brewer, C. S. y Kovner, C. T. (2009). What newly licensed registered nurses have to say about their first experiences. *Nursing Outlook*, 57(4), 194-203.
- Pennbrant, S., Nilsson, M. S., Öhlén, J., y Rudman, A. (2013). Mastering the professional role as a newly graduated registered nurse. *Nurse education today*, 33(7), 739-745.
- Pera i Fàbregas, I. (1998). La solitud del debutant. *Infermeria de Barcelona*, 14 (2).
- Proehl, J. A. (2002). Developing emergency nursing competence. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 89-96.
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña* (Tesis Doctoral). Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona.
- Ramírez, A. V., Angelo, M. y González, L. A. M. (2011). Vivencia de estudiantes de enfermería de la transición a la práctica profesional: Un enfoque fenomenológico social. *Texto y Contexto Enfermagem*, 20, 66-73.
- Rhead, M. M. (1995). Stress among student nurses: is it practical or academic? *Journal of clinical nursing*, 4(6), 369-376.
- Ríos Rísquez, M.I., Carrillo García, C., Sabuco Tébar, E.A. y Gómez García, C.I. (2013). Agotamiento emocional y síntomas de malestar psíquico en alumnos de enfermería. *ALADEFE*, 3(4), 7-13.
- Robinson, N. K., y Patrick, G. J. (2012). Eating Our Young Should Not Be Acceptable: Are You Laterally Violent? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(s1), S82-S82.
- Robitaille, P. (2013). Preceptor-Based Orientation Programs for New Nurse Graduates. *AORN Journal*, 98(5), C7-C8.
- Romyn, D. M., Linton, N., Giblin, C., Hendrickson, B., Houger Limacher, L., Murray, C., et al. (2009). Successful transition of the new graduate nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1).

- Ross, H. y Clifford, K. (2002). Research as a catalyst for change the transition from student to registered nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), 545-553.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., y Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 50(3), 345-356.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., y Janke, R. (2014). New graduate nurse transition programs: Relationships with bullying and access to support. *Contemporary nurse*, 48(2), 219-228.
- Saghafi, F. (2014). *The journey from new graduate to proficient nurse in the Intensive Care Unit: A descriptive phenomenological study* (Doctoral dissertation). Australian Catholic University.
- Saghafi, F., Hardy, J., y Hillege, S. (2012). New graduate nurses' experiences of interactions in the critical care unit. *Contemporary nurse*, 42(1), 20-27.
- Saintsing, D., Gibson, L. M., y Pennington, A. W. (2011). The novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 354-359.
- Sánchez, T. L., Cabrera, M. L. A., y Doctor, M. P. (2012). Elaboración de un plan de acogida a los profesionales de nueva incorporación en la unidad de pacientes renales hospitalizados. *Enfermería Nefrológica*, 15 Suppl (1), 163-180.
- Santucci, J. (2004). Facilitating the transition into nursing practice: concepts and strategies for mentoring new graduates. *Journal for Nurses in Professional Development*, 20(6), 274-284.
- Schoessler, M., y Waldo, M. (2006). The first 18 months in practice: a developmental transition model for the newly graduated nurse. *Journal for Nurses in Professional Development*, 22(2), 47-52.
- Scott, E. S., Keehner Engelke, M. y Swanson, M. (2008). New graduate nurse transitioning: Necessary or nice? *Applied Nursing Research*, 21(2), 75-83.
- Sennett, R. (2009). *El artesano*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Spence Laschinger, H. K., Wong, C. A. y Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1266-1276.
- Stacey, G., y Hardy, P. (2011). Challenging the shock of reality through digital storytelling. *Nurse education in practice*, 11(2), 159-164.
- Suresh, P., Matthews, A. y Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment: a comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 770-779. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04145.x.
- Takase, M., Nakayoshi, Y., y Teraoka, S. (2012). Graduate nurses' perceptions of mismatches between themselves and their jobs and association with intent to leave employment: a longitudinal survey. *International journal of nursing studies*, 49(12), 1521-1530.
- Tastan, S., Unver, V. y Hatipoglu, S. (2013). An analysis of the factors affecting the transition period to professional roles for newly graduated nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 60 (3), 405-412.
- Tena García, B. y Feito Álvarez, I. (2008). Experiencia de una joven enfermera ante su primer contrato laboral. *Metas de Enfermería*, 11(5): 76-77.
- Thomka, L.A. (2001). Graduate nurses' experiences of interactions with professional nursing staff during transition to the professional role. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(1), 15-19.
- Thrysoe, L., Hounsgaard, L., Dohn, N. B. y Wagner, L. (2012). Newly qualified nurses—Experiences of interaction with members of a community of practice. *Nurse education today*, 32(5), 551-555.
- Tomás Lizcano, A., Caravaca Alcaraz, B., Rodríguez Molina, F. J., Arias Estero, J., Candel Rubio, C., Rodríguez Molina, A., y Salmerón Aroca, J. A. (2004). Programa de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación y alumnos en prácticas en la fundación hospital de Cieza. *Enfermería Global*, 3(1).

Tradewell, G. (1996). Rites of Passage Adaptation of Nursing Graduates to a Hospital Setting. *Journal for Nurses in Professional Development*, 12(4), 183-190.

Twigg, D., y McCullough, K. (2014). Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International journal of nursing studies*, 51(1), 85-92.

Valdez, A. M. (2008). Transitioning from novice to competent: what can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting? *Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 435-440.

Van Genep, A. (1986). *Los ritos de paso*. Aranzadi. Madrid: Ed. Taurus.

Vargas, F. A. K. (2006). *Ser Enfermero por Primera Vez*. (Memoria de licenciatura). Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Universidad Austral de Chile.

Vila Gangoells, M., y Escayola Maranges, A. M. (2001). Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Metas de Enfermería*, (40) 1, 25-31.

Vogelpohl, D. A., Rice, S. K., Edwards, M. E. y Bork, C. E. (2013). New graduate nurses' perception of the workplace: have they experienced bullying? *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 414-422.

Walker, A., y Campbell, K. (2013). Work readiness of graduate nurses and the impact on job satisfaction, work engagement and intention to remain. *Nurse education today*, 33(12), 1490-1495.

Walker, A., Earl, C., Costa, B., y Cuddihy, L. (2013). Graduate nurses' transition and integration into the workplace: A qualitative comparison of graduate nurses' and Nurse Unit Managers' perspectives. *Nurse education today*, 33(3), 291-296.

Wangensteen, S., Johansson, I. S., y Nordström, G. (2008). The first year as a graduate nurse—an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1877-1885.

Winslow, S., Almarode, M., Cottingham, S., Lowry, K., y Walker, K. (2009). New graduates in the emergency department: could you, would you, should you? *Journal of Emergency Nursing*, 35(6), 521-524.

Wu, X. V., Enskär, K., Lee, C. C. S., y Wang, W. (2015). A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 35(2), 347-359.

Wu, T. Y., Fox, D. P., Stokes, C. y Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse education today*, 32(6), 669-674.

Xanthakou, M. (2008). Marginalidad. En P. Bonte y M. Izard, *Diccionario de Etnología y Antropología* (pp. 459). Madrid: Ed. Akal.

Zerwekh, J., y Claborn, J. C. (1997). Reality shock. *Nursing Today: Transitions and Trends*. Ed: Philadelphia Saunders (Segunda edición), pp: 1-28.

Zinsmeister, L. B., y Schafer, D. (2009). The exploration of the lived experience of the graduate nurse making the transition to registered nurse during the first year of practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 25(1), 28-34.

ANEXOS

ANEXO I

NÚMERO DE ENFERMERAS EGRESADAS ENTRE LOS AÑOS 2009 Y 2014
EN LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
(SANTA CRUZ DE TENERIFE)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Diplomados en Enfermería. ULL. Tenerife	100	107	111	16	3	-
Diplomados en Enfermería. Ntra. Sra. de Candelaria (Escuela adscrita)	59	62	74	4	-	-
Graduados en Enfermería. ULL. Tenerife	-	-	-	-	82	98
Graduados en Enfermería. Ntra. Sra. Candelaria	-	-	-	-	53	59

Fuente Universidad de La Laguna. Elaboración propia.

ANEXO II

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INDIVIDUAL

1. ¿Cómo vives el paso de estudiante a profesional?
2. ¿Percibiste algún contraste o choque al comenzar a trabajar con las ideas que tenías de la profesión durante la carrera?
3. ¿Cuáles fueron tus temores los primeros seis meses?
4. ¿Te sentías preparada?
5. ¿Qué sensaciones experimentabas?
6. ¿Qué supone para ti el ser consciente de la responsabilidad que llevas?
7. ¿En qué aspectos te sigues sintiendo insegura?
8. ¿Qué supone para ti cometer un posible error?
9. ¿Cómo es tu adaptación a tu entorno de trabajo? Cuéntanos.
10. ¿Cómo te sientes en ese ambiente?
11. ¿Cómo es la experiencia de encajar en el nuevo grupo de trabajo?
12. ¿Te sientes sola en tu trabajo?
13. ¿Crees que hubiese sido beneficioso un período de acogida en tu primer trabajo?
14. ¿En qué unidades o servicios te sentiste más insegura? ¿Por qué?
15. ¿Tuviste miedo al comenzar a trabajar en un servicio en particular?
16. ¿Sentiste diferencias al incorporarte a trabajar en una planta de hospitalización, a un servicio especial o a atención primaria?
17. ¿Qué crees que se puede hacer por parte de las instituciones para mejorar la acogida de los nuevos profesionales en base a tu experiencia?

ANEXO III

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE GRUPO FOCAL DE EXPERTOS (I)

1. Desde su experiencia, ¿Creen que una enfermera sale bien preparada para la práctica profesional?
2. ¿Los planes de estudio que hemos tenido preparan adecuadamente a las enfermeras?
3. ¿El sistema de contratación de las enfermeras creen que es el más adecuado?
4. ¿Ven posible la mejora de la incorporación laboral de las enfermeras noveles? ¿Qué alternativas proponen para su mejor adecuación?
5. ¿Cuáles creen que son los principales problemas a los que tiene que hacer frente una nueva enfermera?

ANEXO IV

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE GRUPO FOCAL DE ENFERMERAS (II)

1. ¿Cómo se vive el paso de estudiante a profesional?
2. ¿Cómo viven el temor al error, la inseguridad y la responsabilidad?
3. ¿Se sienten preparados?
4. ¿Qué se podría mejorar en la formación para salir mejor preparados?
5. ¿Desde su propia vivencia, cuáles son los servicios especiales más duros para empezar?
6. ¿Qué se puede hacer por parte de las instituciones para mejorar la incorporación laboral?

ANEXO V

PLANES DE ESTUDIO DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA Y DE GRADUADO EN ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

1. ¿Cómo se vive el paso de estudiante a profesional?
2. ¿Cómo viven el temor al error, la inseguridad y la responsabilidad?
3. ¿Se sienten preparados?
4. ¿Qué se podría mejorar en la formación para salir mejor preparados?
5. ¿Desde su propia vivencia, cuáles son los servicios especiales más duros para empezar?
6. ¿Qué se puede hacer por parte de las instituciones para mejorar la incorporación laboral?

	DIPLOMADO EN ENFERMERÍA (1979)	GRADUADO EN ENFERMERÍA (2010)
Primer curso	Anatomía y Fisiología Biofísica y Bioquímica Enfermería Fundamental Ciencias de la Conducta (I) Inglés (I)	Fisiología y Fisiopatología Investigación y Enfermería Basada en la Evidencia Anatomía Humana e Histología Bioquímica y Nutrición Antropología de los Cuidados y Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería I Física Aplicada a Ciencias de la Enfermería Inglés para Ciencias de la Salud Educación para la Salud, Enfermería Comunitaria y Salud Pública I Prácticas Clínica I
Segundo curso	Ética profesional Enfermería Médico-Quirúrgica (I) y Anatomía Patológica Enfermería Materno-Infantil Ciencias de la Conducta (II) Inglés (II) Farmacología Clínica (I) y Dietética Salud Pública (I)	Enfermería Clínica I – Enfermería Gerontogeriatrica Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica Farmacología y Dietética Gestión de los Servicios de Enfermería, Ética y Legislación Sanitaria Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería II Enfermería Comunitaria y Salud Pública II Enfermería Clínica II Prácticas Clínicas II

<p>Tercer curso</p>	<p>Bioestadística Enfermería Médico-Quirúrgica (II) Enfermería Geriátrica Enfermería Psiquiátrica Salud Pública (II) Farmacología Clínica (II) y Terapéutica Administración y Legislación Ciencias de la Conducta (III) Inglés (III)</p>	<p>Enfermería de la Mujer – Enfermería de la Infancia y Adolescencia Enfermería Clínica Avanzada I. Atención de Enfermería en Cuidados Críticos Prácticas Clínicas III Prácticas Clínicas IV Enfermería Clínica Avanzada II. Atención de Enfermería en Urgencias/Emergencias Sanitarias y Catástrofes Inglés Aplicado a la Comunicación en las Ciencias de la Salud: Enfermería (opcional) Habilidades Interpersonales para la Competencia Social (opcional) Procesos Psicosociales Aplicados a la Enfermería (opcional) Enfermería en Quirófano (opcional)</p>
<p>Cuarto curso</p>		<p>Prácticum Trabajo de Fin de Grado</p>

Fuente Universidad de La Laguna. Elaboración propia.

ANEXO VI

RESOLUCIÓN DE 30 DE ABRIL DE 2010, DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, POR LA QUE SE PUBLICA EL PLAN DE ESTUDIOS DE GRADUADO EN ENFERMERÍA (BOE DE 24 DE JUNIO DE 2010)



III. OTRAS DISPOSICIONES

UNIVERSIDADES

10081 *Resolución de 30 de abril de 2010, de la Universidad de La Laguna, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería.*

Obtenida la verificación del plan de estudios por el Consejo de Universidades, previo informe positivo de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, y acordado el carácter oficial del título por Acuerdo del Consejo de Ministros 9 de octubre de 2009 (publicado en el BOE de 25 de noviembre de 2009, por Resolución de la Secretaría de General de Universidades de 28 de octubre de 2009) este Rectorado ha resuelto publicar el plan de estudios conducente a la obtención del título de Graduado o Graduada en Enfermería por la Universidad de La Laguna.

La Laguna, 30 de abril de 2010.—El Rector, Eduardo Doménech Martínez.

**GRADUADO EN
ENFERMERÍA
POR LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

5. PLANIFICACIÓN DE LAS ENSEÑANZAS

5.1. Estructura de las enseñanzas

Tipo de materia	Créditos
Formación Básica	69
Obligatorias	60
Optativas	12
Prácticas clínicas obligatorias	93
Trabajo fin de grado	6
CRÉDITOS TOTALES	240

MÓDULO DE FORMACIÓN BÁSICA (69 ECTS)		
Asignatura	Carácter	ECTS
Fisiología	FB	9
Anatomía Humana e Histología	FB	6
Bioquímica y Nutrición	FB	6
Investigación y Enfermería Basada en la Evidencia	FB	9
Física Aplicada a la Ciencia de la Enfermería	FB	6
Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica	FB	9
Farmacología y Dietética	FB	6
Antropología de los cuidados - Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería I	FB	6
Educación para la Salud, y Enfermería Comunitaria y Salud Pública I	FB	6
Inglés para Ciencias de la Salud: Enfermería	FB	6

cve: BOE-A-2010-10861

MÓDULO DE FORMACIÓN BÁSICA (69 ECTS)		
Asignatura	Carácter	ECTS
Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería II	OB	9
Gestión de los Servicios de Enfermería. Ética y Legislación Sanitaria	OB	9
Enfermería Clínica I -Enfermería Gerontogerátrica	OB	6
Enfermería Clínica II	OB	9
Enfermería Clínica Avanzada I. Atención de Enfermería en cuidados críticos	OB	6
Enfermería Clínica Avanzada II. Atención de Enfermería en Urgencias/ Emergencias Sanitarias y en Catástrofes	OB	6
Enfermería Comunitaria y Salud Pública II	OB	6
Enfermería de la mujer - Enfermería de la infancia y adolescencia	OB	9

MÓDULO DE FORMACIÓN DE PRÁCTICAS TUTELADAS Y TRABAJO FIN DE GRADO (99 ECTS)		
Asignatura	Carácter	ECTS
Prácticas Clínicas I	OB	6
Prácticas Clínicas II	OB	6
Prácticas Clínicas III	OB	9
Prácticas Clínicas IV	OB	18
Practicum	OB	54
Trabajo fin de Grado	OB	6

MÓDULO DE FORMACIÓN OPTATIVA (MÍNIMO 12 ECTS)		
Asignatura	Carácter	ECTS
Inglés Aplicado a la comunicación en las ciencias de la salud: Enfermería	OP	6
Habilidad interpersonales para la competencia social	OP	6
Procesos Psicosociales aplicados a Enfermería	OP	6
Enfermería en quirófano	OP	6

MÓDULO DE FORMACIÓN BÁSICA (69 ECTS)		
Asignatura	Carácter	ECTS
Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería II	OB	9
Gestión de los Servicios de Enfermería. Ética y Legislación Sanitaria	OB	9
Enfermería Clínica I -Enfermería Gerontogerátrica	OB	6
Enfermería Clínica II	OB	9
Enfermería Clínica Avanzada I. Atención de Enfermería en cuidados críticos	OB	6
Enfermería Clínica Avanzada II. Atención de Enfermería en Urgencias/ Emergencias Sanitarias y en Catástrofes	OB	6
Enfermería Comunitaria y Salud Pública II	OB	6
Enfermería de la mujer - Enfermería de la infancia y adolescencia	OB	9

MÓDULO DE FORMACIÓN DE PRÁCTICAS TUTELADAS Y TRABAJO FIN DE GRADO (99 ECTS)		
Asignatura	Carácter	ECTS
Prácticas Clínicas I	OB	6
Prácticas Clínicas II	OB	6
Prácticas Clínicas III	OB	9
Prácticas Clínicas IV	OB	18
Practicum	OB	54
Trabajo fin de Grado	OB	6

MÓDULO DE FORMACIÓN OPTATIVA (MÍNIMO 12 ECTS)		
Asignatura	Carácter	ECTS
Inglés Aplicado a la comunicación en las ciencias de la salud: Enfermería	OP	6
Habilidad interpersonales para la competencia social	OP	6
Procesos Psicosociales aplicados a Enfermería	OP	6
Enfermería en quirófano	OP	6

ANEXO VII

ORDEN MINISTERIAL DE 4 DE JUNIO DE 1979
(BOE N° 189, DE 8 DE AGOSTO PÁG. 18680)

III. OTRAS DISPOSICIONES

UNIVERSIDADES

19041 Resolución de 22 de noviembre de 2010, de la Universidad de La Laguna, por la que se corrigen errores en la de 30 de abril de 2010, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería.

Advertidos errores en el anexo a la Resolución de 30 de abril de 2010 (BOE n.º 153 de 24 de junio de 2010) que dispone la publicación del plan de estudios conducente a la obtención del título de Graduado o Graduada en Enfermería por la Universidad de La Laguna, este Rectorado ha resuelto publicar la subsanación de dichos errores en el anexo adjunto, que modifica el de la Resolución anterior.

La Laguna, 22 de noviembre de 2010.–El Rector, Eduardo Doménech Martínez.

Graduado o Graduada en Enfermería por la Universidad de La Laguna

5. Planificación de las enseñanzas

5.1 Estructura de las enseñanzas.

Tipo de materia	Créditos
Formación Básica.....	69
Obligatorias	60
Optativas	12
Prácticas clínicas obligatorias	93
Trabajo fin de grado	6
Créditos totales	240

Módulo de formación básica (69 ECTS)

Asignatura	Carácter	ECTS
Fisiología y Fisiopatología	FB	9
Anatomía Humana e Histología	FB	6
Bioquímica y Nutrición	FB	6
Investigación y Enfermería Basada en la Evidencia	FB	9
Física Aplicada a la Ciencia de la Enfermería	FB	6
Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica	FB	9
Farmacología y Dietética	FB	6
Antropología de los cuidados – Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería I	FB	6
Educación para la Salud, y Enfermería Comunitaria y Salud Pública I	FB	6
Inglés para Ciencias de la Salud: Enfermería	FB	6

Módulo de formación obligatoria (60 ECTS)

Asignatura	Carácter	ECTS
Bases Teóricas y Metodológicas de la Enfermería II	OB	9
Gestión de los Servicios de Enfermería. Ética y Legislación Sanitaria	OB	9
Enfermería Clínica I - Enfermería Gerontogeriátrica	OB	6

Asignaturas	Créditos /Curso							
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	5ºS	6ºS	7ºS	8ºS
Enfermería Comunitaria y Salud Pública II.				6				
Enfermería Clínica II.				9				
Prácticas Clínicas II.				6				
Tercer curso								
Enfermería de la Mujer – Enfermería de la Infancia y Adolescencia.					9			
Enfermería Clínica Avanzada I. Atención de Enfermería en Cuidados Críticos.					6			
Prácticas Clínicas III.					9			
Prácticas Clínicas IV.							18	
Enfermería Clínica Avanzada II. Atención de Enfermería en Urgencias/Emergencias Sanitarias y en Catástrofes.							6	

Asignaturas	Créditos /curso							
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	5ºS	6ºS	7ºS	8ºS
Optativa 1.					6			
Optativa 2.						6		
Cuarto curso								
Practicum.							30	24
Trabajo fin de grado.								6
Total/Semestre.	30	30	30	30	30	30	30	30
Total/Curso.	60		60		60		60	
Total plan estudios.	240							

ANEXO VIII

ORDEN MINISTERIAL DE 4 DE JUNIO DE 1979
(BOE N° 189, DE 8 DE AGOSTO PÁG. 18680)

19627 RESOLUCION de la Dirección General del Patrimonio Artístico, Archivos y Museos por la que se acuerda tener por incoado expediente de declaración de monumento histórico-artístico, de interés local, a favor del puente de Cordovilla la Real (Palencia).

Vista la propuesta formulada por los Servicios Técnicos correspondientes, Esta Dirección General ha acordado:

Primero.—Tener por incoado expediente de declaración de monumento histórico-artístico, de interés local, a favor del puente de Cordovilla la Real (Palencia).

Segundo.—Continuar la tramitación del expediente, de acuerdo con las disposiciones en vigor.

Tercero.—Hacer saber al Ayuntamiento de Cordovilla la Real que, según lo dispuesto en los artículos 17 de la Ley de 18 de mayo de 1933 y 6º del Decreto de 22 de julio de 1928, todas las obras que hayan de realizarse en el monumento cuya declaración se pretende, o en su entorno propio, no podrán llevarse a cabo sin aprobación previa del proyecto correspondiente por esta Dirección General.

Cuarto.—Que el presente acuerdo se publique en el Boletín Oficial del Estado.

Lo que se hace público a los efectos oportunos. Madrid, 2 de julio de 1979.—El Director general Javier Tusell Gómez.

MINISTERIO DE ADMINISTRACION TERRITORIAL

19628 RESOLUCION de la Dirección General de Administración Local por la que se clasifica la Secretaría del Ayuntamiento de Lequeitio (Vizcaya).

Visto el expediente instruido para la clasificación de la Secretaría del Ayuntamiento de Lequeitio (Vizcaya) y que el censo de la población del Municipio, referida al 31 de diciembre de 1975, rebasa los 5.000 habitantes, de conformidad con los artículos 74.3 en relación con la disposición transitoria segunda número 3, y en virtud de la facultad que le concede el 71.1., todos del Real Decreto 3046/1977, de 6 de octubre, Esta Dirección General ha resuelto:

Primero.—Clasificar la Secretaría del Ayuntamiento de Lequeitio (Vizcaya) en 2.ª categoría, clase sexta.

Segundo.—Los efectos de esta Resolución se retrotraen al día siguiente de la entrada en vigor del Real Decreto 3046/1977, de 6 de octubre.

Lo que se hace público para general conocimiento. Madrid, 28 de junio de 1979.—El Director general, Vicente Capdeville Cardona.

MINISTERIO DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACION

19629 ORDEN de 4 de junio de 1979 por la que se aprueba el plan de estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería, dependiente de la Universidad de La Laguna.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente incoado a instancia del excelentísimo señor Rector magnífico de la Universidad de La Laguna, para implantación del plan de estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería, dependiente de la mencionada Universidad;

Considerando que se han cumplido las prescripciones contenidas en la Orden ministerial de 31 de octubre de 1977, (Boletín Oficial del Estado) de 28 de noviembre, por la que se dictan directrices para la elaboración de planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, en su virtud, y en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa, y con el informe favorable de la Junta Nacional de Universidades.

Este Ministerio ha dispuesto:

Primero.—Se aprueba el plan de estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería, dependiente de la Universidad de La Laguna, que quedará estructurado conforme figura en el anexo de la presente Orden.

Segundo.—El plan tendrá carácter provisional y experimental.

Lo que comunico a V. I.

Dios guarde a V. I.

Madrid, 4 de junio de 1979.—P. D., el Subsecretario, Manuel Cobo del Rosal.

Ilmo. Sr. Director general de Ordenación Académica y Profesorado.

ANEXO QUE SE CITA

	Total horas teóricas
Primer curso:	
Biología y Bioquímica (Cuatrimestral)	128
Anatomía y Fisiología (Anual)	165
Ciencias de la conducta I (Cuatrimestral)	64
Enfermería fundamental (Anual)	164
Inglés (Anual)	36
Total	568
Segundo curso:	
Farmacología clínica y dietética (Anual)	99
Ciencias de la conducta II (Cuatrimestral)	64
Enfermería médico-quirúrgica I y Anatomía patológica general (Anual)	165
Enfermería materno-infantil (Cuatrimestral)	128
Salud pública I (Anual)	65
Ética profesional (I) (Anual)	33
Inglés (I) (Anual)	33
Total	568
Tercer curso:	
Farmacología clínica y terapéutica (Anual)	66
Ciencias de la conducta III (Cuatrimestral)	64
Enfermería médico-quirúrgica II (Anual)	165
Enfermería pediátrica (Cuatrimestral)	64
Enfermería geriátrica (Cuatrimestral)	64
Salud pública II (Anual)	66
Biostatística (Cuatrimestral)	32
Administración y legislación (Cuatrimestral)	32
Inglés III (I) (Anual)	33
Total	568

Observaciones generales:

Primero.—El número total de horas semanales de clases teóricas se completará con el de teórico-prácticas, seminarios y prácticas hospitalarias, hasta alcanzar las 4.600 horas que se establecen en la Orden ministerial 28.232/1977, de 31 de octubre de 1977.

Segundo.—Los alumnos podrán optar hasta un máximo de cuatro asignaturas, una por curso, entre las siguientes disciplinas optativas:

Ética profesional.

- Microbiología.
- Enfermería laboral y deportiva.
- Técnicas complementarias en clínicas.

(I) Asignatura optativa.

El Inglés se le ha dado una duración en razón de su permanencia en los tres años.

