

# La experiencia de las enfermeras “de apoyo” en un hospital español: estudio cualitativo fenomenológico

A EXPERIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS DE TURNO NUM HOSPITAL ESPANHOL: ESTUDO QUALITATIVO-FENOMENOLÓGICO

SUPPLEMENTAL NURSING STAFF'S EXPERIENCES AT A SPANISH HOSPITAL: QUALITATIVE PHENOMENOLOGY RESEARCH

Yolanda Raquel Lapeña-Moñux<sup>1</sup>, Luis Cibanal-Juan<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Isabel Orts-Cortés<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Loreto Maciá-Soler<sup>4</sup>, Domingo Palacios-Ceña<sup>5</sup>

## RESUMEN

El propósito de este estudio es describir la experiencia de las enfermeras “de apoyo” en las diferentes unidades de hospitalización. Seguimos un enfoque fenomenológico cualitativo. Realizamos un muestreo por propósito y teórico de dicho personal del Hospital Santa Bárbara de Soria (España), con el fin de obtener una comprensión más profunda del fenómeno. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas en profundidad y diario de campo. Los datos fueron analizados usando la propuesta de Giorgi. Veintiuna enfermeras “de apoyo” con una media de edad de 46 años fueron incluidos. Tres temas principales que describen la experiencia de los enfermeros emergieron de los datos: construyendo el primer contacto, buscando un hueco y estableciendo relaciones interprofesionales/interpersonales. Concluimos que la experiencia de acoger dichas enfermeras en entornos clínicos cambiantes esta condicionada por diferentes factores. Es preciso establecer objetivos claros respecto al rol de las mismas en las unidades por enfermeras y gestores.

## DESCRIPTORES

Enfermería  
Enfermeras volantes  
Organización hospitalaria  
Hospitales  
Investigación cualitativa

## RESUMO

O propósito deste estudo é descrever a experiência das enfermeiras de turno nas diferentes unidades hospitalares. Seguiu-se um enfoque fenomenológico e qualitativo. Realizamos uma amostragem teórica com o pessoal de enfermagem de turno do Hospital Santa Bárbara de Soria (Espanha), com a finalidade de obter uma compreensão mais profunda do fenômeno. Os dados foram coletados a través de entrevistas e de diário de campo. Os dados foram analisados usando a proposta de Giorgi. 21 enfermeiros de turno com uma média de idade de 46 anos foram incluídos. Três temas principais, que descrevem a experiência das enfermeiras, emergiram dos dados: construindo o primeiro contato, buscando um espaço e estabelecendo relações interprofissionais/interpessoais. Concluimos que a experiência de acolher as enfermeiras de turno em ambientes clínicos mutáveis está condicionada por diferentes fatores. É preciso estabelecer objetivos claros a respeito do papel das enfermeiras de turno nas unidades por parte de enfermeiras e gestores.

## DESCRITORES

Enfermagem  
Enfermeiras de turno  
Administração Hospitalar  
Hospitais  
Pesquisa Qualitativa

## ABSTRACT

The objective of this study was to describe the Supplemental Nursing Staff's experiences at different hospital units. A qualitative phenomenological approach was conducted; a purposeful and theoretical sampling was implemented with supplemental nursing staff at Santa Barbara Hospital of Soria (Spain), to gain a more in-depth understanding of the Supplemental Nursing Staff's experience. Data were collected by in-depth interviews and through a field notebook. Data were analyzed using the Giorgi proposal. Twenty-one nurses with a mean age of 46 years were included. Three main topics emerged from the data analysis: building the first contact, carving out a niche and establishing interprofessional/interpersonal relationships. We conclude that the experience of hosting the supplemental nursing staff in changing clinical environments is conditioned by various factors. It is necessary for nurses and hospital managers to establish clear objectives with regard to the supplemental nursing staff's role in the units.

## DESCRIPTORS

Nursing  
Supplemental Nursing Staff  
Organization and Administration hospital  
Hospitals  
Qualitative Research

<sup>1</sup> Doctora, Profesora Ayudante. Departamento de Enfermería. Universidad Jaime I, Castellón de la Plana, España. <sup>2</sup> Doctor, Profesor Catedrático. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, Alicante, España. <sup>3</sup> Doctora, Profesora y directora del Departamento de Enfermería. Universidad Jaime I, Castellón de la Plana, España. <sup>4</sup> Doctora, Profesora Titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, Alicante, España. <sup>5</sup> Doctor, Profesor titular interino. Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Doctor en Ciencias de la Salud.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los hospitales deben adaptarse a los cambios continuos que existen en la asistencia clínica diaria. Dentro de esos cambios surgen necesidades de cobertura de personal de enfermería por diversos motivos (ausencias de enfermeras permanentes (EP), sobrecarga de trabajo, etc.)<sup>(1,2)</sup>.

Los centros sanitarios deben prestar atención a la gestión de los recursos humanos, centrándose en las capacidades profesionales<sup>(3,4)</sup>, evitar el desajuste entre la formación recibida de las enfermeras y las competencias requeridas para el trabajo y fomentar la formación continuada postgrado de las enfermeras<sup>(5,6)</sup>.

La variabilidad en la dotación de personal de enfermería y las rotaciones laborales tienen serias implicaciones para la carga de trabajo, la calidad de la atención y aumento de los costes del cuidado<sup>(7)</sup>. Por lo que se debería mantener al mismo personal en las unidades para permitir la ganancia de experiencia y aprendizaje en la gestión del cuidado.

Existen estudios que describen cómo la rotación en el trabajo tiene efectos positivos: aprender nuevas habilidades y técnicas, eliminar las fatigas causadas por el trabajo rutinario, facilitar el conocimiento de otras unidades, mejorando en definitiva la satisfacción laboral y compromiso con la organización<sup>(2,8)</sup>.

Por otro lado, en España, el promedio de enfermeras por 1000 habitantes en hospitalización es de 5,28 muy por debajo de la media de los países de la OCDE (8'7)<sup>(9)</sup>. Esto significa que existe una baja cobertura de enfermería en los servicios de salud españoles, con el riesgo de presentar importantes repercusiones en la salud de la población a nivel de atención de enfermería en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia clínica en instituciones. Esta escasez de profesionales enfermeras es cubierta por enfermeras denominadas "de apoyo" (EA). Las EA pertenecen al mismo centro de trabajo, dependen de la Dirección de Enfermería (DE), no tienen una asignación fija de unidad y van rotando por las diferentes unidades del hospital en función de la organización del trabajo y suelen tener menor experiencia profesional pero similar formación<sup>(1,2)</sup>.

En USA, varios autores describen como las enfermeras supletorias son utilizadas para reforzar la dotación de per-

sonal a corto plazo y pueden pertenecer al mismo centro o a agencias externas<sup>(10)</sup>.

A nivel internacional, la mayoría de estudios realizados se centran en la evaluación de eventos adversos en la atención de pacientes asociada a la presencia de EA<sup>(1,2,10)</sup>. Así los hospitales con altas tasas de EA tienen peores resultados en salud (mayor número de caídas, reingresos, etc.) relacionado con su nivel educativo, pues la mayoría ostentan el título de Bachillerato<sup>(1)</sup>. De igual modo, otros autores describen como la cobertura de unidades por EA aumentaba el riesgo de infecciones nosocomiales en unidades quirúrgicas<sup>(2)</sup>.

En España este estudio es el primero que trata de conocer las vivencias y experiencias de las EV. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de las enfermeras "de apoyo" en un hospital Español.

## MÉTODO

**Diseño:** Se realizó una investigación cualitativa fenomenológica, mediante el análisis propuesto por Giorgi<sup>(11)</sup>. Los estudios cualitativos se utilizan para lograr una comprensión más profunda y encontrar explicaciones para el comportamiento de las personas en circunstancias específicas, como la enfermedad o la exclusión social<sup>(12)</sup>. La principal característica de la metodología cualitativa es que el investigador está íntimamente involucrado en la recolección y análisis de datos; la recolección de datos requiere que el investigador interactúe con los participantes en su contexto social, lo que permite un grado de influencia mutua. Los estudios fenomenológicos tienden a comprender cómo los individuos construyen su visión del mundo. Por lo tanto, el diseño cualitativo utiliza narraciones en primera persona de los participantes<sup>(11)</sup>.

**Estrategias de muestreo:** Realizamos una estrategia de muestreo en dos fases: la primera, consistió en un muestreo por propósito para recopilar información de las propias enfermeras realizado en diferentes unidades de hospitalización para potenciar la riqueza de las narraciones<sup>(13)</sup>. La segunda fase, consistió en un muestreo teórico con el fin de captar a las enfermeras restantes y obtener una comprensión más profunda de los aspectos específicos de la información recuperada durante la primera fase<sup>(12)</sup> (tabla 1)

Tabla 1 - Estrategias de muestreo y métodos de recolección de datos.

Fase	Estrategia muestreo	Participantes	Método recolección datos Tipo de entrevista	Numero de entrevistas	Contexto
1st	Propósito	1 – 11	En profundidad	5 enfermeros fueron entrevistados cara a cara dos veces 6 fueron entrevistadas una vez (cara a cara) (n = 16)	Santa Bárbara Hospital. Soria (Comunidad Autónoma de Castilla-y-León)
2nd	Teórico	12– 21	Semiestructuradas+ cuestiones guiadas	1 entrevista individual (n = 10)	

**Participantes:** Los criterios de inclusión consistieron en ser enfermeras del grupo “de apoyo” del Hospital Santa Bárbara, en la ciudad de Soria (Comunidad de Castilla-y-León) en España, estar trabajando en el hospital durante la realización del estudio, y haber pertenecido al grupo “de apoyo” durante al menos 1 año. Se incluyeron veintiún enfermeras con una edad media de 46 años. Ningún participante se retiró del estudio. Se siguieron incluyendo participantes en el estudio hasta que no se obtuvo ninguna información nueva. Las enfermeras no se excluyeron por características de género o el servicio en el que trabajaban.

**Procedimiento:** Los investigadores realizamos un primer contacto con las enfermeras a través de los supervisores de enfermería de cada unidad. Más adelante explicamos a las enfermeras, en un primer contacto cara a cara, el propósito y el diseño del estudio. A continuación, les dimos un período de tiempo de dos semanas para decidir si querían o no participar. En el segundo contacto cara a cara, se les pidió que dieran su consentimiento informado y el permiso para grabar las entrevistas. Después de esto, los datos se recogieron y se completó la entrevista.

**Recolección de datos:** los datos fueron recogidos durante un período de 1,5 años, desde Febrero de 2010 hasta junio de 2011. La metodología de recolección de datos siguió los métodos de muestreo como se indica en la Tabla 1. La primera fase consistió en entrevistas no estructuradas<sup>(14)</sup>, comenzando por el siguiente pregunta: ¿Cual es su experiencia de como EA?, cuyo objetivo era buscar temas emergentes y temas que podrían ser desarrollada durante la segunda fase del estudio. La segunda fase consistió en entrevistas semi-estructuradas en base a un guión de preguntas (Tabla 2), destinado a la obtención de más información sobre los temas y los subtemas de interés que se habían planteado en la primera ronda de entrevistas específicas. El guión de preguntas se desarrolló en base a los resultados obtenidos en la primera fase y tras la revisión bibliográfica. La guía consistió en preguntas semi-estructuradas para permitir a las enfermeras compartir sus propias experiencias. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente. Durante la entrevista, el investigador tomó notas de campo en las que incluyó la descripción del ambiente, la comunicación no verbal de las enfermeras, el uso de metáforas en sus narraciones y otros puntos planteados por la enfermera entrevistada.

**Tabla 2** - Guión de preguntas para la entrevista semi-estructurada

Temas de investigación	Preguntas realizadas
Organización del trabajo en la unidad.	¿La llegada de una enfermera volante a un servicio en un momento de mucha carga asistencial influye en el desarrollo normal de dicho trabajo?  ¿Cómo se adapta a las distintas unidades?  ¿Cuál es su experiencia con la distribución y organización del trabajo en las diferentes unidades?
Integración de las enfermeras volantes	¿Cómo percibe la acogida cuando llega por primera vez a una unidad?  ¿Cómo ha sido su experiencia en otras ocasiones cuando ha llegado a una unidad desconocida para usted?  ¿Cuál cree que es el aspecto más importante en la recepción de las enfermeras del grupo volante?
Relación entre enfermeras permanentes y enfermeras volantes	¿Su llegada a las unidades produce cambios en las relaciones y el trabajo con las enfermeras permanentes de esas unidades ?
Rol de la supervisión y dirección de enfermería.	¿Cuál es su experiencia con la dirección de enfermería y la supervisión de las unidades?  ¿Cuáles cree que son los puntos clave que deben desarrollar la supervisión y la dirección de enfermería para optimizar el trabajo de las EV?

Un total de 26 entrevistas fueron realizadas a 21 enfermeras: 11 fueron entrevistas no estructuradas (fase 1), y 10 fueron entrevistas semi-estructuradas (fase 2). Las entrevistas produjeron grabaciones por un total de 1.988,78 minutos (33,14 horas) y unas 14-16 páginas de documentos producidos en cada una de ellas. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en el Hospital.

**Análisis de los datos:** Se realizó una transcripción literal completa de cada una de las entrevistas y notas de campo del investigador. El análisis cualitativo de los datos fue realizado siguiendo los pasos descritos por Giorgi<sup>(15)</sup>: a) Se lee la descripción completa con el fin de tener una idea general de toda la declaración; b) una vez captado el sentido de la totalidad, el investigador se remonta al comienzo y lee a través del texto una vez más con el objetivo específico de discriminar “unidades de significado”; c) Una vez delineadas las unidades de significado, el investigador pasa de nuevo por ellas y expresa la visión contenida en las mismas más directamente; d) Por último, el investigador sintetiza todas las unidades de significado transformándolas en una declaración coherente respecto a la experiencia del sujeto.

**Consideraciones de calidad:** Se siguieron las pautas para la realización de estudios cualitativos establecidos por la Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)<sup>(16)</sup>.

El método de fiabilidad de los datos consistió en: a) Triangulación cruzada por el investigador, que incluye la planificación de la sesión donde los casos analizados por cada miembro del equipo se presentaron con el fin de llegar a un consenso; b) la auditoría del material obtenido a partir de 10 casos seleccionados al azar por un investigador externo<sup>(17)</sup>; y c) la comprobación de las enfermeras<sup>(11,17)</sup>. La verificación por parte de las enfermeras se llevó a cabo en dos pasos: post-entrevista y post-análisis. Para permitir la transferibilidad, los investigadores proporcionaron detalles suficientes sobre el contexto del trabajo de campo para que cualquier lector pueda replicar el estudio tales como: el número de participantes involucrados en el trabajo de campo; el método de recolección de datos empleada; el número de las sesiones de recolección de datos; y la duración del estudio.

Este estudio fue revisado y aprobado por la Unidad de Investigación del Área de Soria, institución donde el estudio se llevó a cabo, quien dio su aprobación el día 27 de abril de 2010. Se prestó especial atención a las consideraciones éticas relacionadas con las herramientas de recopilación de datos utilizados (entrevistas, notas de campo del investigador), y para el tratamiento y manejo de datos personales. El permiso para grabar las entrevistas siempre se buscó antes de la realización de la misma. El consentimiento informado se obtuvo de antemano y en caso de cualquier reacción emocional durante las entrevistas, al participante se le ofreció la posibilidad de suspender la entrevista o retirarse del estudio. Todos los datos personales y la información que pudiera identificar a las enfermeras fue redactada con un código numérico.

## RESULTADOS

La Tabla 3 muestra los detalles de los datos socio-demográficos de las 21 enfermeras incluidos en el estudio. El tiempo trabajado en el hospital en el hospital fue variable y osciló entre 1 y 29 años, con una media de 10,52 años. La mayoría de las enfermeras trabajaban en servicios médicos y quirúrgicos (66,66%).

**Tabla 3** - Datos sociodemográficos de los participantes

<b>Sexo</b>	Hombre: 14,29 % (n=3 ) Mujer : 85,71% (n=18 )
<b>Edad</b>	Media 46; (desviación +/- 7.48)
<b>Estado Civil</b>	Casado/en pareja: 85,71% (n=18 ) Soltero: 14,29% (n=3 )
<b>Tipo de Contrato:</b>	Fijo: 85,71% (n=18) Eventual: 14,29 % (n=3)

Continuará...

... Continúa

<b>Servicio/ Unidad en la que trabaja:</b>	Unidad médica. 33.33% (n=7) Unidades quirúrgicas (traumatología, urología, cirugía general y digestiva, otorrinolaringología). 33.33% (n=7) Unidad de Hemodiálisis. 4.76% (n=1) Unidad de cuidados intensivos. 9.52%(n=2) Unidad de atención ambulatoria. 9.52%(n=2) Unidad de Urgencias. 9.52%(n=2)
<b>Experiencia Profesional (nº años)</b>	Media 23.33;(desviación +/-7.94)
<b>Nº años en el Servicio/ Unidad</b>	Media 10.52; (desviación +/-10.01)
<b>Turno Laboral</b>	Mañanas: 19,05 % (n=4 ) Rotatorio: 80,95 % (n=17 )

Los temas que representan la experiencia de las EV en un hospital español fueron extraídos de las entrevistas. Tres temas específicos surgieron del material analizado: a) construyendo el primer contacto, b) buscando un hueco, estableciendo relaciones interprofesionales/interpersonales.

### Construyendo el primer contacto

Hace referencia a todos los elementos que facilitan y/o dificultan establecer el primer contacto entre la EA y las EP que trabajan en las diferentes unidades.

Las EA destacan cómo, el primer encuentro con las EP es clave para el desarrollo correcto del trabajo y de las relaciones laborales. Es un momento donde las EP deben desarrollar habilidades como la escucha activa y la empatía con el fin de tranquilizar a la EV y orientarla.

“Cómo te sientas acogida en tu primer momento va a condicionar el desarrollo de todo tu trabajo. Si te reciben bien ayudarás y darás lo mejor de ti para sacar el trabajo adelante ...” (Nurse8-interview)

En las narraciones, las EA describen como al llegar a la unidad presentan incertidumbre, nervios y estrés. Algunas EA describen que sintieron miedo, pánico a lo nuevo, sobre todo a los sonidos y alarmas, situación que suele coincidir cuando van a servicios como la unidad de cuidados intensivos.

“Hay determinadas unidades a las que llegas con auténtico pánico, y tengo auténtico pavor a los diferentes aparatos que encontraré y no sabré utilizar”. (Nurse15-interview)

De igual modo, algunas enfermeras describen que sufren en determinados momentos.

“Estar contratada como volante a mí me ha causado mucho estrés. Me siento más seguro si estoy todos los días en el mismo puesto de trabajo porque ya lo conozco, lo controla” (Nurse8-interview).

## Buscando un hueco

Hace referencia a cómo la EA debe trabajar en un entorno clínico cambiante, en ausencia de una unidad de referencia, con unos pacientes desconocidos y un entorno adverso, donde debe “buscar su sitio”. Los EA tienen como función principal la atención de cualquier imprevisto asistencial en el hospital y en cualquier turno laboral. Esto hace que vivan su rol como “bomberos del hospital”, “apaga fuegos”.

“No conozco donde voy a ir a trabajar casi nunca. Asumo que apago fuegos en cualquier parte del hospital. Cuando llego a mi turno, me dicen donde tengo que ir a trabajar no hay programación”. (Nurse8-interview)

La excesiva movilidad a la que están sometidas las EA, incluso dentro de un mismo turno laboral, es considerada por las EA como una de las mayores dificultades.

“...llegué por la mañana y me mandaron a trabajar a una unidad, pero esa misma mañana estuve trabajando hasta en tres sitios distintos...”. (Nurse12-interview)

Este grupo de profesionales está afectado de la imposibilidad de alcanzar el nivel de experto y/o adquirir determinadas habilidades y destrezas relacionadas con la especialización laboral, porque están rotando de manera permanente.

“Lo peor es que no llegas a controlar las cosas que tienes que hacer porque cambias mucho y claro esto afecta a la calidad de los cuidados...”. (Nurse18-interview)

“... no tienes un servicio físico al que perteneces, con sus inconvenientes: desconocimiento de ubicación, de material, de técnicas, curas y cuidados específicos de cada unidad, etc., imposibilidad de especializarnos en un área concreta...”. (Nurse17-interview)

## Estableciendo relaciones interprofesionales/interpersonales

Hace referencia a como las EA establecen multitud de relaciones interprofesionales e interpersonales entre las enfermeras de otras unidades, y otros profesionales como médicos, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, etc.

Las EA sienten, que cuando coinciden trabajando con enfermeras que han sido como ellas, EV, les resulta fácil empatizar.

“Hay compañeras que no empatizan con nosotras, les dan igual. Me he encontrado con otras enfermeras que estuvieron como yo “de apoyo” y me tratan mejor, me ayudan con los protocolos se utilizan... Yo pienso: “si tuvieran que estar un día en una planta y al siguiente en otra distinta y empezar de cero ¿cómo se sentirían?”” (Nurse4-interview)

Algunas participantes describen como la actitud de las EP y de la Dirección, ante las EA y su trabajo en la unidad, son importantes para desarrollar un buen ambiente laboral y buenas relaciones. Las enfermeras describen como las EP juzgan a las EA y su capacidad de trabajo sin

plantearse su situación, de igual modo la dirección de enfermería, no contempla o controla las condiciones con las que llegan las EA a las nuevas unidades.

“Nosotras nos sentimos mal, pero las enfermeras de las plantas también, y eso afecta a la calidad de nuestros cuidados. En este sentido, la dirección debería ser más responsable, no somos un numero...”. (Nurse10-interview)

“... desde la dirección de Enfermería, se nos deja un poco a la suerte y al buen humor de las enfermeras que están en las unidades, rara vez preguntan tus preferencias y experiencias o cómo te sientes a la hora de darte un destino” (Nurse5-interview).

## DISCUSIÓN

### Construyendo el primer contacto

Las EV tienden a trabajar en diferentes unidades incluso en un mismo turno laboral y establecen relaciones con múltiples profesionales influenciadas por elementos que facilitan o dificultan su acogida.

En general, la llegada a una nueva unidad, supone para el nuevo profesional, percibir diferentes estímulos tanto ambientales (turnos rotatorios, alta demanda de trabajo, incapacidad para contactar correctamente con los médicos, etc.) como profesionales (ambigüedad del rol, escasos conocimientos y habilidades, etc.) que le originan una sobrecarga sensorial<sup>(18)</sup>.

En nuestros resultados, las enfermeras destacan cómo el primer encuentro en las unidades es clave, así como la actitud de las EP en su acogida. Algunos estudios<sup>(19,20)</sup> muestran que cuando un profesional experimentado hace feedback positivo al profesional novel, se traduce en una mejora de su acogida, reconocimiento y oportunidad de aprendizaje. De igual modo, la presencia de una habilidad empática por parte del personal veterano y que esta permanente en la unidad ayuda al personal de nueva incorporación a conseguir los objetivos propuestos en las unidades<sup>(21)</sup>.

Por otro lado, la actitud de las EA a su llegada a las nuevas unidades va a condicionar su proceso de socialización durante su jornada laboral. Coincidiendo con nuestros resultados, otros autores muestran como las EA muestran diferentes sentimientos ante el proceso de rotación por las unidades: incapacidad funcional, problemas comunicativos e incapacidad para asumir responsabilidades, estrés relacionado con las cargas de trabajo, las relaciones interpersonales y la falta de apoyo, afectando a su salud física y mental<sup>(22,23)</sup>.

Estos sentimientos suelen acentuarse cuando el trabajo se realiza en unidades especiales como unidades de cuidados intensivos (UCI). En este sentido, en un estudio sus autores muestran cómo la mayoría de los enfermeros que rotan por la UCI sienten que deben hacer visible

constantemente sus conocimientos y habilidades para ser aceptados por sus colegas, lo que hace que se presenten con cierto recelo cuando vuelven a ir<sup>(20)</sup>. Otros autores coinciden con nuestros resultados, en que la seguridad de hacer las cosas bien, dominar las tareas de una unidad y disfrutar con el trabajo controlado, contribuyen a una mejor adaptación a los cambios frecuentes de unidades<sup>(24)</sup>. En España, un estudio muestra cómo el 36% de las EA estaban en desacuerdo para rotar en otras unidades por miedo a la crítica, y un 31% no querían ser EA por miedo a no ser aceptadas<sup>(7)</sup>.

### **Buscando un hueco**

Cada día las EA son enviadas a unidades diferentes y deben adaptarse a la realidad laboral de la misma. Por ello, es necesario que dichos profesionales dispongan del tiempo suficiente para adaptarse a la cultura del nuevo equipo. En este sentido, sentirse aceptado en dicho equipo es de suma importancia y sinónimo de haber encontrado “hueco” para aquellos profesionales que rotan por unidades especializadas<sup>(25)</sup>. En nuestro estudio, se observa que las EV desconocen la unidad donde van a trabajar hasta que inician su jornada laboral. Esto supone que tienen que adaptarse en un período determinado de tiempo y que va a influir en su capacidad de establecer vínculos sociales con el resto de equipo.

En esta línea, otros investigadores muestran como ningún enfermero en su estudio, describió experiencias positivas cuando cambió de unidad en el proceso de rotación establecido por el hospital. Al contrario, presentaron alto grado de estrés, ansiedad e incertidumbre a la nueva situación (diferentes rutinas, procedimientos, compañeros, etc.)<sup>(26)</sup>. Resultados similares aparecen en las narraciones de nuestras participantes. Pero en nuestros resultados algunas de las enfermeras entrevistadas describen como han tenido que rotar en una misma jornada laboral hasta por tres unidades diferentes con la sensación de pérdida de control.

Por su parte, Benner describe el proceso de juicio y desarrollo de habilidades clínicas en 5 niveles de competencia: novato, principiante avanzado, competente, profesional eficiente y experto<sup>(27)</sup>; de este modo, las EA corren el riesgo de mantenerse en un rol de principiante o competente, y nunca podrán alcanzar el nivel de experto<sup>(7)</sup>. Estudios previos muestran cómo sentirse parte del equipo, y estar actualizado con las reglas de la unidad, facilita la adquisición del nivel de experto, que sólo se adquiere cuando llevas al menos un año en la misma unidad<sup>(18)</sup>.

### **Estableciendo relaciones interprofesionales/interpersonales**

La presencia de nuevos enfermeros tienen repercusiones de sobrecarga de trabajo para el resto de enfermeras e implica unas relaciones difíciles y duras con los más experimentados<sup>(18)</sup>.

En nuestros resultados, las EA manifiestan sentirse comprendidas por la EP que habían pertenecido al grupo de “volantes”. No así, por aquellas EP que no son capaces de entender las inseguridades de los nuevos pues consideran que tienen que pasar por todas las etapas como ellas lo hicieron en su día<sup>(26)</sup>.

Por otro lado, una buena actitud por parte de las EP hacia las EA es necesaria para desarrollar buenas relaciones interprofesionales. Por ello, cuando existe un rechazo por parte de las EP hacia la EA, se produce aislamiento y marginación, iniciando el círculo de vicioso de rechazo-aislamiento-ausencia de relaciones-peor calidad del trabajo, en cambio cuando existe una relación respetuosa mutua entre todos los profesionales, se consigue un correcto desarrollo del trabajo y una enseñanza recíproca que es positiva para todos<sup>(28)</sup>.

La actitud de los supervisores de unidad y de la DE del hospital condicionan la acogida y recepción de la EA en las unidades por las que rotan. Así, un estudio muestra que la mayoría de las nuevas enfermeras referían un comportamiento poco profesional de los compañeros experimentados tanto en la transición como en la integración. De igual modo, los supervisores de unidad no conocían con exactitud el comportamiento de las nuevas enfermeras dentro de las unidades<sup>(23)</sup>.

Otros autores describen como el proceso de asignación de unidades por parte de los jefes, tiene que tender a formar expertos con el fin de ofrecer cuidados excelentes<sup>(7)</sup>. Así, la DE debería asignar, a las EA a las unidades de acuerdo a su experiencia, formación y facilitar la amistad entre iguales especialmente en los primeros meses de contrato e intentar encontrar el equilibrio entre las expectativas del hospital y la de estos profesionales<sup>(29)</sup>. En nuestro estudio, las enfermeras narran que no se escuchan sus preferencias a la hora de ir a trabajar a las unidades del hospital.

En esta línea, un estudio manifiesta que casi el 70% de los enfermeros nuevos sometidos a un programa de adaptación dentro de sus inicios laborales fueron asignados a un área clínica de su elección, lo que les permite asimilar mejor los problemas del nuevo entorno e ir adquiriendo más responsabilidades y conocimientos<sup>(25)</sup>.

En España, otros autores muestran que la dispersión entre diferentes áreas de trabajo de la EA hace complejo el establecimiento de relaciones estables con los pacientes, los compañeros y con el trabajo<sup>(30)</sup>.

### **Limitaciones**

Existen algunas limitaciones en el presente estudio. En primer lugar, algunas enfermeras manifestaron algunas preocupaciones acerca de expresar su opinión, porque tenían miedo de que su situación laboral podría cambiar como resultado de su participación. Sin embargo, para evitar esta situación, los investigadores explicaron previamente

que no tenían ninguna relación con el equipo directivo, además de que todas las discusiones serían confidenciales. Por último, al tratarse de una investigación cualitativa llevada a cabo en un contexto específico, un país en el Sur Europa, estudios cualitativos similares deben llevarse a cabo en múltiples entornos para obtener una mejor comprensión del fenómeno.

## CONCLUSIONES

La actitud e implicación de las enfermeras permanentes y la dirección de enfermería influye en la capacidad de adaptación de las EV a las unidades y en el estableci-

miento de relaciones interprofesionales. Es preciso evitar los cambios frecuentes de unidades y asignar una EP que sirva de guía y apoyo a las EA. Los resultados de este estudio pueden ser utilizados por las DE de los hospitales para mejorar el trabajo diario de los EA. Comprender la percepción de los EP puede ayudar a desarrollar planes de movilidad laboral más realista dentro de los entornos clínicos. Es necesario desarrollar programas de integración de las EA dentro de las unidades, introduciendo protocolos de acción conjunta para mejorar el trabajo de las EA y asegurar una mejora en la calidad de los cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS

1. Aiken LH, Shang J, Xue Y, Sloane DM. Hospital Use of Agency-Employed Supplemental Nurses and Patient Mortality and Failure to Rescue. *Health Serv Res.* 2013;48(3):931-48.
2. Xue Y, Smith J, Freund DA, Aiken LH. Supplemental nurses are just as educated, slightly less experienced, and more diverse compared to permanent nurses. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(11):2510-7.
3. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium. 2013. Nurses's reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143-53.
4. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Busse R, Lindqvist R, Scott AP, Bruyneel L, Brzostek T, Kinnunen J, Schubert M, Schoonhoven L, Zikos D; RN4CAST Consortium. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs.* 2011;(10):6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6.
5. Fuentelsaz C, Moreno T, López D, Gómez T, González E; Consorcio RN4CAST-España. 2012. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin.* 2012;22(5):261-8.
6. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *J Nurs Adm.* 2012;42(10 Suppl):S10-6.
7. Gracia R, Mendoza L, Acosta, MO. Actitud del personal de enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios. *Rev Enferm IMSS.* 2003;11(1):35-42.
8. Wen H, Ching C, Ying S, Rong L. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:8.
9. OECD Spain, The Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd.org/spain/>. Updated May 2, 2013. Accessed February 12, 2014.
10. Aiken LH, Xue Y, Clarke SP, Sloane DM. Supplemental Nurse Staffing in Hospitals and Quality of Care. *J Nurs Adm.* 2007;37(7-8):335-342.
11. Giorgi AP. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenomenol Psychol.* 1997;28(2):235-260.
12. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ.* 2008;(337):a288. doi: 10.1136/bmj.a288.
13. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research.* London, Sage; 2009.
14. Murray SA, Kendall M, Carduff E, Worth A, Harris FM, Lloyd A, Cavers D, Grant L, Sheikh A. Use of serial qualitative interviews to understand patients' evolving experiences and needs. *BMJ.* 2009;(339):b3702. doi: 10.1136/bmj.b3702.
15. Giorgi AP. Concerning the Application of Phenomenology to Caring Research. *Scand J Caring Sci.* 2000;14(1):11-5.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
17. Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Ann Fam Med.* 2008;6(4):331-9.
18. Feng RE, Tsai YF. Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *J Clin Nurs.* 2012;21(13-14):2064-71.
19. Phillips C, Kenny A, Esterman A, Smith C. A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Educ Pract.* 2014;14(2):106-111.

- 
20. Saghafi F, Hardy J, Hillege S. New graduate nurses' experiences of interactions in the critical care unit. *Contemp Nurse*. 2012;42(1):20-7.
  21. Ito M, Lambert V.A. Communication effectiveness of nurses working in a variety of settings within one large university teaching hospital in western Japan. *Nurs Health Sci*. 2002;4:149-53.
  22. Hezaveh MS, Rafii F, Seyedfatemi N. Novice nurses' experiences of unpreparedness at the beginning of the work. *Glob J Health Sci*. 2013;6(1):215-22.
  23. Walker A, Earl C, Costa B, Cuddihy L. Graduate nurses' transition and integration into the workplace: a qualitative comparison of graduate nurses' and Nurse Unit Managers' perspectives. *Nurse Educ Today*. 2013;33(3):291-6.
  24. Beecroft PC, Dorey F, Wenten M. Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):41-52.
  25. Cubit KA, Ryan B. Tailoring a graduate nurse program to meet the needs of our next generation nurses. *Nurse Educ Today*. 2011;31(1):65-71.
  26. Kelly J, Ahern K. Preparing nurses for practice: a phenomenological study of the new graduate in Australia. *J Clin Nurs*. 2009;18(6):910-18.
  27. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs*. 1982;82(3):402-7.
  28. Hoare KJ, Mills J, Francis K. New graduate nurses as knowledge brokers in general practice in New Zealand: a constructivist grounded theory. *Health Soc Care Community*. 2013;21(4):423-31.
  29. Cleary M, Horsfall J, Jackson D, Muthulakshmi P, Hunt GE. Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. *J Clin Nurs*. 2013;22(19-20):2904-11.
  30. Lozano T, Gómez JA, Romero EM, Peral B. Disertación sobre el Roting de Enfermería. ¿Equipo de segunda o pieza clave de benchmarking? Telesa. 2010;7. <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7057.php>. Accessed May 20, 2014.