

Creación y validación de cuestionario de sensibilidad moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la sensibilidad moral enfermera

Beatriz Campillo Zaragoza

Dipòsit Legal: B 18916-2014

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



**CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO DE
SENSIBILIDAD MORAL EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS.
ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD MORAL ENFERMERA**

Departament de Medicina. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut
Programa de Doctorat: Investigació en Salut
Universitat Internacional de Catalunya

TESIS DOCTORAL

BEATRIZ CAMPILLO ZARAGOZA

Abril 2014

DIRECTORES:

Dr Albert Balaguer Santamaría

Dr. Joaquín Tomás Sábado

A mis padres Juan Antonio y Beatriz, vosotros me habéis proporcionado las mejores
lecciones de vida.

A mi marido Carlos. Juntos iniciamos este camino, juntos lo hemos gozado y sufrido.

“Vinclada sobre els llibres, darrere les ulleres...”

Gracias por vuestro cariño, vuestro apoyo y vuestro amor; sin vosotros no lo habría
conseguido.

Os quiero.

The kindness and compassion with which a society treats its most vulnerable members is a good gauge of the health of the society

Steeves R, Kahn D, Ropka ME, Wise C. Ethical considerations in research with bereaved families. *Family and Community Health*. 2001; 01; 23 (4): 75-83.

Agradecimientos

Hace unos años, unos estudiantes me hicieron llegar a final de curso una nota que decía: *“Para iniciar un proyecto, se necesita valentía, para llevarlo a cabo y finalizarlo, hace falta perseverancia”*. Enmarcada en mi despacho, la observo frecuentemente, y ahora que comienzo a ver el final de este proyecto, recojo su idea, la comparto y añado: *“y sólo es posible y llevadero gracias a las personas que te acompañan”*. Son las personas que te acompañan, con sus aportaciones continuadas o esporádicas, más cercanas físicamente o a miles de kilómetros, las que han hecho posible que se lleve a cabo este proyecto. Y este es un momento en el que aprovecho para agradecer profunda y sinceramente a todos los que me han acompañado, que me han dado soporte y *“soportado”* a lo largo de estos años. Son muchas y no quisiera olvidar a nadie, y si es así pido disculpas.

En primer lugar, quiero dar las gracias mis dos directores de tesis. Al Dr. Albert Balaguer, por estar siempre, por su disponibilidad, por las palabras de ánimo a lo largo de todo el camino, y sobretodo al final del trayecto. Al Dr. Joaquín Tomás, por esos mensajes claros, por esas preguntas clave, por esos flashes que lanzaba y que de pronto hacía que todo lo viera más claro y supiera hacia dónde debía ir. A los dos gracias por su tiempo, su confianza y su ayuda.

Quiero agradecer a la Dra. Júlia Esteve, Directora de l’Escola d’Infermeria Sant Pau, su apoyo, su confianza y su apuesta por mi persona y mi trabajo. A mis compañeras profesoras de la EUI Sant Pau, Bibiana, Montse, Mercedes, Fina, María, Eva, Montse, y M^a Antonia, por su paciencia, su compañía; por los momentos compartidos a lo largo de estos tres años de trabajo, y a los consejos y recomendaciones aportados; agradecimiento que hago extensivo a las compañeras de secretaría de la escuela: María, Cristina, Magda, Raquel, Neus y César.

A la Sra. Esteve, Directora de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau por autorizar esta investigación. A la Sra. López por las gestiones realizadas para el inicio de la parte empírica del trabajo. Mi agradecimiento para la Sra. Muñoz, la Sra. Guardia, y la Sra. Jover; también a las supervisoras de los servicios y unidades participantes en el estudio: Sra. Serra, Sra. Prieto, Sra. Salazar, Sra. Bello, Sra. Moreno, Sra. Rosas, Sra. Solà, Sra. Gracia, Sra. Sáenz, Sra. Rodríguez por facilitar la entrada en los servicios y unidades.

A todos los enfermeros y enfermeras que han participado en este estudio. Sin su reflexión y su colaboración, este trabajo no hubiera sido posible. Gracias por vuestra acogida en todas las unidades, por vuestro interés y vuestras palabras de ánimo.

Muchas gracias también a todos los que han formado parte del comité de expertos: la Sra. M^a Jesús Gómez, el Sr González, la Sra. Ester Busquets, la Dra. Anna Falcó, el Dr. Francesc Escribano, la Dra. Montserrat Guillaumet y a la Dra. M^a Antonia Martínez, por sus inestimables consejos y explicaciones. A las Sras. Marisa Pueyo e Isabel Carbonell, vosotras habéis sido mis “jefas”, mis maestras y amigas durante tantos años en el bloque quirúrgico, gracias por vuestra forma de ser, gracias por vuestra forma de cuidarme.

A La Sra. Guarino, por su amabilidad y disponibilidad al proporcionar la ayuda necesaria para poder adaptar el cuestionario de sensibilidad emocional. A la Dra. Hernández, por su generosidad en la distancia. Al Guillem Gich y el Dr. Gich por su colaboración y ayuda.

A mis amigas Quini, Marta, Xesca, Teresa, y Roser, por las “xocolatadas” compartidas, por la ilusión y entusiasmo con la que habéis seguido este camino y me habéis escuchado.

A mis padres, Juan Antonio y Beatriz por su soporte y por su ayuda traducida en tantas pequeñas y grandes cosas, que me han ayudado a hacer más fácil estos años. A mis hermanos, Joan A, Josep LI, Àngels i Marta por sus palabras de ánimo y entusiasmo en este camino. A mis sobrinos Martina, Carles, Joan y Gerard. A mis cuñadas Lidia y M^a Jesús ¡Cuánto tiempo que no he podido disfrutar de vosotros! Qué difícil ha sido para Martina entender que “la tata” siguiera estudiando a pesar de ser tan mayor...Y muy especialmente a mi marido Carlos, quien ha vivido tan de cerca este camino. Él me ha acompañado, me ha dado soporte, me ha animado. Ha escuchado pacientemente, detectaba mis inquietudes y mis preocupaciones y me respetó y acompañó en mis decisiones a pesar que algunas de ellas también le implicaban; sabe mejor que nadie sólo con mirarme cómo estoy, cómo va todo, cómo me siento y qué necesito.

Mi más sincero reconocimiento y agradecimiento a todas las enfermeras y enfermeros que han influido en mi interés por este tema. Gracias por vuestra colaboración en mi crecimiento personal y profesional. A todos vosotros mi reconocimiento y gratitud.

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	11
¿QUÉ SE CONOCE? ¿QUÉ APORTA?	13
INTRODUCCIÓN	17
PARTE TEÓRICA	21
<hr/>	
CAPÍTULO 1. LA SENSIBILIDAD MORAL	23
1.1. Contextualización de la Sensibilidad Moral	25
1.2. Conceptualizaciones enfermeras de la Sensibilidad Moral	33
1.3. Medición de la Sensibilidad Moral	43
1.4. Relación de Sensibilidad Moral y otras variables	59
CAPÍTULO 2- CUIDADO ENFERMERO	63
2.1. El cuidar como actividad moral	65
2.2. Valores y actitudes relacionados con el cuidado enfermero	69
2.3. Respuestas enfermeras de cuidado	73
PARTE EMPÍRICA	77
<hr/>	
CAPÍTULO 3. CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO	79
3.1 Planteamiento del problema y objetivos de la investigación	81
3.2. Hipótesis y Objetivos	83
3.3. Metodología	85
3.4. Estudio 1. Construcción del cuestionario de sensibilidad moral en los cuidados enfermeros	91
3.5. Estudio 2. Consistencia interna	103
3.6. Estudio 3. Determinación de la estructura factorial del CuSMCE-23	107
3.7. Estudio 4 Estabilidad temporal test-retest	113
3.8. Estudio 5. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones del CuSMCE-23	115
3.9. Estudio 6. Análisis de la capacidad discriminante de los ítems del CuSMCE-23	123
3.10. Estudio 7. Influencia de la edad, el género, la experiencia, los años en el servicio, y el entorno en las puntuaciones del CuSMCE-23	127
3.11. Estudio 8. Relación del CuSMCE-23 y la empatía, la sensibilidad emocional y la sensibilidad ética al código ético	135
3.12. Estudio 9. Influencia de la competencia moral en las puntuaciones obtenidas en el CuSMCE-23	139
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	149
4.1. Discusión	151
4.2. Limitaciones	161
4.3. Posibles contribuciones	161
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	165
REFERENCIAS	169

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población, muestra y tasa de respuesta de participantes	86
Tabla 2. Enunciados de las 60 proposiciones iniciales	94
Tabla 3. Puntuaciones ponderadas obtenidas por cada ítem	97
Tabla 4. Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros 34 ítems	99
Tabla 5. Descriptivos variables años experiencia y años en el servicio	104
Tabla 6. Variación Alfa de Cronbach si se elimina el ítem	105
Tabla 7. Estructura Factorial rotada del CuSMCE	109
Tabla 8. Correlaciones entre los ítems y con el total del cuestionario	112
Tabla 9. Porcentajes respuesta y puntuación a cada ítem CuSMCE-34	116
Tabla 10. Suma de puntuaciones y mediana obtenida por cada ítem según servicio	120
Tabla 11. Diferencias de medias y significación en cada uno de los ítems entre los grupos superior e inferior	124
Tabla 12. Índices de discriminación de los ítems del CuSMCE-23	126
Tabla 13. Puntuaciones medias de hombres y mujeres y significación de las diferencias en los ítems del CuSMCE-23	129
Tabla 14: Comparaciones múltiples factor I y entornos	133
Tabla 15: Comparaciones múltiples factor II y entornos	134
Tabla 16. Correlaciones CuSMCE-23 con cuestionarios Sensibilidad ética al código, Sensibilidad emocional, (ESE) y empatía (IRI)	138
Tabla 17: Frecuencias y Porcentajes de la variable Formación Ética por servicios	141
Tabla 18. Media y Desviación Estándar de Percepción Conocimiento Códigos por servicios	141
Tabla 19. Frecuencias y Porcentajes de Agentes Implicado en Situaciones Conflicto Ético por servicios	142
Tabla 20. Frecuencia y Porcentajes Origen de la Situación Conflictiva por servicios	143
Tabla 21. Tiempo transcurrido desde la situación	143
Tabla 22. Media y Desviación Estándar variables compartir en el entorno laboral temas éticos, capacidad para defender un criterio ético, y satisfacción en la resolución de situaciones de carácter ético	144
Tabla 23. Media y Desviación Estándar de influencia códigos, valores, experiencia y conocimientos en toma de decisiones, por servicios	145 c
Tabla 24. Estadísticos de grupo de la variable formación ética en carrera y post carrera	138
Tabla 25. Prueba de muestras independientes para variable formación ética en carrera y post carrera	139
Tabla 26. Correlaciones CuSMCE-23 y variables competencia moral	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sensibilidad moral de Lützén	36
Figura 2. Ser sensible en el cuidado de Sayers & de Vires	39
Figura 3. Nortvedt y la Sensibilidad ética	41
Figura 4. Sensibilidad ética de Weaver y Morse	42
Figura 5. Gráfico de sedimentación	108
Figura 6. Gráfico de nube de puntos	114
Figura 7: Distribución de puntuaciones del CuSMCE-23 en los entornos	132

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Informe admisión proyecto tesis doctoral UIC	192
Anexo 2: Informe Comité Ético Investigación Clínica	193
Anexo 3: Informe Comité Ético UIC	194
Anexo 4: Informe Dirección Enfermería HSCSP	195
Anexo 5: Informe Direcció Escola Infermeria Sant Pau	196
Anexo 6: Información Equipo Dirección Enfermería y Supervisoras HSCSP	197
Anexo 7: Información y consentimiento informado participantes	199
Anexo 8: Distribución de la muestra	201
Anexo 9: Correspondencia con autora de Escala Sensibilidad Emocional	202
Anexo 10: Formulario y Cuestionario de Sensibilidad Moral en el Cuidado Enfermero CuSMCE-34	205
Anexo 11: Cuestionario Sensibilidad Moral en el Cuidado Enfermero CuSMCE-23	209

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

BQ: Bloque Quirúrgico

CuSMCE: Cuestionario de Sensibilidad moral en el cuidado enfermero

DP: Distrés personal

ESE: Escala de Sensibilidad Emocional

F: Fantasía

GER: Geriatría

IRI: Interpersonal Reactivity Index

MI: Medicina Interna

MSQ: Moral Sensitive Questionnaire

ONCO: Oncología

PAL: Paliativos

REA: Reanimación Post Anestesia

SC: Semicríticos

SE: Sensibilidad Ética

SEN: Sensibilidad Egocéntrica Negativa

SM: Sensibilidad Moral

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SIP: Sensibilidad Interpersonal Positiva

TP: Toma de perspectiva

UCIAS: Urgencias

RESUMEN

Objetivos

El objetivo fundamental de este estudio ha sido construir y determinar las propiedades psicométricas de un cuestionario aplicado a la evaluación de la sensibilidad moral en los cuidados enfermeros (CuSMCE).

Metodología

A partir de las aportaciones enfermeras para la sensibilidad moral y el cuidado enfermero, se generó una definición teórica del concepto que sirvió de base para la construcción de un cuestionario auto administrado. Los ítems preliminares fueron sometidos a la valoración del juicio de expertos. Posteriormente se comprobó su comprensión, factibilidad y tiempo de ejecución mediante un estudio piloto. El cuestionario definitivo se entregó a una muestra de conveniencia formada por enfermeras que desarrollaban su labor profesional en un hospital de tercer nivel de la provincia de Barcelona.

Resultados

La muestra definitiva estuvo compuesta por 179 enfermeras, con una media de edad de 42,6 años y un rango de 23 a 62 años. Los participantes expresaron un grado de acuerdo con los enunciados propuestos del 70%. El análisis de la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach resultó de 0.83 y su estabilidad temporal satisfactoria ($r=0.86$). En el análisis factorial de componentes principales con rotación Oblimin aparecieron dos factores que se denominaron como “Valores profesionales” y “Respuestas de cuidados “ que explican conjuntamente una varianza total del 31.36%. La asignación de los enunciados a cada uno de los factores resultó coherente con la definición inicial.

Conclusiones

El modelo teórico propuesto, considera la sensibilidad moral como una competencia basada en valores profesionales que debe preceder y acompañar cualquier actividad de cuidado.

El cuestionario construido para la evaluación de la sensibilidad moral ha demostrado índices aceptables de validez y fiabilidad en todas sus facetas.

Palabras clave: Sensibilidad moral, cuidado enfermero, cuestionario.

¿QUÉ SE CONOCE?

- La sensibilidad moral como primer componente en el modelo de toma de decisiones morales de Rest, nos hace conscientes de cómo nuestras acciones repercuten sobre los otros, lo cual la convierte en un elemento clave en cualquier profesión y la convivencia. En el ámbito de las profesiones sanitarias, cobra relevancia por el carácter moral de las mismas.
- Se asigna a la sensibilidad moral un componente afectivo y cognitivo, enmarcados en el encuentro enfermera-paciente, que revelan valores del profesional, su benevolencia y compromiso con las personas y cuyos resultados afectan tanto al profesional como al paciente.
- A pesar de la importancia del tema son todavía escasas las investigaciones enfermeras relacionadas con el tema.

¿QUÉ APORTA ESTE ESTUDIO?

- La sensibilidad moral en el cuidado enfermero se inicia con la asunción de valores profesionales, pero no se limita a ellos. La naturaleza y el contexto del cuidado exhorta al profesional a proporcionar respuestas de cuidado.
- El modelo teórico propuesto en la investigación, considera la sensibilidad moral en el cuidado enfermero como una competencia basada en valores profesionales que debe preceder y acompañar cualquier actividad de cuidado. Este modelo se ha revelado empíricamente válido para explorar el fenómeno.
- Nuestro estudio aporta el primer cuestionario para el análisis de la sensibilidad moral construido y validado en castellano cuyas propiedades psicométricas son satisfactorias y que responde a características sociales, culturales y profesionales de nuestro contexto.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Sensibilidad Moral es la capacidad con la que las personas se hacen conscientes de cómo sus acciones afectan a los demás. Esta capacidad cognitiva y afectiva es lo que Rest (1) define como Sensibilidad Moral (SM), primer componente del modelo de toma de decisiones morales.

Inmersos como estamos en un entorno social, la valoración y estudio de la SM se puede estimar importante, si no imprescindible, en todos los ámbitos de la vida y del conocimiento. La SM es un concepto que aparece en diferentes disciplinas: periodismo, política, economía, investigación, educación, trascendiendo también al ámbito de la salud y el cuidado de las personas.

Tres elementos recorren el discurso de estas primeras páginas introductorias y justifican la importancia de su estudio y consideración en este ámbito: el carácter moral de las profesiones sanitarias, la autonomía profesional y la responsabilidad en la toma de decisiones.

Los profesionales sanitarios tomamos decisiones que afectan a personas en situación de fragilidad y vulnerabilidad y que confían en nosotros, no pudiendo permanecer indiferentes a estas realidades. El compromiso y la responsabilidad que deben caracterizar una profesión exigen la reflexión y análisis de las consecuencias y repercusiones que nuestra actuación tiene sobre las personas.

Sin embargo, como afirma Torralba (2), la complejidad de los entornos puede alejarnos de la persona, hacer que no veamos lo esencial. Es fácil centrarnos en tareas y actividades perdiendo la visión global de la persona y de la situación y reduciéndola a un simple órgano o fragmento.

El tema adquiere mayor relevancia si tenemos en cuenta que la enfermera¹ es el profesional sanitario que más tiempo permanece al lado del paciente y que realiza diariamente más intervenciones de cuidado. Algunas de estas intervenciones implican tomar decisiones difíciles dadas su naturaleza, la organización del trabajo, la escasez de recursos, o las relaciones con profesionales, paciente y familia, lo que requiere una

¹ A lo largo de este documento cuando se hace referencia a la “enfermera”, se alude a profesionales de enfermería de ambos sexos.

elevada competencia ética y técnica (3,4). La labor de cuidar nos sitúa ante situaciones para las que no basta aplicar un criterio clínico, sino que precisan una visión integral de la situación, una valoración de todos los posibles cursos de acción y sus consecuencias, y una actuación responsable, momento éste que nos sitúa ante una valoración moral de la realidad. Tal y como señala Gracia (5), gran parte de las decisiones que tomamos en el cuidado de las personas son decisiones morales.

Durante veinticuatro años de ejercicio profesional como enfermera en asistencia, he tenido ocasión de vivir numerosas situaciones de cuidado. He trabajado con profesionales con una manera especial de intuir, de percibir, de sentirse afectados por las situaciones, y de responder. Eran profesionales con una forma muy concreta y específica de ser y de estar. Algo que sin embargo, no todos expresaban de igual manera. Es más, su ausencia o debilidad hacía más palpable, más cierta y necesaria la existencia de esta realidad. Precisamente, me inspiré en el reflejo de estos profesionales, como modelo, en el intento de comprender y analizar este fenómeno.

Más recientemente, en el desarrollo de mi labor como docente, una de mis preocupaciones fundamentales ha sido y es cómo transmitir a los estudiantes las características esenciales de la profesión, los valores fundamentales propios del cuidar enfermero, el interés por las personas, o el respeto a su condición y su circunstancia. Sabemos que la SM se puede aprender y, por lo tanto, me planteaba mi responsabilidad como docente en la transmisión de este saber hacer, saber estar y ser en el cuidado enfermero.

Es evidente que la formación de los futuros profesionales implica la incorporación de conocimientos y habilidades, pero también la adquisición de actitudes que reflejen los valores enfermeros fundamentales en relación con la exigencia de excelencia que como profesionales debemos garantizar. La formación en valores desde la universidad constituye una oportunidad y una responsabilidad.

Tomar conciencia de las repercusiones que tienen nuestras acciones sobre el paciente y la familia, así como en el resto de los miembros del equipo y, de alguna manera, sobre nosotros mismos, es un paso primordial en la excelencia del cuidado.

Creemos que profundizar en el estudio de la SM contribuye a la mejora de la calidad de los cuidados pudiendo beneficiar a las personas, sea cual sea el entorno asistencial, o momento vital en que ésta se encuentre.

Mi interés por el fenómeno, se inició con la adaptación cultural de un instrumento ya existente y utilizado en otros estudios, el “*Moral Sensitivity Questionnaire*” de Lützén (6) en su versión reducida, que fue objeto del Trabajo Final de Master que realicé en el marco de los estudios de Master Oficial de Ciencias de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) durante el período académico 2008-2010. Los resultados obtenidos nos llevaron a considerar la complejidad del concepto, así como la necesidad e interés de profundizar en el tema y estudiarlo desde nuestra perspectiva cultural y profesional. En consecuencia, estimamos oportuno la construcción de un instrumento para evaluar la sensibilidad moral en el cuidado enfermero, convirtiéndolo en el objetivo de este estudio. Al ser la SM un concepto complejo y no observable directamente, el desarrollo de un cuestionario y su aplicación puede facilitar la evaluación de la SM en diferentes entornos y establecer medidas concretas de mejora dentro de la profesión, así como facilitar la difusión del tema y estimular el debate profesional.

Este estudio se ha estructurado en dos partes, una parte teórica y una parte empírica. La parte teórica consta de dos capítulos. En el primer capítulo se presenta el marco teórico del estudio y se recogen algunos conceptos y teorías necesarios para comprender y situar la SM en el contexto enfermero. A continuación se presentan los estudios cualitativos que conceptualizan la Sensibilidad Moral en el ámbito enfermero y los instrumentos construidos para su evaluación.

El segundo capítulo está dedicado al cuidado enfermero, que constituye la esencia y núcleo de la profesión enfermera. Su incorporación proporciona a la parte teórica los dos elementos que integran el objeto de estudio: sensibilidad moral y cuidado enfermero. Sin embargo, la extensión y complejidad del tema hacen necesario delimitar los aspectos del cuidado que van a ser objeto de estudio. Es por ello que el capítulo se va a organizar en tres apartados. El primero de ellos recogerá diferentes argumentaciones en torno al cuidado como actividad moral. El segundo apartado incorpora los valores y las actitudes relacionadas con el cuidado enfermero recogidos en estudios sobre el concepto de SM. El tercero, las respuestas enfermeras de cuidado.

La parte empírica se inicia con el planteamiento del problema y objeto de estudio a partir del cual presentamos la hipótesis y objetivos que guían nuestra investigación. A continuación se presenta la metodología. En los siguientes capítulos expondremos los resultados obtenidos, la discusión en torno a los resultados, las conclusiones y las posibles contribuciones.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta nuestro contexto social, cultural, y profesional, creemos que es una oportunidad única para explorar y potenciar el tema. Se pretende que este estudio aporte elementos que faciliten el acercamiento del constructo al ámbito profesional y académico, abriendo una línea de trabajo enfermero en nuestro país, que permita su actualización y adaptación a nuestra realidad cultural y profesional.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO 1. LA SENSIBILIDAD MORAL

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SENSIBILIDAD MORAL

Dada la complejidad del fenómeno objeto de estudio, se ha considerado oportuno dedicar la primera parte del capítulo a recoger algunos conceptos fundamentales que lo integran y contextualizan.

Se parte del significado y uso de los términos sensibilidad y moral. A continuación, se describen los niveles de desarrollo moral propuestos por Kohlberg, ya que esta teoría psicológica es utilizada como punto de anclaje en gran parte de los estudios sobre la SM recogidos. Se aborda después el concepto de la ética de la justicia y la ética del cuidado como fundamentaciones éticas, así como el modelo de los cuatro componentes de la decisión moral de Rest, por su repercusión en el ámbito de la ética en enfermería. Para finalizar este apartado se enmarca la SM como valor constitutivo de la competencia moral.

La segunda parte del capítulo se ha estructurado, a su vez, en tres apartados, recogiendo en primer lugar las conceptualizaciones enfermeras sobre sensibilidad ética y moral, donde Lützén, Sayers y de Vries, Weaver y Morse y Nortvedt (7-10) son los autores más destacados; sus trabajos, a través de metodologías cualitativas, van a ser considerados una parte importante del núcleo teórico sobre el que se fundamenta la construcción de nuestro cuestionario. A continuación se presentan los instrumentos diseñados hasta el momento con el fin de evaluar la SM y ética; se hará especial énfasis en la definición de SM adoptada, su metodología de elaboración, y las pruebas psicométricas desarrolladas. Para finalizar se presentan las variables recogidas en los estudios sobre el concepto de la SM y las relaciones aparecidas.

1.1.1. SENSIBILIDAD Y MORAL

La palabra sensibilidad proviene del latín sentio -ire, sensi, sensum que significa sentir, percibir, experimentar, observar, darse cuenta; juzgar, pensar. La Real Academia de la Lengua Española (11) define sensibilidad como. “Facultad de sentir, propia de los seres animados”. “Propensión natural del hombre a dejarse llevar de los afectos de compasión,

humanidad y ternura”. “Capacidad de respuesta a muy pequeñas excitaciones, estímulos o causas”. Un análisis del término desde su aparición en este diccionario en la edición de 1739, permite observar que las dos primeras acepciones permanecen casi invariables hasta la actualidad, incorporándose la última acepción en la edición de 1985.

Debido a que el idioma original de la totalidad de los estudios consultados sobre SM es el inglés, se ha estimado oportuno asimilar las acepciones aportadas al término de *sensitivity*. En inglés, *sensitivity* hace referencia a *to feel*, que se asocia, por un lado, con el tacto, con tomar contacto por una sensación inicialmente física; y, por otro lado, con emociones como *apreciación, compasión, empatía, pena, sensibilidad, y simpatía* (7) Aparecen como sinónimos de *sensitivity*: *sensitiveness, responsiveness, feeling, sympathy, sensation*. En consecuencia, tanto la palabra española (sensibilidad) como la inglesa (*sensitivity*) se refieren a una capacidad natural del hombre para sentir emociones y capacidad para reaccionar.

Desde una perspectiva filosófica, la moral sería la orientación y el sentido que damos a nuestra existencia. Es lo que hacemos, lo que elegimos, porque consideramos que es bueno. Para justificar dicha elección, es necesario que se lleve a cabo a la luz del principio de universalización, preguntándonos: ¿Qué pasaría si aquel acto lo llevara a cabo todo el mundo, en cualquier sitio y en cualquier momento? Si las consecuencias derivadas fueran positivas para todas las personas, diríamos que el acto moral sería bueno y, por el contrario, sería malo si las consecuencias no fueran positivas para alguien (12).

Señala Fry (13), que la ética involucra el examen sistemático de la vida moral, pudiendo examinarse y aplicarse desde una perspectiva personal y de naturaleza individual, por ejemplo la ética personal, o ser de naturaleza pública y colectiva, por ejemplo la ética profesional.

Feito (14) habla de dos vertientes de la ética: una de ellas la refiere al propio acto humano, lo que llama moral: el sujeto que opta por un abanico de posibilidades; tiene que ver con el nivel práctico de la acción; y otro nivel, el que se refiere a la reflexión filosófica sobre la capacidad de obrar moralmente del hombre. Esta segunda vertiente es la que permite considerar la ética como una tarea racional de análisis de moralidad. Mientras que la moral responde al ¿Qué debo hacer?, la ética busca las razones del ¿Por qué debo?

Se ha constatado que la literatura revisada en torno al concepto estudiado, hace un uso relativamente ambiguo de los conceptos de SE y SM. Weaver & Morse (8), lo explican en su análisis conceptual de la SE, justificando su uso indiferente en el lenguaje científico. Este aspecto ha sido respetado por la investigadora, transcribiendo los términos recogidos por los autores y por lo tanto utilizando SM o SE, según el caso. Sin embargo, habiendo una diferencia entre ética y moral, siempre que se hable del estudio en curso que esta investigadora está realizando, se utilizará el término de SM, ya que el propósito es la construcción de un cuestionario que permita establecer indicadores de la SM, que expliquen qué ha de percibir, intuir, y cómo dar respuestas para un buen cuidado.

Gracia (5) señala que la moralidad no es algo añadido, una cualidad de la que gozan ciertas personas o que ejercitamos en determinados actos de nuestra vida. Es una condición intrínseca y esencial al ser humano, de tal modo que éste no puede no ser moral en todos sus actos. Si la moralidad es algo intrínseco a la persona, que ésta pone de manifiesto a través de las elecciones que realiza entre diferentes opciones, se hace necesario preguntarnos, ¿Cómo desarrollan las personas esta capacidad? ¿Cómo aprendemos lo que es bueno y lo que no?

1.1.2. DESARROLLO MORAL DE KOHLBERG. ÉTICA DE LA JUSTICIA Y ÉTICA DEL CUIDADO

Kohlberg (15), psicólogo estadounidense (1927-1987), basándose en la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, explica cómo las personas desarrollan su razonamiento moral. Este aprendizaje lo realiza la persona en base a las diferentes elecciones que va realizando a lo largo de su vida, pasando por diferentes etapas (nivel preconvencional, nivel convencional y nivel postconvencional) que le llevan, desde una moral heterónoma regida por normas y principios que percibe impuestos desde el exterior, a una moral autónoma en la que el sujeto percibe las normas y los principios en función de sus valores y principios.

Desde esta perspectiva, cuando la persona se encuentra en un nivel de desarrollo moral *preconvencional*, percibe las normas y las expectativas sociales como ajenas a ella, sin comprenderlas ni asumirlas. Este nivel es característico de niños menores de 9 años,

algunos adolescentes y muchos adultos. Un niño no miente porque tenga integrado el principio de la verdad. El niño no entiende las normas, sólo actúa así, porque aprende que si no las cumple le castigarán. No mentirá porque sus padres le pueden castigar, sino porque se pueden enfadar con él y él teme que le retiren su afecto.

En el nivel *convencional*, el individuo se somete a las normas y expectativas de la sociedad o autoridad. Actúa para estar dentro del orden social y recibir su aprobación. En esta etapa se sitúa la mayoría de adolescentes y adultos.

El nivel *postconvencional*, está constituido por personas que diferencian perfectamente el yo de las normas y asumen éstas en función de sus valores y principios. Este nivel sólo viene representado por una minoría de personas (15).

Este modelo de desarrollo moral propone una ética fundamentada en la concepción de la justicia, concediendo mayor valor a los juicios morales basados en la imparcialidad y en los principios. Kohlberg (16) comprobó la existencia de dichos estadios de forma empírica, mediante estudios en los que presentaba a los participantes dilemas éticos y analizaba las respuestas otorgadas. En sus investigaciones, aparece un resultado sorprendente: los hombres obtenían puntuaciones significativamente superiores en el juicio moral a las mujeres, ante lo cual el autor concluye que las mujeres presentan dificultades para alcanzar los estadios superiores de desarrollo moral.

Gilligan (14), discípula de Kohlberg, muestra su desacuerdo con los resultados anteriormente descritos y explica otro modelo de desarrollo moral que justifica las diferencias obtenidas en las puntuaciones de hombres y mujeres. Gilligan sostiene y demuestra empíricamente que estas diferencias en las puntuaciones, no se deben a una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo razonamientos morales basados en principios universales, sino que, en su razonamiento moral, las mujeres introducirían y tendrían en cuenta otros elementos, como la responsabilidad y las relaciones establecidas. Esto impide que sus puntuaciones sean tan elevadas en este punto (16). Una mujer no sólo tendría en cuenta el principio moral sino también el contexto en el que se da. Defiende que existe una sensibilidad propiamente femenina, y que ésta es un componente constitutivo asociado al sexo. Una sensibilidad que se caracterizaría por una estrecha proximidad a la realidad cotidiana, unas relaciones más afectivas, un lenguaje más concreto, una cercanía a las cosas intuitivas y pragmáticas. Una visión femenina del mundo y de las relaciones con otros, con exigencias y actitudes específicas, que representarían una forma de ver diferente a la de los varones, de donde nace también un discurso moral diferente (17).

Ambos autores, nos sitúan, por tanto, ante dos tipos de fundamentación ética: la primera, basada en la universalidad, en principios, justicia y respeto; la segunda, basada en la particularidad, la atención al contexto y las relaciones que se establecen entre los agentes.

La ética del cuidado que explica y defiende Gilligan recupera dimensiones de la moralidad olvidadas y sometidas a las aproximaciones del deber por la ética de la justicia (18,19).

En el ámbito de las profesiones sanitarias, desde una fundamentación ética de la justicia, a un paciente se le diría siempre la verdad. Desde la perspectiva del cuidado, se contemplaría no sólo el deber de decirle la verdad, sino también la responsabilidad de conocer su contexto y circunstancia, el momento en el que se encuentra el paciente, si está solo o acompañado, así como su capacidad para asumir e integrar esa información. Esta visión fue adoptada por teóricas enfermeras del momento entre las que destacan Benner, Tschudin, o Roach. Dichas autoras (16), encuentran en la ética del cuidado una fuente de inspiración. Entienden el cuidado como tarea moral a la que incorporan una actitud o comportamiento ético (el cuidado excelente) basado en una virtud moral, (la solidaridad y la preocupación por el otro) ejercida bajo patrones de corrección ética y técnica.

Una de las críticas esenciales al modelo fundamentado en el cuidado postula que una defensa excesiva del cuidado puede llevar a un mal entendido ejercicio de la beneficencia, poniendo en peligro no solo la autonomía de la persona sino también la justicia y la no maleficencia, considerados como principios de rango superior, según la ética principialista. Feito (16) afirma que una ética sin justicia lleva a la arbitrariedad, es débil, y poco útil en decisiones más allá del nivel estrictamente individual. Por otro lado, señala que el olvido del cuidado y de su contexto y de las relaciones, lleva a una ética fría, impersonal que no atiende la individualidad. Es por ello que incorpora el término del *cuidado justo* con el propósito de conciliar una ética de justicia y del cuidado.

En los últimos años, el estudio de los juicios y emociones morales se ha extrapolado al campo de la neurofisiología, constituyendo un interesante encuentro entre ambas disciplinas, que ha aportado un incremento del conocimiento sobre el fenómeno. Así, se ha podido confirmar el carácter innato de las emociones morales e identificar zonas cerebrales diferentes que se estimulan ante situaciones de justicia o de cuidado (20-24).

Se han podido observar diferentes zonas del cerebro en hombres y mujeres al ser estimulados con situaciones de cuidado y justicia (25,26). Se han localizado zonas de juicio moral y de acción moral (27) y se ha podido constatar que las variaciones individuales de la capacidad moral modulan el juicio y la acción moral (28). Se ha observado también que el contexto social en el que se da la situación y la percepción de cercanía o lejanía afectiva para con la misma, articula la respuesta al sufrimiento observado en los otros y un cierto grado de adaptación (29).

La teoría del desarrollo moral de Kohlberg (15) y la respuesta de Gilligan (14) proporcionan información sobre el estadio de desarrollo moral y aportan dos formas de fundamentar las decisiones morales. Necesitamos comprender ahora cómo se llevan a cabo estas decisiones, ¿Cuáles son, los componentes de una decisión moral?

1.1.3. LOS CUATRO COMPONENTES DE LA DECISIÓN MORAL DE REST

Rest (1), desarrolló, a partir del trabajo de Kohlberg, un modelo de toma de decisión moral integrado por cuatro componentes: sensibilidad moral, juicio, motivación y acción moral. Define SM como la habilidad para interpretar una situación percibiendo la influencia que la elección de la acción tiene en el bien de los otros. De acuerdo con esto, el comportamiento moral es producto final de estos cuatro procesos psicológicos distintos (13)

La SM es un componente necesario de la conducta moral ya que muchas de las decisiones consideradas como difíciles están impregnadas y ligadas a temas morales. La SM abre las perspectivas a lo moral y activa el juicio moral. Si una persona no es capaz de reconocer los temas éticos en las situaciones difíciles, es improbable que los incorpore en la toma de decisiones. No está demostrado empíricamente el orden de los componentes, pero se presupone que la SM precede a los otros tres (1).

El segundo componente es el razonamiento moral o juicio moral, y corresponde al momento en el que la persona analiza las diferentes opciones y juzga qué alternativa es moralmente correcta. Este razonamiento se encuentra afectado por el nivel de desarrollo moral en el que se encuentre el individuo (preconvencional, convencional o postconvencional).

La integridad moral o motivación moral es el tercer componente e informa de la importancia y la priorización que el sujeto hace de unos valores morales frente a otros. Por último, el coraje moral es el componente que expresa la fuerza del yo, y la perseverancia para llevar a cabo la conducta moral.

Los cuatro componentes de la decisión moral se relacionan entre ellos, y la ausencia o debilidad en cada uno de ellos influye en el resto (30). Por ejemplo, una persona puede tener una gran sensibilidad, pero no disponer del coraje para llevar a cabo la acción. Asimismo, puede disponer de una gran capacidad para razonar pero no priorizar los valores adecuados para la situación. O por el contrario, puede tener la sensibilidad para percibir situaciones que involucran aspectos éticos, la capacidad de razonar para distinguir lo correcto y lo incorrecto, y otorgar prioridad a valores morales, pero puede ser incapaz de hacer lo correcto cuando se encuentra bajo presión. En consecuencia, hay que considerar el entorno, los factores personales y otros aspectos que pueden afectar a la decisión moral.

1.1.4. LA COMPETENCIA MORAL EN ENFERMERÍA

La competencia ha sido definida como pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. Tener competencia en una profesión significa que la persona es capaz de demostrar que posee los conocimientos, habilidades y actitudes para desarrollar la misma.

Las profesiones relacionadas con la salud requieren de sus profesionales una excelente competencia científica-técnica y competencia clínica, pero a la vez, exigen una elevada competencia moral, basada en una formación ética profunda con criterios que permitan actuar con excelencia moral.

Competencia clínica y competencia moral van de la mano, se complementan y contribuyen ambas al desarrollo de la competencia profesional. La competencia moral permite llevar a cabo juicios morales y juicios clínicos, ya que un juicio clínico es también un juicio ético, al ser una concreción práctica de lo que es bueno y correcto en una situación dada (9,31). El juicio se realiza según la experiencia y sensibilidad (32), viéndose influido por factores del entorno que pueden favorecer o no el desarrollo de un clima ético que ayude a la toma de decisiones (33-35). La SM por lo tanto facilitará y

pondrá en marcha los juicios y las decisiones y la comunicación en entre ambos. En el siguiente apartado se examinará cómo lo explica y articula Nortvedt (9).

La competencia moral se expresa a través de valores como el compromiso, la responsabilidad, la excelencia, la receptividad, la compasión, la implicación, o el respeto a la persona, y su dignidad (36,37). Su expresión va a depender del desarrollo moral en el que se encuentra el individuo, así como de su sensibilidad moral. Dado el carácter de la profesión, su expresión es fundamental, sea cual sea el ámbito o la función que desarrolle la enfermera.

A lo largo del trabajo quedará ampliamente descrita la competencia moral en el ámbito de la asistencia, pero se sugerirá también la necesidad de extrapolar dicha competencia al ámbito de la gestión de los cuidados, de los equipos. También al ámbito de la investigación, tanto en lo que a producción de evidencias se refiere como a la utilización de las mismas. Y por supuesto, al ámbito de la docencia. En relación con éste último, cabe subrayar que el objetivo de la enseñanza ética en enfermería es formar una enfermera moralmente responsable, dotada de capacidad para tomar decisiones éticas en el desempeño de su trabajo en diferentes entornos y con capacidad para adaptar la misma a las nuevas situaciones que se presenten (38). La formación en competencias enfermeras exige ayudar al estudiante en el aprendizaje de la toma de decisiones clínicas, con corrección técnica, y aprender a tomar decisiones en situaciones en las que aparecen implicados valores y que recogen algún conflicto ético. Esto supone un doble reto: no sólo ayudar a los estudiantes a entender la toma de decisiones, sino que también a comprender e integrar las experiencias y vivencias de los pacientes implicados y de ellos mismos (39-41) .

Descritos estos conceptos introductorios, en el apartado siguiente recogemos las aportaciones al fenómeno en estudio desde estudios enfermeros y que den respuesta a las siguientes preguntas: ¿En qué consiste la SM en nuestra profesión? ¿De qué manera se expresa en el cuidar enfermero? ¿Cómo se modifica en función de las características individuales y el entorno? ¿Varía su expresión entre hombres y mujeres? ¿La adaptación al sufrimiento, modifica la expresión de la SM?

1.2. CONCEPTUALIZACIONES ENFERMERAS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

1.2.1. LÜTZÉN Y LA SENSIBILIDAD MORAL

Los primeros trabajos de Lützén sobre la vivencia de la toma de decisiones morales aparecen publicados en los años noventa, en un contexto caracterizado por la inexistencia de literatura relacionada con el tema en el ámbito enfermero. Hasta ese momento, el interés se hallaba centrado en la exploración del razonamiento moral, basado en los trabajos de Kohlberg, y no en el papel de la intuición y los sentimientos en la toma de decisiones morales. Lützén (10,42,43) recoge una ética fundamentada en el cuidado, representada por Gilligan y Noddings, y basa su marco teórico en concepciones de Benner y Watson, quienes reconocen el cuidado como actividad moral.

Con objeto de identificar cuáles eran las experiencias comunes en la toma de decisiones éticas, Lützén (10) entrevistó a enfermeras psiquiátricas a las que solicitó narraran una situación en la que habían tomado una decisión ética, y no tenían la certeza si la actuación escogida era correcta o no. De su análisis a través de la teoría fundamentada, emergieron seis categorías que explicaban dicha experiencia; tres de ellas centrales, fueron etiquetadas como: “*estructurar el significado moral*”, “*expresar benevolencia*”, “*modificar autonomía*”. Las otras tres fueron denominadas: “*orientación interpersonal*”, “*experimentar un conflicto*” y “*dependencia o confianza en el conocimiento médico*”. Se describen a continuación las tres categorías centrales.

Estructurar el sentido moral

Lützén (10) define esta categoría como un proceso previo a la acción.

Se inicia cuando la enfermera capta la situación en su contexto e interpreta su significado global. Ante un conflicto moral, integra experiencia y situación clínica. Este proceso lleva implícito tres facetas: “*percibir*”, “*conocer*”, y “*juzgar*”.

“*Percibir*” es descrita como una capacidad cognitiva que les permite captar el significado de sus observaciones y comprender la realidad de la situación. Algunas enfermeras hablan de intuición, otras de “conocimiento en profundidad...”, “perspicacia”, “sentir qué era correcto...”, o “algo me decía...”. Para las enfermeras de este estudio, este proceso parece estar basado más en la intuición y en sentir que no en teorías de razonamiento basadas en principios. Cuando se les pregunta qué les ayuda a reconocer las necesidades de los pacientes, ninguna se refirió a códigos o a teorías sino que manifiestan que “la experiencia práctica es más importante que los libros...” “...las teorías van bien cuando empiezas...”.

La segunda faceta del proceso la etiqueta como “*conocer*”. Esto es, entender a través de la observación y comprender la complejidad de la situación de forma global. Implica descubrir la relevancia de la interrelación de muchos factores en la situación. Saber qué puede resultar mejor para el paciente, aunque para ello se tenga que transgredir alguna norma.

Por último, el tercer componente del proceso lo denomina “*juzgar*”, que explica como la elección de una de las alternativas posibles después de valorar y sopesar las consecuencias de cada una de ellas, de forma que dicha decisión permita justificar la acción escogida. En este momento juegan un papel importante los valores personales y profesionales que pueden entrar en conflicto.

Expresión de benevolencia

La segunda categoría que emerge la denomina benevolencia. “*benevolencia*” sería el deseo de hacer el bien y, para Lützén (10,42), se expresa como la genuina intención de hacer lo que se considera que es lo mejor para el otro.

La “*benevolencia*” va ligada a valores y creencias. Según esto, la enfermera se hace consciente de las necesidades del enfermo y de los factores que pueden alterar su bienestar. La enfermera hace frente a dos imperativos: interpretar la demanda moral como la expresó el paciente y actuar de acuerdo con las reglas y las normas. Si ambos coinciden, no hay conflicto. Sin embargo los participantes expresaban la aparición de

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIONES ENFERMERAS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

conflicto al intentar conciliar compromiso moral hacia la persona a la que cuidan y responsabilidad de cumplir determinadas normas de la institución.

Dentro de esta categoría identifica tres procesos: “*sentir la vulnerabilidad del paciente*”, “*responder a la vulnerabilidad del paciente*” y “*aceptar los riesgos*”. Ser vulnerable es definido como estar expuesto, desprotegido. La enfermera percibe y se hace consciente de la vulnerabilidad del paciente sin recibir ninguna otra información directa; evalúa la situación e interpreta el significado moral desde la perspectiva de las necesidades individuales del paciente.

Ante este reconocimiento de la vulnerabilidad del que acompaña y cuida, se inicia otro proceso: responder a la vulnerabilidad del paciente. Responder a la vulnerabilidad del paciente en el contexto de los cuidados psiquiátricos implica fundamentalmente no abandonarlo: “*dejarlo solo y abandonado es una responsabilidad moral...*”, afirma la autora (42).

En esta situación, la enfermera ha de tomar decisiones teniendo en cuenta el contexto integral, lo que le puede llevar a una confrontación con otros profesionales o con la institución, por lo que de ruptura de normas puede suponer. Requiere una dosis importante de coraje para aceptar este riesgo y poder rendir cuentas en el caso de romper alguna regla o discutir las órdenes. Ambas intervenciones están guiadas por una motivación de hacer el bien a un paciente vulnerable (benevolencia), que a veces no puede hablar y que necesita ser protegido de un sufrimiento innecesario (42).

Modificar la autonomía

Esta es la tercera categoría que emerge, y a la que se le asignan tres dimensiones (43).

En primer lugar, la enfermera reconoce que estar en una posición vulnerable disminuye las posibilidades de elección del paciente, reconociendo la importancia que ésta tiene tanto a nivel moral como terapéutico. Esta dimensión emplaza a las enfermeras en una sucesión de experiencias y sentimientos transpersonales, que son catalizadores del cuidado: la enfermera acompaña a pacientes que carecen de privacidad, que están indefensos, y quienes pueden ver afectada su dignidad al depender de otros hasta en las necesidades más básicas. Para mantener su autoestima, así como para protegerlo de un daño externo o de él mismo, la enfermera toma la decisión en nombre del paciente.

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIONES ENFERMERAS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

Las otras dos dimensiones se recogen bajo las expresiones de: “*caring for*”/ “*caring about*” es decir “*encargarse de*”/“*preocuparse por*”. La enfermera responde a la vulnerabilidad del paciente en el “*caring about*” no por un sentimiento de obligación, sino por un deseo genuino hacia el paciente; es ocuparse con antelación, anticiparse a lo que necesita. La expresión “*encargarse de*” /“*caring for*” recoge las decisiones morales que parecen emerger de las obligaciones morales del cuidar, siendo por tanto diferente el compromiso moral entre ambas dimensiones (43).

Tomar una decisión, implica ¿Qué hacer? y ¿Cómo hacer? En este contexto de cuidados, se considera que una actitud personal como la SM, es fundamental en la toma de decisiones. Lützén et al (44) definen la SM como:

“Atributo personal que recoge la habilidad de reconocer un conflicto moral, una comprensión contextual e intuitiva de la vulnerabilidad de esa persona en una situación y un conocimiento de las consecuencias que las decisiones tomadas tienen sobre el bien de la persona”

Todo ello se aprende a través de la experiencia. Más que seguir códigos y normas, las enfermeras entrevistadas, se rigen por las relaciones que tienen con sus pacientes y por la motivación de hacer el bien. Posteriormente, Chiovitti (45) obtuvo resultados similares a través de la teoría fundamentada en un estudio sobre el cuidar en el entorno psiquiátrico. La figura 1 representa el modelo propuesto por Lützén.

Figura 1: Sensibilidad moral de Lützén



1.2.2. SAYERS Y DE VRIES Y EL CONCEPTO DE “SER SENSIBLE”

El propósito Sayers y de Vries (7), en el siguiente estudio que se presenta, es la elaboración de un análisis conceptual del “ser sensible” en enfermería a través del método de Scharwtz-Barcott y Kim en el que se identifican tres etapas. En la primera etapa los autores proceden a una revisión exhaustiva de la literatura. En la segunda etapa, realizan entrevistas a enfermeras de cuidados paliativos y de unidades oncológicas. Las enfermeras entrevistadas debían responder a preguntas como: ¿Qué cualidades son necesarias para ser sensible? ¿Puede poner ejemplos de lo que es ser sensible o insensible en enfermería o fuera de ella? ¿Es el concepto ser sensible / insensible en enfermería un concepto aprendido o innato? ¿Cuáles son los beneficios para las enfermeras de ser sensible? En la tercera etapa del análisis conceptual se interpretaron los datos recogidos a lo largo de las entrevistas a la luz de los supuestos teóricos.

Sayers y De Vries (7) señalan cuatro prerrequisitos para “*ser sensible*”: la empatía, la madurez, la autoconciencia y actitudes de cuidado entre las que incluyen la amabilidad, la reflexión, la consideración, la compasión y la benevolencia. El origen de la sensibilidad se justifica por la vulnerabilidad del paciente cuya dignidad y autoestima se ha de proteger, y es origen del cuidado.

Las enfermeras entrevistadas proporcionaron en sus respuestas dos características principales al significado de ser sensible: ser sensible, dicen, implica “*ser consciente*” y “*responder y reaccionar física, emocional y profesionalmente a las necesidades de los otros*”. Es un concepto, por lo tanto, que se considera como actitud y como acción.

“*Ser consciente*”, para Sayers y De Vries (7), significa tener conciencia de uno mismo y tener conciencia de los otros, ser perceptivo, estar alerta e intuitivo hacia los pacientes, la familia o personas significativas, a las enfermeras y a otros profesionales. Tener conciencia de uno mismo permite reconocer a las enfermeras cómo sus actos pueden impactar en otros; cómo sus juicios pueden influir en su conducta. Permite valorar qué información necesitará una persona en un momento determinado, entender cómo influye la cultura y las tradiciones en las necesidades de las personas, expresar respeto a su

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIONES ENFERMERAS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

privacidad y dignidad; por lo tanto, ser consciente, informa a las enfermeras en sus intervenciones y actividades.

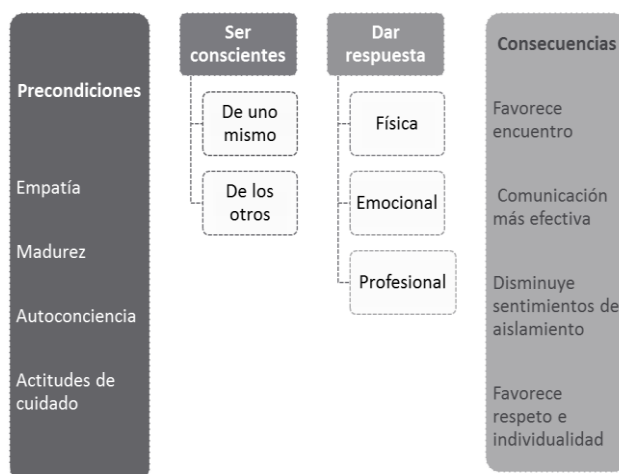
La forma en la que la enfermera responde y reacciona ante las necesidades del otro es a través de habilidades como la escucha activa, la observación, estar abierto y ser transparente, que son competencias del cuidar enfermero. Fingfeld – Connett (46) también recogen estas habilidades en su metasíntesis del cuidar en la categoría de “*sensibilidad interpersonal*”. Cuando una enfermera es consciente de las necesidades del otro, puede dar respuestas de tipo físico: proporcionando confort o a través del tacto; respuestas emocionales como proporcionar soporte, comprensión o promoción de la autoestima, y respuestas profesionales que incorporan el ayudar a que el paciente se proponga objetivos realistas. “*Ser sensible*”, en este sentido, ayudaría a ser flexible y adaptable, a no emitir juicios, a ser objetivos y mesurados (contenidos), diplomáticos, perspicaces (astutos, inteligentes), expertos y defensores del paciente.

Una consecuencia de “*ser sensible*” es que se favorece el encuentro enfermera - paciente y ésta se hace consciente de lo que sus acciones implican. La comunicación se hace más efectiva. Su presencia y reconocimiento, ayuda a que el paciente no se sienta aislado y favorece el respeto y la individualidad.

Uno de los aspectos más interrogados acerca de la sensibilidad se relaciona con su carácter innato o adquirido. La experiencia nos dice, y las entrevistadas lo confirmaron, que existen diferentes grados y profundidad de ser sensible, y que si bien no todas las personas expresan de forma natural el mismo grado de sensibilidad, ésta se puede aprender tanto en lo que se refiere a las actitudes como en los comportamientos y respuestas. Sayers y de Vries (7), señalan que la sensibilidad varía y se ve influida por la motivación, cualidades innatas, personalidad, experiencia, entorno y cultura, factores todos ellos reconocidos por otros autores en relación con la competencia clínica y moral enfermera (33,37,47) La consideración de la SM como carácter adquirido resulta de crucial importancia en la formación de los futuros profesionales.

En relación con la edad, las entrevistadas mostraron una mayor percepción de la sensibilidad con la edad, una mayor conexión con los pacientes; pero al mismo tiempo reconocieron que el proceso tenía más que ver con la madurez; no es sólo cuestión de años, y que la sensibilidad era fruto de la integración de conocimientos, valores y experiencia. La figura 2 recoge el modelo propuesto por Sayers y De Vries.

Figura 2. Ser sensible en el cuidado de Sayers & de Vries



1.2.3. NORTVEDT Y LA SENSIBILIDAD ÉTICA

Nortvedt (9,31), utiliza en su argumentación la ética de la virtud y la reflexión fenomenológica basada en las aportaciones de Levinás. Una idea fundamental recorre su discurso: la relación entre SE y la competencia clínica. El autor apunta que la excelencia moral contribuye y es base de la eficiencia clínica. ¿De qué manera el carácter moral del cuidador contribuye a la excelencia profesional, al arte del cuidado profesional? Nortvedt (31) explica que la SE informa a la situación clínica.

Nortvedt (9) sugiere que la observación enfermera está muy influida por la SE, siendo ésta la que facilita la observación.

En muchas ocasiones la sensibilidad a la condición del paciente es la que puede revelar cambios significativos en su condición clínica. Las variaciones clínicas se pueden recoger de forma más clara. Cuando se ve a un paciente con afecto además de conocimiento, la enfermera puede percibir más información.

Es más, afirma, la percepción ética precede al conocimiento clínico, es la que inicia las preguntas relevantes sobre la condición clínica del paciente y las acciones. El compromiso con el ser humano es previo al conocimiento clínico y es el que contribuye al conocimiento clínico. La intuición ética, la sensibilidad a lo que es moralmente

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIONES ENFERMERAS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

sobresaliente, la condición humana cargada de valores, serían precondiciones para un correcto conocimiento clínico.

Para Nortvedt (9), un experto podría ser más sensible a los aspectos morales de una situación clínica. La excelencia moral y la profesional pues, habrían de ir a la par para ser un profesional excelente. Pero no siempre ocurre así, coexistiendo excelentes profesionales con menores cualidades morales, al lado de profesionales con menores cualidades técnicas, pero excelentes cualidades morales.

Sigue explicando Nortvedt que la enfermera, cuando está ante un paciente, no sólo recoge los signos de la enfermedad; no sólo ve un cuadro clínico más o menos complejo, la persona por un lado y la enfermedad por otro, sino que ve a la persona enferma, con todas las dimensiones que le acompañan y la conforman.

Para explicarlo, introduce en su argumentación los términos de significado, e intuición. Su comprensión de la enfermedad y de la persona le lleva a captar la experiencia del paciente y cómo ésta se manifiesta no sólo en los síntomas sino en su expresión corporal, verbal, facial... A considerar la dimensión social, familiar, laboral, relacional etc. de la enfermedad.

Ambos serían capacidades del conocimiento que capturan realidades morales importantes de la condición humana: *"...La intuición ética en la práctica clínica enfermera informa al conocimiento clínico y participa en las valoraciones clínicas"*.

La SE introduce conocimiento clínico cualificado por hacer posible de forma intuitiva, ser conscientes de las variaciones de los signos clínicos.

Esta profunda relación entre el conocimiento ético y el profesional en la práctica enfermera tiene importantes implicaciones para nuestra comprensión del conocimiento científico enfermero. El autor lo describe así:

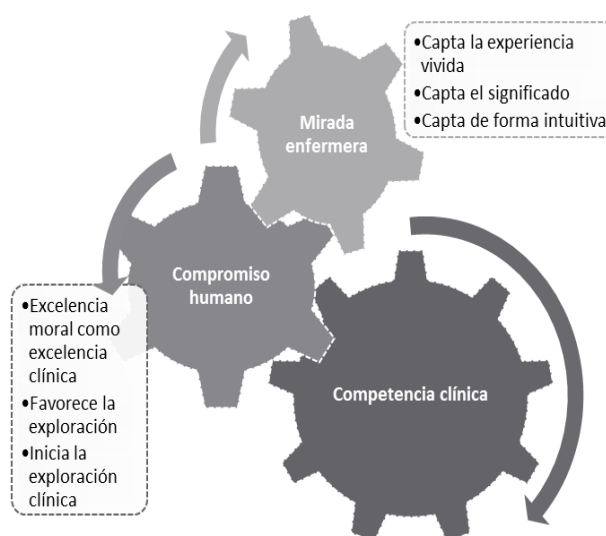
"Cuando hablamos que una persona tiene una enfermedad, esta enfermedad no solo viene manifestada por unos signos y unos síntomas. Una enfermedad incluye un estado de vulnerabilidad de la persona, dolor, sufrimiento, disconfort, todo va ligado a la enfermedad y todos estos fenómenos están cargados de valores. Son realidades morales."

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIONES ENFERMERAS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

La suma del conocimiento enfermero, los valores, los métodos clínicos, y el conocimiento de la vulnerabilidad humana, tiene un impacto en la percepción clínica y en la acción y por lo tanto en la competencia clínica enfermera en general.

Dicho de otra manera, a la hora de tomar las decisiones, la enfermera no sólo tiene en cuenta el estado clínico del paciente, sino la globalidad de su estado y ese conocimiento afecta tanto a la capacidad para dar una respuesta ética como para la respuesta clínica.

Figura 3. Nortvedt y la Sensibilidad Ética



1.2.4. LA SENSIBILIDAD ÉTICA: WEAVER Y MORSE

Weaver y Morse (8,48,49) conciben la SE como un concepto transdisciplinar. La SE sería el medio y la capacidad a través de la cual los profesionales se esfuerzan por comprender y responder de forma compasiva a los que cuidan. Las autoras perfilan como precondiciones de la SE el sufrimiento y la vulnerabilidad de las personas observadas por el profesional, quien debe tomar decisiones en el terreno profesional en situaciones de eventual incertidumbre.

Para que se desarrolle la SE, se necesitaría ser receptivo (mente abierta), tener capacidad de respuesta, conciencia del impacto actual o potencial de las acciones, compromiso interno con el paciente, coraje, y actuar en concordancia con pensamientos y sentimientos: integridad, honestidad.

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIONES ENFERMERAS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

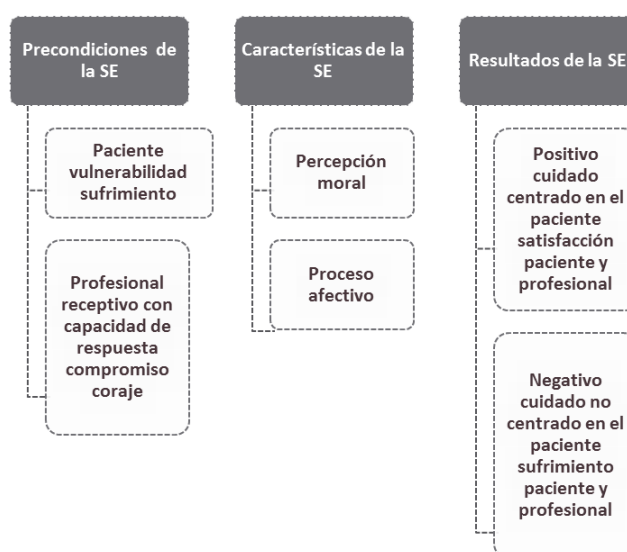
Atribuyen a la SE dos características: percepción moral y un proceso afectivo. La percepción moral consiste en el reconocimiento de la demanda ética a través de un proceso intuitivo. Afectividad sería la respuesta que ofrece el profesional y que le conecta con la vulnerabilidad del paciente a la par que se siente afectado por su proceso. La visión global de la situación y su relación con el paciente le lleva a valorar todas las posibles acciones, reflexionar y juzgar cada una de ellas, teniendo en cuenta no sólo la relación establecida con el paciente sino los principios y estándares éticos.

El resultado es un cuidado centrado en la persona, satisfacción del cliente y del profesional, confort y bienestar y trascendencia profesional. Sin embargo, cuando los cuidados no están centrados en el cliente, su sufrimiento no se aliviaría, y el personal experimentaría angustia moral. El residuo moral de culpa y remordimiento por no haber podido responder moralmente se considera como elemento que motiva el crecimiento personal y profesional.

Weaver y Morse (8,48,49) definen la SE como:

“...La capacidad de decidir en una situación de cuidado incierta, con inteligencia y compasión, a partir de una comprensión crítica de los códigos de conducta ética, de la experiencia académica y clínica y un auto conocimiento con una habilidad adicional de anticipar las consecuencias y el coraje para actuar “.

Figura 4. Sensibilidad ética de Weaver y Morse



1.3. MEDICIÓN DE LA SENSIBILIDAD MORAL

1.3.1. MORAL SENSITIVITY TEST (MST)/MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE (MSQ) DE LÜTZÉN ET AL.

1.3.1.1. Desarrollo y determinación propiedades psicométricas MSQ

El Moral Sensitive Questionnaire (50), es el cuestionario más utilizado en la literatura enfermera para el análisis de la SM. Cabe señalar que en el momento de su creación, la mayoría de estudios estaban dirigidos al análisis del razonamiento moral enfermero, siguiendo la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, pero eran pocos los dirigidos al análisis y estudio de la intuición y de los sentimientos en la toma de decisiones morales (51-53).

El propósito de los autores fue la construcción de un instrumento que permitiera identificar las experiencias vividas por las enfermeras en la toma de decisiones morales. En ningún momento se pretendía evaluar la corrección de las respuestas, sino observar las variaciones de las actitudes reportadas desde la experiencia de los profesionales en relación con los temas presentados. Los resultados obtenidos con diferentes muestras durante el proceso de validación fueron presentados en varios estudios (44,50,54-56).

El Moral Sensitivity Test (MST) se generó de forma inductiva tras los resultados del estudio cualitativo (54) descrito en el apartado 1.2.1. Los enunciados de los ítems fueron redactados a partir de las expresiones de las entrevistas a enfermeras expuestas posteriormente a un proceso de categorización.

Lützén et al (54) proponen finalmente las siguientes dimensiones o categorías:

Orientación interpersonal.

Esta categoría recoge las expresiones enfermeras que expresan la importancia que otorgan a la relación con los pacientes, la responsabilidad, la necesidad de dar respuesta, el sentir profesional ante la mejora del paciente, la capacidad para captar la corrección de la actuación a partir de las respuestas de los pacientes, sentimientos enfermeros relacionados con la adecuación como profesional.

Estructurar el significado moral

Integraría los procesos cognitivos que permiten inferir el significado moral de las decisiones y acciones tomadas; recoge la importancia de la honestidad en la relación enfermera-paciente, la autonomía, e influencia de los valores, creencias y principios enfermeros en las respuestas de cuidado facilitadas.

Expresar benevolencia o motivación moral

En esta categoría se recogen las manifestaciones que las enfermeras psiquiátricas realizaron en torno a aspectos muy concretos del cuidado al paciente psiquiátrico como el uso de la fuerza, seguir las normas por el bien del paciente, la participación de los pacientes psiquiátricos en la toma de decisiones, la necesidad de tener en cuenta al paciente, su punto de vista y sus deseos.

Modificar autonomía

Recoge las expresiones de las enfermeras referidas a la necesidad de modificar la autonomía de los pacientes, si está en peligro la seguridad del paciente o la del resto de pacientes.

Experimentar un conflicto

Englobaría las expresiones enfermeras relacionadas con la experiencia de conflictos en la práctica diaria.

Confianza en el conocimiento médico

Recoge las expresiones enfermeras que hacen referencia a la confianza en el criterio médico ante situaciones sanitarias conflictivas.

Se optó por un formato de respuesta tipo Likert 1-7 donde 1 indicaba total desacuerdo y 7 completo acuerdo con el enunciado propuesto. La puntuación total del cuestionario se obtenía a través de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems, previa reconversión de los ítems formulados de forma negativa.

Un comité constituido por seis expertos en ética y enfermería psiquiátrica aprobó los enunciados del cuestionario. La prueba piloto se llevó a cabo en un hospital psiquiátrico y dos clínicas de la comunidad. Se distribuyeron 118 cuestionarios, recuperando 79. La muestra estuvo compuesta por 67 mujeres con edades comprendidas entre 46 y 50 años y 12 hombres entre 41 y 45 años. El 74 % de las mujeres y el 50 % de los hombres, disponía de formación específica en enfermería psiquiátrica posterior a la graduación.

Para la determinación de la fiabilidad se procedió al análisis de la consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, que resultó de 0,64 y aumentaba hasta 0,73, si se eliminaban cinco ítems. En consecuencia, se retiraron estos ítems, quedando la escala definitiva con 30 enunciados. Los autores adujeron criterios éticos y la consideración del tipo de estudio para justificar que la determinación de la estabilidad temporal no era apropiada ya que la respuesta inicial al cuestionario podía influir en la respuesta en el re-test.

Se observó una relativa elevada varianza en las puntuaciones de los ítems, lo que sugiere que el instrumento dispone de capacidad para discriminar entre los individuos expresando diferentes opiniones, aunque también podría haber sido causada por la heterogeneidad de la muestra. La puntuación media obtenida por el total de la muestra para los 35 ítems preliminares fue de 4,6.

El coeficiente de correlación de Pearson encontró una correlación positiva para 30 de los ítems y la suma de las puntuaciones totales. La correlación entre las seis categorías

fueron débiles (-0,04 a 0,43). El resultado obtenido demostró que existía una baja correlación ínter ítem, así como una elevada correlación con el total del cuestionario, 0,83 para la sub escala A (dimensiones 1, 2,3) y 0,73 para la sub escala B (dimensiones 4, 5,6).

Los autores interpretan la relación aparecida entre la categoría 3 (*benevolencia*) y la categoría 5 (*conflicto*) de la siguiente manera: una enfermera que expresa un elevado sentimiento de benevolencia tiene una mayor tendencia a experimentar conflictos morales. La relación de la categoría 2 (*significado*) y 4 (*autonomía*) la explica como: al percibir el significado moral de una situación vivida como conflicto, la enfermera advierte la necesidad de modificar la autonomía del paciente. Y por último, en la relación entre la categoría 3 (*benevolencia*) y la 4 (*autonomía*): Con el fin de hacer un bien, la enfermera considera la necesidad de restringir la autonomía de un paciente².

1.3.1.2. Estudios empíricos en los que se aplica el MSQ

Lützén et al (44) trabajaron en la transformación de MST para su generalización a otros entornos enfermeros, desarrollando el Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ). En este proceso, se eliminaron los términos “psychiatry” y “psychiatric” en todos los ítems. Posteriormente, el cuestionario fue evaluado por seis enfermeras asistenciales de entornos médico- quirúrgicos para confirmar la validez del contenido, teniendo especial cuidado en los conceptos relacionados con la coerción y la limitación de la autonomía, aspectos estos, más específicos de los cuidados en el paciente psiquiátrico.

Para el análisis de sus propiedades psicométricas y la relación con diferentes variables, la muestra estuvo compuesta por 295 enfermeras-os (145 ámbito psiquiátrico, 150 unidades médico quirúrgicas (geriatría, ginecología y obstetricia). El 85% eran mujeres. La media de edad de las enfermeras del entorno psiquiátrico de 43,2 años, y la de las unidades médico quirúrgicas de 37,9 años.

La consistencia interna, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, resultó de 0,78. Se procedió a un análisis de componentes principales identificando seis factores con un

² Se ha de considerar el contexto de cuidados psiquiátricos en el que se desarrolla.

valor propio superior a la unidad, que explicaban conjuntamente el 44,5% de la varianza total. Las cargas factoriales de 29 de los 30 ítems oscilaron entre 0,32 y 0,74.

Tras una nueva modificación del contenido del mismo (50), se entregaron 1420 cuestionarios a médicos psiquiatras, recogiendo 754. Los autores interpretaron que la baja tasa de respuesta pudo ser originada por la distribución del cuestionario por correo, o quizás por la escasa importancia que los participantes otorgaron a este cuestionario. La muestra estuvo compuesta por 317 mujeres y 418 hombres. La edad osciló entre los 21 y 70 años. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,64.

Posteriormente, se añadieron al estudio un cuarto grupo de participantes formado por médicos de dos hospitales universitarios a los que se envió el MSQ y se analizaron los resultados estableciendo diferencias significativas entre los grupos en los diferentes factores del MSQ según se tratara de un entorno psiquiátrico o no y según se trataran de enfermeras o médicos (55).

El MSQ también ha sido aplicado en estudiantes de enfermería y postgraduados (57). Se observó cómo a medida que los estudiantes progresaban en los cursos, se hacían más conscientes en el reconocimiento contextual de los temas morales. Los estudiantes graduados puntuaron de forma más elevada que los no graduados en el reconocimiento de la necesidad de seguridad del paciente. La categoría que consiguió puntuaciones más elevadas fue la de “*estructurar el significado moral*” y en segundo lugar la categoría de “*relación interpersonal*”. El valor que alcanzó mayor puntuación fue el de la honestidad, seguido de respeto al paciente y la responsabilidad por conocer la situación del paciente.

Cabe resaltar, para finalizar, cómo el MSQ, a pesar de haber sido generado en un entorno muy específico (el entorno de cuidados al paciente psiquiátrico), es el cuestionario más utilizado en investigaciones sobre la SM.

1.3.1.3. Adaptaciones interculturales del MSQ

Han et al (58) con el objetivo de explorar la SM en las enfermeras coreanas, procedieron a la validación coreana del MSQ. La adaptación del cuestionario se realizó a través de un proceso de traducción-retrotraducción manteniendo el formato de respuesta tipo Likert 1-

7. Se eliminaron tres ítems que no se adecuaban, por ser específicos del ámbito de cuidados psiquiátricos.

La consistencia interna del cuestionario, calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0,76.

En relación a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario, el ítem que obtuvo la menor puntuación fue *“If a patient does not have insight into his or her own illness, there is little I can do”* con una puntuación media de 3.36. El ítem con puntuaciones más elevadas fue: *“It’s my responsibility as a nurse to know about the patient’s overall situatio”* con una puntuación media de 6.38.

Se realizó un análisis de ejes principales con rotación Varimax que presentó cinco factores que explicaban el 45 % de la varianza total.

El factor I se etiquetó como: *“cuidado centrado en el paciente”* Este factor explicaba el 17,4% del total de la varianza. Agrupa los ítems en los que se expresa la importancia de establecer una relación honesta con los pacientes, el derecho de los pacientes a tomar decisiones, la relación enfermera-paciente, la toma de decisiones enfermeras y la influencia de valores personales a la hora de tomar decisiones.

El factor II se etiquetó como *“responsabilidad profesional”* y acumuló el 10,5% de la varianza total. Este factor incorporó los ítems que hacían referencia a la consulta a colegas ante situaciones difíciles, conocimiento de lo específico de la unidad y del paciente, la actuación en interés del paciente.

Los factores III, IV y V presentaron una estructura muy similar al cuestionario original desarrollado por Lützén que se etiquetaron como *“conflicto”*, *“significado”* y *“benevolencia”* y explicaban el 7,2%, 5,5%, y 4,9% respectivamente del total de la varianza.

Bé gat et al (59) utilizaron una versión modificada del MSQ, formada por 27 ítems, con respuesta tipo Likert 1-7 en una muestra de 150 enfermeras de Noruega y Japón.

La consistencia interna medida a través del α de Cronbach fue de 0,54. Se realizó un análisis de componentes principales con rotación Varimax, apareciendo seis factores que

explican una varianza del 47,7 % y que con un valor propio superior a 1,4 para cada factor recogen las participantes japonesas y un 50,9% de varianza con un valor propio superior a 1,4 para cada factor en el caso de las noruegas.

De los seis factores aparecidos, tres de ellos son comunes para ambos grupos, los otros tres son diferentes, englobando ítems distintos en ambos grupos. Las dimensiones que comparten, son las relacionadas con los valores en el cuidado de los pacientes, los conflictos morales y el cuidado centrado en el paciente.

Los autores señalan que para comprender las diferencias obtenidas en el MSQ, hay que tener en cuenta el contexto social y cultural en el que fue construido el MSQ y sus diferencias con la cultura japonesa. Este hecho pudo dificultar la interpretación de algunos ítems para las enfermeras japonesas lo cual refuerza la importancia de la adaptación cultural de los cuestionarios, sobretodo cuando el fenómeno en estudio tiene un marcado carácter cultural.

1.3.1.4. Versión reducida del MSQ

Lützén et al. (6) en el año 2006 publican la versión reducida del MSQ. Tras una revisión del cuestionario reducen el número de ítems de 30 a 9.

El resultado de la consistencia interna del mismo no aparece en el estudio. El formato de respuesta escogido fue una escala Likert con formato respuesta 1-6.

Se procede a un análisis de componentes principales con rotación Varimax. Aparecen tres factores. El factor I con un valor propio de 2.849 se etiquetó como "*sentido de carga moral*". Recoge los ítems que hacen referencia a la sensibilidad moral vivida como una carga, para el profesional y que le lleva a vivir situaciones dificultosas ante las cuales se puede sentir inadecuado.

El factor II con un valor propio de 2.184 y etiquetado como, "*fuera moral*". Este factor recoge los ítems que hacen referencia a la vivencia de la SM como una fuerza moral que ayuda a los profesionales en su labor diaria, que le permite percibir las situaciones en las cuales el paciente no está recibiendo un buen cuidado y que le ayuda a manejar las situaciones conflictivas.

El factor III con un valor propio de 1.368 es etiquetado como “*responsabilidad moral*”. Este factor recoge los ítems que hacen referencia a la sensibilidad moral como una responsabilidad profesional en el buen cuidado ayudado por el seguimiento de reglas y de normas.

No aparece la varianza total explicada ni la correspondiente a cada factor.

1.3.2. CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD ÉTICA ENFERMERA DE ODDI, CASSIDY Y FISHER

Oddi et al (60) definen la SE como la capacidad del individuo para detectar el carácter ético de las situaciones. Para evaluar la SE construyeron 80 situaciones éticas de cuidados enfermeros que se ajustaban a los cuatro principios de Beauchamp & Childress (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia).

Para determinar la validez de contenido, el cuestionario se entregó primero a un profesor de ética médica y posteriormente a una comisión de tres expertos en ética en enfermería. Se solicitó que valoraran de 1 a 4 la representatividad y claridad de cada una de las situaciones éticas planteadas. Tras esta revisión, ocho ítems fueron eliminados. Durante la prueba piloto, se envía de nuevo a un comité de expertos que recomendaron anular dos ítems, los cuales fueron eliminados en los análisis posteriores.

El cuestionario inicial estaba formado por 36 enunciados que correspondían en su totalidad a diferentes conflictos éticos. A los participantes se les daba seis formatos de respuesta: “*personal*” (adecuación del personal para dar una atención segura), “*relaciones interpersonales*”, “*política institucional*”, “*comunicación*” y “*ética*” sin embargo, la respuesta adecuada en todos se hallaba bajo la categoría de “*ética*”.

Entre los temas éticos que aparecen en el artículo y a partir de los cuales se crean los enunciados se recogen las siguientes situaciones:

- La comunicación paciente y familia.
- El uso de placebos sin información al paciente.

- La interrupción hidratación en paciente terminal.
- Administrar un medicamento con una dosis incorrecta.
- Abandono de la unidad sin cobertura del servicio.
- Denunciar un compañero que sabemos que bebe alcohol.
- Reportar un error de medicación
- Llamar diciendo que se está enferma, cuando no es verdad.
- Administrar medicación preoperatorio, cuando el paciente la está rechazando.
- Informar a un paciente de que su decisión de abandono de tratamiento molesta al personal.
- Aplicar un tratamiento experimental en un moribundo.
- El rechazo a un tratamiento.
- Mantener un tratamiento doloroso.
- Continuar con un tratamiento agresivo cuando se sabe que no es útil.
- Tratamientos en niños en final de vida.
- Asesorar a un paciente ante procedimientos invasivos.
- Consentimiento informado para investigación en pacientes incapacitados.
- Hacer énfasis en la expertez del médico cuando el paciente expresa sus dudas ante una exploración.
- Confidencialidad.
- Rechazo a medicación o cualquier tratamiento.
- Derecho paciente a ser informado o no sobre su diagnóstico.

En el estudio piloto se utilizó una muestra de conveniencia formada por 125 enfermeras con un rango de edad entre 30-49 años y una media de experiencia de 15,6 años, pertenecientes a varios entornos de cuidados: médico-quirúrgico, cuidados críticos, materno-infantil, oncología y otros.

Puesto que la muestra no presentaba el tamaño suficiente para proceder al análisis factorial, se recurrió a métodos estadísticos en la asignación de categorías ("*personal*", "*relaciones interpersonales*", "*política institucional*", "*comunicación*" y "*ética*".

Se estableció el criterio del 20% (n=25) para incluir cada ítem en uno de los clústeres asignados.

Aplicando este criterio, sólo 4 ítems aparecieron en un solo grupo, 26 ítems fueron recogidos en dos grupos, (por ejemplo en juicio clínico y ética o en ética y relaciones interpersonales) y 5 ítems en 3 de las opciones presentadas.

Los participantes etiquetaron algunas de las situaciones éticas como "*juicio clínico*". La importancia de esta decisión estriba en que si se ignora el tema ético subyacente en muchas situaciones clínicas diarias, o los principios éticos no se tienen en consideración, puede llevar a ignorar o infravalorar problemas diarios.

Los enunciados éticos clasificados bajo la etiqueta de "*relaciones interpersonales*", recogían conflictos entre la enfermera y otros miembros del equipo inter e intradisciplinar. Mostrar confusión en este terreno, señalan los autores que conlleva un considerable gasto de energía y angustia, a la par que priva y reduce la capacidad del profesional de mostrar la SM necesaria para captar la situación y la decisión ética.

La etiqueta "*política institucional*" reunió pocos ítems y un bajo índice de respuesta. Esto es interpretado por los autores como un indicador de la lejanía con la que las enfermeras viven las políticas y normas institucionales y su relación con el cuidado.

La etiqueta "*ética*" recogió ítems relacionados con el consentimiento informado, la autonomía, la confidencialidad, el final de vida y las relaciones entre el equipo

El interés de este estudio estriba en el hecho de que, investigaciones anteriores analizaban el juicio moral enfermero a través de la toma de decisiones de las enfermeras en la práctica diaria, poniendo de manifiesto una dificultad para el manejo de estas situaciones y su resolución. Se habían descrito como posibles causas la falta de conocimientos éticos, el poco poder enfermero en la toma de decisiones de este tipo e incluso la falta de compromiso ético como prioridad profesional.

A los resultados anteriores, este trabajo añade otro problema, Oddi et al (60) señalan que la percepción de los participantes en temas éticos es muy limitada. Parece que ante el dramatismo de los enunciados presentados la enfermera sobrevalora determinados temas y no vea la implicación ética en otras situaciones que ocurren a diario.

1.3.3. CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD ÉTICA DE ERSOY Y GOZ

Ersoy y Goz, (61,62) definen la SE como la capacidad para identificar un problema ético, el principio en juego y la elección de la acción correcta. A partir de esta definición solicitaron a 22 enfermeras la redacción de un caso que contuviera un problema ético frecuente en la práctica. En cada situación primaba un principio (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia). La introducción en el cuestionario no sólo de la identificación del tema ético, sino de la acción que se escogería, permite identificar el principio que se prima en la acción.

Un comité de expertos los evaluó y seleccionó cuatro. A los participantes se les preguntaba: En las siguientes situaciones, ¿Considera que hay conflicto ético?, ¿Qué haría usted para sentir que hace lo correcto?

El estudio se llevó a cabo en tres hospitales de diferentes categorías de Turquía (universitario, privado y hospital estatal). Repartieron 180 cuestionarios, recuperando 165. El 67 % de la muestra era menor de 25 años. El 67% estaba en su primer año de trabajo, el 15% tenía una experiencia laboral entre 6 y 10 años y sólo el 8% se encontraba en el grupo de más de 25 años de experiencia. El 63% pertenecía a unidades quirúrgicas, el 37% en medicina interna. El 44% de los participantes trabajaban en un hospital estatal, 23 % en un hospital universitario y el 32% en un centro privado.

Se describen a continuación los cuatro casos que recoge el cuestionario de SE.

Situación 1

Un hombre que necesita una transfusión sanguínea manifiesta su deseo de rechazarla si no proviene de un musulmán. La enfermera le responde que no dispone de tal

información y el paciente rechaza el tratamiento. El médico recrimina a la enfermera por no haber mentido asegurando al paciente que la sangre provenía de un musulmán.

El tema central en esta situación, es el rechazo de un tratamiento con hemoderivados por un conflicto religioso. El principio en juego es el de autonomía.

Ante este caso, el 58,1 % habrían mentido o manipulado la verdad por el bien del paciente, y le hubiera administrado la sangre. Es decir, no muestran sensibilidad al principio de autonomía anteponiendo el principio de beneficencia. Esto es expresión de una actitud maternalista, que va en contra de los principios promulgados por los códigos en relación a la veracidad y protección de la autonomía del paciente así como el respeto a los valores y creencias de los pacientes.

Situación 2

Una mujer ingresa en un hospital para ser intervenida de un quiste de ovario. La paciente confiesa a la enfermera que se acaba de divorciar y que no puede hacer frente al coste de la operación, pero que no lo ha dicho ya que teme que no la operen si conocen esta realidad y ruega a la enfermera que le guarde el secreto. La enfermera se encuentra ante el dilema de guardar el secreto o compartirlo con alguien autorizado.

Los temas implicados en esta historia son la confidencialidad de la información, prevenir perjuicio a la institución, y los principios que entran en juego son los de autonomía, justicia y beneficencia por igual.

De las respuestas dadas por las enfermeras el 58,2% consideran que se trata de un secreto profesional para ayudar a la paciente a obtener el tratamiento; el 29,7 % harían partícipes a un médico o alguien autorizado, el 12% darían a conocer la información para evitar perjudicar a la institución así como asegurar que otros sean tratados igual si no pueden pagar.

Situación 3

Una mujer con una neoplasia de mama que pide información sobre su diagnóstico y tratamiento. La enfermera, se cuestiona si decirle la verdad a la paciente o no.

Los temas en este caso son la información y consentimiento informado y decir la verdad.

Se observó que el 76 % diría la verdad a la mujer. Las enfermeras muestran sensibilidad ética al principio de la veracidad promulgado por los códigos.

Situación 4

Una mujer con hipertensión arterial ingresada en un centro hospitalario que al tomarle la tensión pregunta la cifra que ha resultado. La enfermera, para que no se asuste, miente y le da una cifra dentro de los parámetros de normalidad. Cuando la enfermera sale de la habitación, la paciente se levanta y cae.

El tema en este caso es el de no hacer daño, y prevenir la lesión. Los principios que están en juego en este caso son el de beneficencia, y autonomía.

Más del 50% prefieren decir la verdad. Los participantes en el estudio demostraron sensibilidad ética a los temas de veracidad y de confidencialidad. Mostraron respeto al principio de autonomía condicionado al beneficio que recibía el paciente. También expresaron actitudes más tradicionales y maternalistas tomando decisiones por el bien del paciente.

Se aplicó el mismo diseño de estudio a una muestra de médicos, y situaciones diferentes, poniendo de manifiesto diferencias con las enfermeras en los temas ante los que demostraban sensibilidad así como la acción escogida, primando en los médicos la beneficencia sobre la autonomía aun en el caso de existir manifestaciones expresas del paciente en contra de la misma (62).

1.3.4. CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD ÉTICA DE KIM, PARK, SON Y HAN

A continuación se presenta un cuestionario de SE construido en Corea del Sur. Originalmente, los enunciados fueron creados para la evaluación de la SE en enfermeras gestoras (63).

El cuestionario está formado por 14 ítems con formato pregunta. Ocho de los ítems están formulados de forma positiva y seis de forma negativa. Cuatro preguntas se refieren a los sentimientos que generan compartir temas éticos en el entorno de trabajo. Cinco preguntas hacen que el participante sitúe sus estándares éticos en relación con los de la institución, otros compañeros, y sus superiores. Cinco, son preguntas sobre reglas de organización.

El formato de respuesta es una escala Likert con cuatro opciones. La única propiedad psicométrica descrita es la fiabilidad, que resultó de $\alpha = 0,71$. No se presenta ningún otro resultado en lo que a propiedades psicométricas se refiere.

Posteriormente, se adaptó el cuestionario para ser aplicado a enfermeras de entornos asistenciales (64). Se modificó también el tipo de respuestas a un formato dicotómico Si/No.

Este cuestionario fue aplicado en una muestra de 236 enfermeras que ejercían su trabajo en unidades de medicina interna, médico-quirúrgicas, cuidados intensivos, urgencias y otros servicios no especificados.

El cálculo de la fiabilidad mediante la fórmula de Kuder-Richardson 20 resultó de 0,65

La puntuación total se obtenía dividiendo la puntuación total por el número obtenido en el ítem, con lo que el resultado oscila entre 0 y 1 (1=máxima puntuación e implica un elevada puntuación en la sensibilidad). La puntuación media obtenida por las enfermeras en el cuestionario es de 0,71.

Se obtuvieron puntuaciones muy elevadas en las dimensiones “*preocupaciones personales*” y “*normas organizativas*”, lo cual expresa una elevada sensibilidad ética en la preocupación por la seguridad y los cuidados de los pacientes, y las relaciones entre los compañeros de trabajo. Sin embargo sólo un 47.56% otorgaron respuestas afirmativas a la dimensión que evaluaba los “*estándares éticos*”. Los participantes se adjudican una posición bastante neutral acerca de sus normas éticas en relación con las de la institución y con las de sus compañeros.

1.3.5. CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD ÉTICA AL CÓDIGO ÉTICO DE GONZÁLEZ-DE PAZ, KOSTOV, SISÓ-ALMIRALL Y ZABALEGUI-YÁRNOZ

González de Paz et al.(65), construyen el primero y único cuestionario para la evaluación de la SE en lengua española.

Para la generación de ítems, se revisó el código ético del Colegio de enfermeras de Barcelona formado por 70 enunciados; a partir de un análisis de contenido se detectaron 155 normas morales. Cada una de las normas morales fue asignada a una intervención

de la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) (66). Sólo se seleccionaron aquellas intervenciones que tenían una conexión con el código ético.

Se procedió a su revisión por tres expertos y una prueba piloto con 16 enfermeras.

El cuestionario quedó constituido por 35 ítems formados por enunciados en los que el participante debía expresar el grado y/o intensidad que tiene en cuenta las actividades y actitudes enumeradas en su actividad profesional como enfermera. Para el formato de respuesta se escogió una Escala Likert con cinco opciones: casi nunca=0, a veces=1, normalmente=2, casi siempre=3, siempre=4.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 143 enfermeras de Barcelona; el 45.83% pertenecía al ámbito de atención primaria, el 53.84% a unidades de hospitalización. La media de edad se situó en 41.15 (DE=11.85). Los años de profesión 17.90 (DE=12.02). El 95.13% eran enfermeras mujeres, el 4.86% eran enfermeros hombres. El 86.7% se dedicaba a la asistencia, un 7.7% a la gestión, un 1.4% a la investigación, y un 0.7% a la docencia.

En cuanto al grado de conocimiento del código ético, del COIB, los participantes expresaron en un 7% desconocer el documento, un 9.1% expresó que conoce el código, pero que desconoce utilidad, y no recuerda su contenido; el 51.7% conocía la naturaleza y la utilidad pero no recuerda el contenido; el 31.5% conocía la naturaleza, la utilidad y recuerda el contenido aproximado; y sólo un 0.7% consideró que disponía de un conocimiento experto.

Los ítems que obtuvieron mayor puntuación, son los relacionados con confidencialidad, y privacidad, y los que obtuvieron menor puntuación, el relacionado con llevar a cabo investigación. Las características de la muestra condicionó el resultado ya que se entiende que la investigación no forma parte de las actividades rutinarias de una enfermera.

El cuestionario no fue analizado siguiendo la teoría clásica de los Tests, sino utilizando la teoría de respuestas al ítem mediante el modelo de Rasch, que permite, la medición conjunta de personas e ítems en una misma dimensión o constructo.

El ítem que encontró mayor dificultad de ajuste al modelo fue el ítem 26 "*ejercer la profesión de manera que el beneficio propio* (la retribución económica o material) *no sea*

el principal valor que guíe las acciones de cuidado”. Se interpreta que debió aparecer una dificultad para ser comprendido y proponen una revisión. El ítem 22 que habla de tomar decisiones aunque no se ajusten a protocolos o normas establecidas amparándose en el conocimiento del caso, y el ítem 32 referido a la objeción de conciencia, obtuvieron un FIT residual >2,5.

Los participantes con más de 28 años de experiencia expresaron una mayor SE que los de menos de 28 años de experiencia. Mostraron mayor SE las enfermeras de primaria que las de hospitales. También se hallaron diferencias significativas según el grado de conocimiento de los códigos.

El alto grado de aprobación ética de la enfermera y el elevado nivel de sensibilidad ética, sugieren que la enfermera cumple con las normas y lleva a cabo las actividades sin problemas.

1.4. RELACIÓN DE LA SENSIBILIDAD MORAL Y OTRAS VARIABLES

1.4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Los estudios examinados recogen variaciones en las puntuaciones de los cuestionarios contruidos pudiéndose hablar de la influencia de factores individuales en las puntuaciones obtenidas como el género, la edad, la formación específica y el entorno (55,56). Parece que con la edad aumenta la habilidad y la capacidad para identificar el sentido moral, el deseo de hacer por el bien del enfermo, la compasión, la empatía, y la comprensión de la modificación de la autonomía, todos ellos aspectos relacionados con la competencia moral (56)

En el cuestionario de Ersoy y Goz (61) no se detectaron diferencias significativas en cuanto a la edad, pero sí en cuanto al entorno de cuidado, si se trataba de un centro privado o público,

En el cuestionario de sensibilidad ética de Kim et al. (64), las enfermeras entre 25-30 años mostraron niveles superiores de SE, lo cual sorprende en relación con otros estudios en los que la SE aumenta con la edad. Dos ítems, obtuvieron diferencias significativas al observar las variables nivel académico, entorno.

1.4.2. VARIABLES ÉTICAS

Kim et al. (64) incorporan en su estudio algunas variables individuales de carácter ético y analizan cómo influyen éstas en las puntuaciones del cuestionario construido.

El 74,2 % de los participantes había recibido formación en ética durante la carrera, pero un 62,3% no había realizado ninguna formación en ética tras su graduación.

Los participantes respondieron sentirse ocasionalmente confusos respecto a los valores éticos enfermeros (68,2 %).

Prácticamente la totalidad de los participantes (97,9%) mostró su acuerdo con la responsabilidad enfermera en identificar problemas éticos. Sin embargo, el 86% reportó tener dificultades en la toma de decisiones éticas.

Los participantes expresaron que la forma más habitual de resolver los conflictos era buscando el soporte de los colegas (65, 3%) y que confiaba en sus valores personales a la hora de resolver los conflictos (60%).

Al estudiar cómo afectaban estas variables en las puntuaciones del cuestionario, solamente aparecieron diferencias significativas al relacionarlas con la actitud hacia la profesión, puntuando de forma superior las que afirmaban que era un trabajo que no incidía en la vida familiar.

En el resto de variables, a pesar de no haber alcanzado diferencias significativas, obtuvieron mayores puntuaciones aquellas enfermeras que habían recibido formación en ética en la carrera, las que habían tenido alguna formación en ética post graduación y las que consideraban disponer de estándares éticos estrictos (una de las dimensiones del cuestionario).

1.4.3. CORRELACIONES DE LA SENSIBILIDAD MORAL Y OTROS CONCEPTOS

1.4.3.1. Autopercepción moral y Sensibilidad Ética

El cuestionario de sensibilidad ética de Kim et al (63) relaciona la sensibilidad ética con la autopercepción moral valorada a partir de un cuestionario de 18 ítems en el que el participante se autovalora en diferentes aspectos morales. Los resultados ponen de manifiesto una correlación moderada ($r= 0,34$) y significativa entre ambas.

Las enfermeras de mayor edad con cargos de gestión en unidades de hospitalización obtuvieron una mayor puntuación en la sensibilidad ética y en la autopercepción moral que las gestoras de unidades de cuidados intensivos y bloque quirúrgico.

Los autores explican que este hecho puede interpretarse desde la consideración de las características del entorno y su funcionamiento.

1.4.3.2. Satisfacción sociolaboral y Sensibilidad Moral

Se han recogido dos estudios en los que se utiliza el Work Environment Questionnaire (WEQ) y el MSQ modificado (entorno de cuidados generales) (67). El WEQ es un cuestionario compuesto por 39 ítems con un formato de respuesta tipo Likert 1-6 que comprende las siguientes dimensiones: “*compromiso de cuidado*”, “*influencia de las*

obligaciones, *“rutinas”*, *“comunicación”*, *“carga de trabajo”*, *“estrés laboral”*, *“seguridad laboral”*, *“cambios organizacionales”*, *“motivación laboral”*, y *“expectativas laborales”* con una fiabilidad medida a través del α de Cronbach de 0,91.

Del análisis de los resultados del primero de los estudios, se puede inferir que el aumento de las demandas laborales obstaculiza la expresión de la SM, por lo tanto, un estado de estrés y ansiedad entorpece la percepción de conflictos éticos subyacentes. Por otro lado, se observa que según el desarrollo y la experiencia del profesional, la vivencia del conflicto resulta diferente. La SM favorece la colaboración y la comunicación en el equipo y desvelan los valores profesionales que favorecen relaciones con el resto de profesionales (67) .

En el segundo trabajo (59), fue aplicado a una muestra de enfermeras japonesas y noruegas. En las participantes japonesas, se detectó una correlación positiva y significativa entre *“estrés laboral”* y *“conflictos morales”*. También entre demandas del trabajo, falta de tiempo y conflictos morales.

En las participantes de Noruega se observa una correlación entre autonomía profesional- ansiedad, conflictos morales -síntomas físicos y mentales y entre cuidado centrado en paciente - estrés laboral- ansiedad.

Estos resultados nos informan de la influencia y relación entre autonomía y autoconcepto profesional, conflictos morales y estrés laboral.

1.4.3.3. Estrés de Conciencia y Sensibilidad Moral

Se ha demostrado empíricamente que vivir la SM como una carga (dimensión del MSQ revisado) está relacionado con el estrés de conciencia (68,69). No obstante estos estudios también evidenciaron que algunas características individuales como la personalidad, los valores, la formación, o la resiliencia y factores externos como disponer apoyo de los superiores o el tipo de entorno determinan la vivencia de la conciencia y la SM. (68). Parece que el dominio y el control del entorno de trabajo funcionan como factores de protección ante estas situaciones (69).

CAPÍTULO 2- CUIDADO ENFERMERO

2.1. EL CUIDAR COMO ACTIVIDAD MORAL

2.1.1. VULNERABILIDAD Y SUFRIMIENTO COMO ORIGEN DEL CUIDADO

El primero de los argumentos que se van a utilizar en torno al carácter moral del cuidar, está íntimamente relacionado con la naturaleza moral del ser humano. Como señala Gracia (5), el hombre no puede no ser moral, y cuidar supone ante todo un encuentro con otra persona, normalmente en un estado de vulnerabilidad, que sufre (70,71).

La exigencia de cuidar aparece siempre e inmediatamente tras ese encuentro con el otro en estado vulnerable (72), y cuyo abandono no sería moral (10). La idea ética de la vulnerabilidad hace referencia al deber y la responsabilidad que todos tenemos hacia la fragilidad, tanto propia como de los otros.

Los seres humanos somos vulnerables en todas las dimensiones y etapas de la vida. Somos vulnerables físicamente, porque podemos enfermarnos, tener dolor e incapacidad; somos vulnerables psicológicamente, porque nuestra mente es frágil y las emociones y sentimientos nos pueden desbordar, requiriendo atención y cuidado. Somos vulnerables socialmente, pues estamos inmersos en una sociedad impregnada de tensiones e injusticia social. Somos vulnerables moralmente, porque podemos ser objeto de engaño, indiferencia, desinterés o coerción. Somos vulnerables existencialmente, ya que sufrimos (72).

Diversos autores relacionan una parte importante del origen del sufrimiento, con el reconocimiento de la mortalidad de uno mismo (73-76). Bayés (77) considera el sufrimiento como resultado de la percepción de los recursos disponibles frente a la percepción de amenaza.

Para Morse (78), la persona que sufre atraviesa dos etapas; la primera se caracteriza por la supresión emocional, la segunda, caracterizada por la desaparición de dicha contención y la explosión de emociones en forma de llanto, expresiones verbales, gestos o gritos.

A partir de estos tres apuntes sobre el sufrimiento, resulta fácil reconocer la indudable importancia del papel enfermero en el soporte y el acompañamiento de la persona que sufre. Aumentar la percepción de los recursos frente a la percepción de amenaza puede disminuir el sufrimiento para lo cual resulta fundamental una adecuada valoración y actuación enfermera que aporte las estrategias pertinentes en cada momento. Además, constituye una responsabilidad moral de los profesionales sanitarios (77,79-81). Feito (14) señala que cuidar a un ser humano en su sufrimiento, en su dolor, o en su proceso de muerte no es un ejercicio automático ni puede ser jamás una sucesión premeditada de actos, sino que fundamentalmente, se trata de un arte que abarca una profunda sabiduría antropológica, ética y estética.

2.1.2. EL CUIDADO COMO PROFESIÓN: CONOCIMIENTO ENFERMERO

El segundo argumento que se propone para la consideración moral del cuidado, se refiere a la observación del cuidado como profesión.

Si bien el cuidado es innato a la condición humana, su consideración como profesión y disciplina es mucho más reciente. Somos cuidados desde que nacemos, y luego aprendemos a autocuidarnos y a cuidar a otros, pero el cuidado profesional se distingue del cuidado innato por el carácter altruista de querer ayudar a otros en su proceso de salud y enfermedad fundado y guiado en conocimiento teórico (82). Considerada como profesión³ por ley, la Enfermería dispone de un cuerpo de conocimientos propios, una autorregulación, un código ético y un reconocimiento social por la labor ejercida (83), todo lo cual implica una responsabilidad ética y legal (14,39,84,85). Esta consideración del cuidado profesional nos conduce a la reflexión en torno a dos elementos: conocimiento y paradigma enfermero.

Para el dominio o maestría de la disciplina, Carper (86) considera necesarios cuatro patrones de conocimiento enfermero: el conocimiento empírico, el ético, el estético y el personal, y señala, además, que si bien cada uno de estos patrones pueden ser concebidos necesarios, ninguno de ellos por sí solos debería considerarse como suficiente.

³ A pesar del uso a veces indiscriminado de los términos disciplina y profesión, Marriner, hace énfasis en la distinción de ambos términos, otorgando a la disciplina la referencia al ámbito de conocimiento y profesión al ámbito de la práctica creada sobre la base de una disciplina.

El conocimiento empírico guiará cuál es la mejor actuación enfermera según el estado actual de la ciencia.

El conocimiento ético proporcionará los elementos para reconocer un buen cuidado y un buen cuidador.

En relación a ambos conocimientos, Gastmans (87,88) afirma que el crecimiento y el desarrollo de la enfermería como práctica moral sólo es posible si se busca cuidadosamente un equilibrio entre la técnica y la experiencia teórica por una parte y las actitudes morales por la otra.

De la misma manera, Busquets (12) señala que la primera norma básica de cuidar es velar por la corrección técnica, sin olvidar que ésta ha de ir asociada a la corrección ética. La evolución de las actividades enfermeras, centrada en la ayuda a las personas, exige una continua formación, dedicación y un ejercicio correcto de actividades cada vez más complejas, a la vez que conciliar una gran exigencia ética vinculada a su quehacer (89).

El conocimiento estético aporta la creatividad y la sensibilidad, para proporcionar apoyo y soporte, empatía, facilitar la comunicación, o para percibir las emociones y sentimientos. Ayuda a proporcionar un cuidado individualizado y posibilita su adaptación a la edad, a la situación y al entorno concreto.

Por último, las características personales del cuidador; el momento de desarrollo personal y moral, su madurez, tanto personal como profesional, influirá en el cuidado para lo que es fundamental la reflexión y el conocimiento personal.

2.1.3. DIFERENTES PERSPECTIVAS TEÓRICAS

El paradigma enfermero, compuesto por los principales elementos que integran la labor enfermera, y materializado en las aportaciones teóricas que se presentan, permite descubrir en sus afirmaciones, y definiciones evidentes elementos morales, valores, actitudes y respuestas enfermeras.

Busquets (19) sostiene que el sentido ético del cuidar se halla en la propia enfermería, ya que ninguna teoría enfermera habla de actuar sin el consentimiento de la persona, no está centrada en la enfermedad, ni propone actuar de forma igualitaria o infantilizar a la persona impidiendo que dirija su vida.

Así, para Henderson (90), el principal propósito de la enfermería es asistir a las personas en la satisfacción de las necesidades para recuperar la salud y ayudar a recuperar la independencia. La enfermera actúa cuando la persona tiene una falta de conocimiento, fuerza o voluntad, generando actividades de sustitución, ayuda o acompañamiento.

Cuidar implica para Martinsen (91) tener en cuenta, y preocuparse por un semejante. Watson (92) considera cuidar con interés, un valor fundamental en la enfermería y para ella, la relación ideal entre enfermera y paciente es el encuentro total. Entre los factores curativos habla de la construcción de un sistema de valores humanísticos y altruistas, la inculcación de la fe y la esperanza, o el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.

Eriksson (93) habla de una ética enfermera basada en las reglas y principios que rigen mi trabajo y mis decisiones y una ética del cuidar centrada en la relación entre el ser humano y las enfermeras. Centra su atención en el ser humano que sufre, la dignidad y sufrimiento relacionado con la enfermedad.

Para Benner (94), una actitud clínicamente competente y comprometida en la relación enfermera – paciente son expresión de un cuidado ético (95). Este compromiso y competencia empuja a que la enfermera busque resultados óptimos para el paciente y su familia aunque esto suponga transgredir determinadas normas.

Según Torralba (96), cuidar es velar por la autonomía del otro, por su circunstancia, cuidar es resolver sus necesidades (escucha y capacidad de resolver). Cuidar es preocuparse y ocuparse (anticipación), preservar la identidad del otro (dignidad, respeto). Cuidar es autocuidado y vinculación empática con la vulnerabilidad del otro. Se materializa a través de la mirada, el gesto y la palabra (97).

Mayeroff (98), por su parte, centra el cuidado en ayudar al otro en su proceso de crecimiento sin imponer su dirección.

2.2. VALORES Y ACTITUDES RELACIONADOS CON EL CUIDADO ENFERMERO

Durante el proceso de cuidar, el encuentro entre el cuidador y el cuidado presenta una gran relevancia, es el primer paso y debe estar caracterizado por actitudes como la sinceridad y el interés en la persona que sufre (72). Ese primer encuentro es el que permitirá a la enfermera empatizar, simpatizar⁴ con la situación y los problemas por los que atraviesa el paciente. La empatía permitirá la comprensión de la situación, lo que está viviendo la persona y la capacidad para apreciar su dolor y angustia (99,100).

En el cuidado y en la toma de decisiones, se ponen en juego valores profesionales y personales del profesional y paciente, familia e incluso de la institución en la que se encuentra. La enfermera ha de ser capaz no sólo de identificarlos y diferenciarlos, sino también de reconocer la fuerza y relevancia de los derechos a los que están ligados e interpretar los posibles conflictos y las responsabilidades que se derivan (13,101).

Recogidos en los códigos éticos de la profesión, los valores constituyen los estándares de la expresión de la conducta esperada en ese grupo profesional en todas sus funciones (102). Informan a las personas de dentro y de fuera de la disciplina, acerca de los intereses, las preocupaciones y prioridades disciplinares.

El tema de los valores cobra hoy mayor importancia, por la profunda transformación que encaran los seres humanos en la sociedad. Los valores enfermeros también se ven influidos por los cambios culturales, el proceso de globalización y los avances en la tecnología y la medicina (103-105).

Roach y Tschudin (14) proponen cinco valores fundamentales en el cuidado: competencia, confianza, conciencia, base para la elaboración de los juicios morales y compromiso y compasión, valores estos últimos recogidos también por Gallagher (106) y

⁴ Victoria Camps, habla de simpatizar, como “sentir con”.

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 2. VALORES Y ACTITUDES RELACIONADOS CON EL CUIDADO ENFERMERO

Waldow (72). Estos valores están presentes en los textos de Lützén, Sayers, Nortvedt y Weaver (7-9,44) y en los cuestionarios creados para evaluar la SM y SE.

Especial interés merece la compasión. La compasión es un sentimiento complejo pero trascendental en el contexto del cuidado que se inicia ante la presencia del sufrimiento del otro. No es empatizar, no es simpatizar, la compasión mueve al profesional a buscar el alivio del sufrimiento y del dolor del otro a través de expresiones verbales, no verbales y el tacto (107,108). Su expresión se ve relacionada con factores individuales y del entorno (109). Cabe señalar sin embargo, el poco aprecio de los profesionales y la población en general hacia este valor, originado principalmente por desconocimiento, o por prejuicios ya que, como afirma Camps (110), la compasión se entiende como *“La parafernalia mojigata que acompaña a una más que sospechosa buena conciencia, dispuesta a atender momentáneamente al que sufre para olvidarlo al momento”*. De la misma manera. Torralba (97) señala el carácter de virtud de la compasión y la necesidad de incorporarla en el cuidar; y afirma que la verdadera compasión se traduce en un movimiento solidario ya que la garantía de la autenticidad de la compasión no son las lágrimas, sino la acción solidaria que solo se puede dar en el encuentro real con el otro.

El coraje, como valor, aparece también como componente en la toma de decisiones morales de Rest (111), en el modelo de SE propuesto por Weaver y Morse (8) y de SM de Lützén (43).

El coraje tiene un papel significativo en la capacidad de las enfermeras a participar en el cuidado. Es considerada una virtud necesaria para la práctica concienzuda en todos los profesionales de la salud (112), aunque en ocasiones puede ser causa de soledad (113,114).

Otros valores recogidos en los textos analizados son la responsabilidad, la intencionalidad, el apoyo (115), la intimidad (116), la dignidad en los cuidados la autenticidad (106,117-121) o la honestidad, como prerrequisito para el buen cuidado (122,123); el respeto, evidenciado a través de las conductas dirigidas hacia los sujetos y su familia, hacia sí mismo, hacia sus colegas y hacia la profesión (124), valores enfermeros también recogidos por Ramió (125).

Desde la perspectiva docente, el aprendizaje de valores es un tema que interesa y preocupa. El aprendizaje del cuidado, precisa de la adquisición teórica y práctica de los principios éticos en que se apoya el cuidado enfermero, así como de la asimilación de las actitudes que son exigibles a la persona que cuida (89).

PARTE TEÓRICA: CAPÍTULO 2. VALORES Y ACTITUDES RELACIONADOS CON EL CUIDADO ENFERMERO

Vanlaere (126) habla de la dificultad de enseñar a los estudiantes de medicina a ser empáticos, y esta reflexión creemos es aplicable al resto de valores y de profesiones sanitarias. Este autor señala el cambio de valores en lo que a protección y control se refiere y la escasa o nula experiencia que tienen los estudiantes del enfermar, de la vulnerabilidad, y de la muerte tanto por edad, como por maduración. Sugiere la necesidad de un entrenamiento a la tolerancia de lo imperfecto, y aceptar la vulnerabilidad y sufrimiento compartidos por la condición humana.

2.3. RESPUESTAS ENFERMERAS DE CUIDADO

El sentido primordial de lo expuesto hasta el momento, está en el hecho de que, la mayoría de decisiones que toma la enfermera tienen un contenido moral. Por ello, tener claro su identidad, qué ofrece como profesional, y las consecuencias de sus decisiones es esencial.

Intervenciones y actividades enfermeras pueden considerarse una excepcional fuente de respuestas observables de cuidado. Y además, tal y como señala Waldow (72), los procedimientos y técnicas realizadas al paciente cuando se acompañan de valores tales como el respeto, la consideración, la gentileza, la atención, el cariño, la solidaridad, el interés o la compasión, entre otros, resultan expresiones de cuidado.

Las consecuencias del cuidado revierten sobre profesional y paciente tanto a nivel físico como emocional (46,127). Se trata de un proceso creativo, que preserva la autonomía y la identidad del paciente y favorece su autocuidado (96,128).

2.3.1. RESPUESTAS ENFERMERAS DE CUIDADO ARTICULADAS DESDE EL SER, EL ESTAR Y EL ACTUAR

Entendidas las actividades como respuestas de cuidado a nivel físico, emocional o espiritual, todas comparten un elemento esencial: la presencia. La presencia posibilita el cuidado, al materializar el encuentro entre los dos seres. Las connotaciones que la presencia tiene en el ámbito sanitario, y en nuestra profesión son fundamentales (129).

De la misma manera, Davis (95) enfatiza la importancia de la presencia al afirmar que:

“La presencia cuidadora es corazón y alma de la práctica profesional de enfermería... Es una forma de estar con las personas que les confirma nuestra preocupación personal por su bienestar. Lo cual favorece la confianza, las actitudes positivas y promueve la salud”.

La presencia cuidadora es una manera de estar en el contexto del otro. Uno está físicamente presente de forma activa, a través de la mirada, de la escucha activa y otorgando una respuesta centrada en el paciente.

La enfermera está abierta a las necesidades y problemas de la persona, está centrada en él y lleva a cabo una acción con intención para resolver el problema de salud (130,131) . Algunas enfermeras lo describen en estudios como “no tardar más de 10 minutos en atender un timbre” ”... tener el hábito de ir a ver a tus pacientes una vez realizado el cambio...”

La presencia es la base de la interacción enfermera-paciente, la personificación de la empatía. Se acompaña de expresiones no verbales, un gesto, el tono de la voz.....a veces sin interacción, es un saber estar (132,133).

La presencia puede ir acompañada de contacto y uno de los objetivos fundamentales de la presencia es proporcionar confort; entendiendo no solamente el confort físico, sino el emocional y el espiritual. Es fundamental que la enfermera reconozca el valor terapéutico a todos los niveles que tiene la presencia.

Por lo tanto, la presencia permite materializar las respuestas enfermeras a nivel físico, emocional y espiritual; una presencia que reconforte, alivie y disminuya el dolor físico, aumenta la confianza y da seguridad (46,134-136).

La presencia enfermera depende de las características individuales de la enfermera, del paciente, del entorno y de la intención enfermera (137). Podemos hablar de diferentes grados de presencia: presencia parcial, presencia física, como hecho de compartir espacio, presencia total o presencia trascendental (131) .

Por otro lado, consideramos que la mayoría de los valores y actitudes anteriormente rescatadas pueden constituir respuestas emocionales en el cuidado enfermero: “mostrar interés”, “demostrar respeto”, “establecer relaciones basadas en la confianza”, “crear entornos íntimos (no solo a nivel físico)”, “expresar empatía”, “expresar interés sincero”, “apoyar al paciente”, potenciar su autoestima...⁵ A nivel espiritual, la presencia enfermera permite hacer ver al paciente que es un ser único, o identificar áreas de esperanza y potenciarlas (138), detectar las inquietudes de expresiones religiosas, aliviar el sufrimiento, disminuir el sentimiento de aislamiento y de vulnerabilidad, puede dar motivación y satisfacción del cuidado.

⁵ Las actividades referidas han sido extraídas de la Clasificación de Intervenciones Enfermeras NIC que han servido de base para la redacción de los ítems del cuestionario de sensibilidad moral.

Aún cabría añadir otra forma de responder enfermera, una respuesta de origen moral: la defensa del paciente. Esta defensa enfermera se encuentra recogida en el código ético enfermero; materializa la SM a través de intervenciones enfermeras diarias en relación con el respeto a los derechos fundamentales de las personas.

Para que el paciente tome una decisión con autonomía, no solamente debe disponer de una información, sino que es necesario que comprenda el alcance total de la situación, y sus consecuencias; pero su escasa relación con los temas sanitarios le impide ajustar íntegramente la realidad (139).

En este contexto, la figura de la enfermera permite *mediar*, garantizando el proceso a través de las actividades diarias (140,141) intercediendo de forma directa o indirecta (142).

En un contexto de relación terapéutica enfermera- paciente, el ejercicio del rol de defensa, es algo más que hablar por otro; implica intervenir por la gente vulnerable (139,143,144). Las características personales de la enfermera y del entorno, la formación y la experiencia influyen en la intensidad del proceso de defensa enfermera. Actuar como defensora del paciente de forma constante, sin embargo, puede ocasionar frustración y angustia, sentimientos de soledad y aislamiento (145).

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 3. CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Son numerosas las razones que pueden argumentarse para justificar el estudio de la Sensibilidad Moral (SM). Es indudable que, aun tratándose de un concepto cuyo origen hemos de buscar en la filosofía, éste resulta aplicable a cualquier ámbito de la sociedad y del conocimiento. No obstante, es en la disciplina enfermera y, más concretamente en el cuidado enfermero, donde pensamos adquiere un especial significado.

El origen del cuidado reside en la fragilidad y vulnerabilidad del ser humano, y la enfermera, en su labor de cuidar, toma decisiones que afectan a bienes tan preciados para las personas como son la vida y la salud. La toma de decisiones en el cuidar precisa de un conocimiento teórico de normas y reglas, así como un reconocimiento de la situación concreta y singular respaldado por la experiencia adquirida a través de la práctica. Cuidar necesita de una sensibilidad a lo que oímos y sentimos, pero también de competencia en la toma de decisiones. Se trata, por tanto, de habilidades éticas fundamentales para la práctica enfermera.

La raíz de los beneficios de la SM se fundamenta en el carácter y el compromiso moral de la profesión. Su estudio e implementación puede proporcionar beneficios a muchos pacientes, sea cual sea el entorno de cuidados. Asimismo, contribuye a proporcionar un cuidado humanitario así como a la excelencia profesional y el desarrollo teórico del cuidado. Por tanto, en un hipotético análisis, sea cual sea el punto de partida: la preocupación por la calidad asistencial, la gestión de cuidados, el desarrollo de la profesión o la docencia, consideramos que la SM es un constructo cuya consideración es relevante, actual y necesaria.

Es importante destacar, sin embargo, que siendo un concepto fundamental para el cuidado enfermero, el número total de investigaciones aparecidas en distintas bases de datos españolas e internacionales en el ámbito de las ciencias de la salud como PUBMED-MEDLINE, CINAHL, y CUIDEN que investigan el fenómeno explorando y evaluando la SM, y con palabras clave como *moral sensitivity* y *nursing o nursing care*, no

supera la treintena. Por otro lado, en comparación con otros conceptos relacionados con el cuidado enfermero, se han construido escasos instrumentos para evaluar este constructo. Además, los cuestionarios existentes han evidenciado debilidades en la construcción y en la determinación de propiedades psicométricas, lo que no ha favorecido su adaptación transcultural.

Los aspectos descritos justifican y fortalecen la continuidad de nuestro estudio con objeto de obtener un panorama ajustado a la realidad profesional del concepto en nuestro entorno.

A partir del análisis del problema, el propósito del estudio es la construcción de un cuestionario para evaluar la SM en el cuidado enfermero. Las variables demográficas, laborales y de competencia moral que se añaden al estudio, aportarán elementos para el estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario a la vez que proporcionan la perspectiva del fenómeno en los entornos estudiados.

Para ello, se plantea un estudio descriptivo, correlacional y métrico con el objetivo de explorar el concepto de la SM en los cuidados enfermeros y su expresión en diferentes entornos de cuidados. Se presentan a continuación las hipótesis de trabajo y objetivos que se derivan.

3.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.2.1. HIPÓTESIS

El cuestionario de SM en los cuidados enfermeros (CuSMCE) presenta propiedades psicométricas de fiabilidad y validez apropiadas para ser utilizado en nuestro contexto como instrumento de evaluación de la SM.

3.2.2. OBJETIVOS

Construir y determinar las propiedades de un cuestionario psicométrico aplicado a la evaluación de la SM en los cuidados enfermeros (CuSMCE).

3.2.2.1. Objetivos específicos:

1. Generar los ítems preliminares referidos al dominio definido, que permita, mediante los análisis adecuados, elegir los ítems que constituirán el cuestionario definitivo.
2. Garantizar índices aceptables de fiabilidad y estabilidad temporal.
3. Determinar la estructura interna del cuestionario.
4. Garantizar la capacidad discriminante de los ítems del cuestionario.
5. Establecer los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del cuestionario.
6. Estudiar las relaciones de las puntuaciones del cuestionario con diversas variables.

3.3. METODOLOGÍA

Los subapartados 3.3.1. - 3.3.4 de esta parte empírica recogen los aspectos generales de la metodología del estudio realizado. La metodología relacionada con la construcción y la determinación de las propiedades psicométricas del cuestionario se describe en los apartados 3.4 a 3.9 (Estudio 1 a Estudio 6).

3.3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1.1. Ámbito

Se consideró como ámbito de estudio, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP). Con un total de 619 camas de hospitalización, el HSCSP proporciona asistencia a los distritos municipales del Eixample, Horta-Guinardó, Gracia, Sant Martí y Sant Andreu cuya población de referencia es de 300.000 habitantes (un 25% de la población de Barcelona).

La población diana estuvo compuesta por una muestra de conveniencia de enfermeras de los entornos del Bloque Quirúrgico (BQ), Unidad de Recuperación Anestesia (REA), Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Semicríticos (SC), Urgencias (UCIAS), Unidades de Oncología, Medicina Interna, Paliativos y Geriátria ONCO/PAL/MI/GER). La tabla 1 representa la población (aproximada)⁶, los cuestionarios recogidos y la tasa de respuesta correspondiente a cada servicio y/o unidad.

⁶ No se ha tenido en cuenta en este cálculo el personal para refuerzos puntuales.

Tabla 1: Población, muestra y tasa de respuesta de participantes

	N	n	Tasa de respuesta
Bloque Quirúrgico	~ 81	54	66,66%
Recuperación Anestesia	~ 20	20	100%
Cuidados Intensivos	~60	30	50%
Semicríticos	~32	15	25%
Urgencias	~60	31	51,66%
Oncología, Cuidados Paliativos, Medicina Interna Geriátría	~42	29	69%

Se puede consultar en el Anexo 8 la distribución de la muestra para cada una de las fases de la construcción y determinación de las propiedades psicométricas que se han realizado.

3.3.1.2. Cálculo de la muestra

Se ha estimado la muestra en función del número de ítems resultantes en la construcción del cuestionario, que siguiendo criterios psicométricos recomiendan un mínimo de 5 participantes por ítem, o un mínimo de 100 participantes para realizar un análisis de factores (146).⁷

Teniendo en cuenta que se había calculado una población N=295 enfermeras y que se ha obtenido una muestra final de n=179, con un intervalo de confianza del 95% y considerando la máxima indeterminación, es decir $p=q=0.5$, nos genera un margen de error de 4.6% ($e= 0.046$).

Si procedemos al cálculo de la muestra partiendo de los mismos parámetros, la muestra recomendada resultante es de 168 participantes. Dado que se ha conseguido una muestra de 179 participantes, ésta se puede estimar suficiente para el estudio.

⁷ Tornimbeni(147) especifica en la página 173 que lo ideal sería contar con 10 participantes por ítem o un mínimo de 5 por ítem para llevar a cabo el análisis factorial. A pesar de tener considerar este criterio, la diferencia entre la población, los cuestionarios que se consiguen entregar y los que se recogen cumplimentados, hacen que nuestra muestra sea de 7 participantes por ítem. A pesar de ellos superamos el limite inferior aconsejado.

3.3.1.3. Criterios de inclusión

- Enfermeras cuya jornada laboral se desarrollaba habitualmente en los entornos de cuidado enumerados anteriormente en el HSCSP.
- Enfermeras con contrato de corre-turno o suplente que habitualmente desarrollaban su labor en dichos servicios.

3.3.1.4. Criterios de exclusión

- Enfermeras con menos de un año de experiencia en el servicio.
- Estudiantes de Master de Enfermería en Oncología, Cuidados al paciente Cardiológico, UCI, Geriatria y Perioperatoria.

3.3.1.5. Captación de los participantes

Se notificó a la Dirección de Enfermería y a las supervisoras del objetivo y propósito del estudio. (Ver Anexo 6).

Para informar a los participantes y entregar el formulario y el consentimiento informado, se pactó con ellas un día y una hora por turno y servicio, considerando el momento que menos afectara en el cuidado de los pacientes. Dadas las características de algunos entornos, la información tuvo que ser facilitada de forma individual.

Se acordó también que los formularios serían recogidos a lo largo de tres semanas.

Para protegerlos hasta ese momento, se facilitaron dos carpetas, una para consentimientos y otra para formularios. La última semana de recogida, colocamos un aviso en las carpetas para que los participantes supieran el tiempo límite que disponían.

3.3.2. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se efectuó durante el mes de junio del 2013. Los documentos utilizados se describen a continuación:

Hoja informativa

Explica a los participantes el objetivo del estudio, su finalidad y en qué consiste su participación. (Ver Anexo 7).

Consentimiento informado

Se crea un modelo de consentimiento informado que se entrega anexo a la hoja informativa y que los participantes en el estudio firman después de ser informados. (Ver Anexo 7).

Formularios

Se entregaron 216 formularios, tantos como sujetos se encontraron por turno en cada uno de las unidades enumeradas. Cada formulario contenía el cuestionario de SM las variables sociodemográficas y laborales y de competencia moral (Ver Anexo 10). Para el estudio de la validez convergente se añadieron los cuestionarios detallados en el apartado 3.12. de esta parte empírica.

3.3.3. ANÁLISIS DE DATOS

En cada uno de los estudios realizados para la construcción del cuestionario y la determinación de las propiedades psicométricas (subapartados 3.4. a 3.9. correspondientes a los Estudios1 a 6) se describen el tipo de análisis métrico y estadístico llevado a cabo.

Para la invalidación de los cuestionarios utilizados, se han seguido los criterios especificados en cada instrumento y en caso de no estar explicitado el que superara un 10% del total de contestaciones invalidadas.

Las diferencias entre variables fueron consideradas estadísticamente significativas con un intervalo de confianza del 95% para una $p < 0.05$, en un contraste bilateral.

Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 21.0) para Windows.

3.3.4. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del HSCSP y del Comité Ético de Investigación de la UIC, la conformidad de la Universidad Internacional de Cataluña como proyecto inscrito en el Període de Recerca de Doctorat en Recerca en Salut, la aprobación de la Directora de la EUI Sant Pau y de la Dirección de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau cuyos documentos adjuntamos en los anexos 1 a 5.

Se informó a los participantes verbalmente y por escrito, adjuntando copia al participante y solicitando la firma de acuerdo con la ley vigente.

Los participantes cuyos formularios habían de ser identificados para el estudio de la estabilidad temporal, fueron previamente informados. Una persona ajena a la investigación los codificó antes de ser introducidos en la hoja de cálculo construida para tal fin y entregó posteriormente al investigador principal. Se consideró que el envío por parte de los participantes del formulario relleno, ya constituía una forma de otorgar su consentimiento.

Para proteger los formularios y los consentimientos en formato papel, se entregaron en cada unidad dos carpetas en las cuales podían depositarlos por separado, permitiendo su protección hasta el momento de la recogida.

Los formularios se guardaron en un armario cerrado con llave en el despacho del investigador principal. Los correos electrónicos se guardaron en una carpeta electrónica. Se procederá a su destrucción y eliminación seis meses después de la finalización del estudi

3.4. ESTUDIO 1. CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD MORAL EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

3.4.1. MARCO TEÓRICO

En los capítulos uno y dos de la parte teórica se han presentado las conceptualizaciones en torno a la SM en estudios enfermeros y el cuidado enfermero, cuyos ejes fundamentales hemos centrado en el origen del cuidado, los valores, los patrones de conocimiento, el paradigma enfermero y las respuestas de cuidado.

A partir de los elementos recogidos, se propone la siguiente definición de la SM que se comprobará empíricamente a partir del cuestionario construido:

La sensibilidad moral en el cuidado enfermero es una competencia basada en valores profesionales que debe preceder y acompañar cualquier actividad de cuidado ya que permite percibir las necesidades de todo orden de las personas a nuestro cuidado y dar respuestas con un interés fundamental en el bien de la persona. Para ello consideramos fundamental un conocimiento perceptivo e intuitivo y una capacidad de respuesta física, afectiva y profesional.

3.4.2. OBJETIVO

Generar los ítems preliminares referidos al dominio definido, que permita, mediante los análisis adecuados, seleccionar aquellos ítems que constituirán la escala definitiva.

3.4.3. GENERACIÓN DE ÍTEMS

En este proceso, se examinaron las intervenciones y actividades que aparecen en la 4ª edición de la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC) (66), a la luz de los

supuestos presentados en el marco teórico, tanto en lo que se refiere a la SM como al cuidado enfermero.

En la primera selección se recogieron 342 actividades con un contenido moral. Tras un proceso de nueve revisiones, se descartaron las actividades con un contenido similar y aquellas que describían una misma actividad llevada a cabo en diferentes grupos de edad o situaciones de la vida, quedando reducidas, finalmente, a un total de 60 actividades.

Para la construcción de los enunciados de los ítems, se tuvieron en cuenta las recomendaciones que recogen los textos de psicometría, referidas a la estructura, lenguaje, y longitud de ítems (146-148).

Con objeto de garantizar la representatividad y relevancia de los ítems generados, se retornó a la definición inicial una y otra vez, y se sometió cada ítem a las siguientes preguntas: ¿Qué aporta de nuevo? ¿Su contenido tiene que ver con la SM? ¿Es relevante su aportación?

Se fijó de forma temporal igual número de ítems para cada una de las facetas consideradas, con lo cual se garantizaba, a priori, que todos los aspectos de la SM estaban considerados de forma equitativa (147,149).

Para evitar el sesgo de respuesta caracterizado por una mayor tendencia a dar respuestas hacia la izquierda o hacia la derecha y fomentar un equilibrio del cuestionario, se crearon ítems formulados en sentido positivo y en negativo, de forma contrabalanceada (148).

En cuanto al formato de respuesta, se adoptó un modelo de respuesta tipo Likert, con cinco opciones, de cero a cinco, puntuando: 5=muy de acuerdo, 4=de acuerdo, 3=más bien de acuerdo, 2=más bien en desacuerdo, 1=en desacuerdo, 0=muy en desacuerdo, en los ítems positivos, invirtiéndose la puntuación en los negativos.

3.4.4. OTROS ASPECTOS CONSIDERADOS EN LA GENERACIÓN DE LOS ÍTEMS

Los enunciados generados se revisaron, examinando que incluyeran de forma implícita o explícita un valor y que fueran la expresión de un pensamiento, sentimiento o respuesta enfermera.

Así, por ejemplo, el ítem “*Participar en el desarrollo de indicadores de calidad*” se ha considerado que es una respuesta observable del valor responsabilidad profesional. De forma similar, los ítems “*Gestionar el equipo, de forma eficaz*” o “*Gestionar el material de forma eficaz*” constituyen una responsabilidad y un ejercicio de creatividad para conseguir un uso eficaz y eficiente de los mismos, siendo necesario desarrollar una sensibilidad moral a un uso racional y adecuado de los recursos limitados de los que disponemos.

Algunas actividades recogidas representaban una respuesta a un solo valor. Otras sin embargo, eran respuesta a varios valores, como por ejemplo: “*Adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes*”. Se consideró que esta actividad, exige del profesional responsabilidad y reflexión crítica de la situación, así como un punto de creatividad para llevar a cabo una interpretación de la norma y de la necesidad al contexto de cuidado y a la situación concreta de la persona cuidada.

3.4.5. VALIDEZ DE CONTENIDO

Se constituyó un grupo de expertos compuesto por: una enfermera experta en cuestionarios y profesora de enfermería; una enfermera licenciada en filosofía, profesora de enfermería y experta en ética; un enfermero, experto en ética y en cuestionarios; un filósofo; tres enfermeras asistenciales y dos profesoras de enfermería.

En el formato enviado a los expertos, las actividades se unificaron creando cuatro grupos de enunciados que recogían diversos ítems.

Así el primer grupo de ítems: **Considero fundamental en el cuidado de las personas....** recogía valores profesionales.

A este grupo se le incorporó una serie de valores importantes en la sensibilidad moral, y que no disponían de una actividad concreta; por ejemplo la simpatía, compasión, la calidez, autenticidad y la creatividad.

El segundo grupo recogía elementos de **responsabilidad del cuidado enfermero**.

El tercer grupo **actividades enfermeras en el cuidado** y el cuarto grupo hacía referencia a **valores profesionales traducidos en una acción hacia la persona cuidada**

Se entregó a los expertos la siguiente información:

El siguiente cuestionario contiene las 60 proposiciones preliminares para la construcción de un Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros Le pedimos que tras su lectura, valore cada uno de los elementos puntuándolos de 1 a 5 de acuerdo con los siguientes criterios:

1= Inadecuado para evaluar la SM en los cuidados enfermeros

2= Poco adecuado para evaluar la SM en los cuidados enfermeros

3= Moderadamente adecuado para evaluar la SM en los cuidados enfermeros

4= Considerablemente adecuado para evaluar la SM en los cuidados enfermeros

5= Muy adecuado para evaluar la SM en los cuidados enfermeros

Cualquier comentario, sugerencia, o crítica adicionales que desee hacernos acerca de la claridad semántica, corrección gramatical, y facilidad de comprensión de los ítems nos será de gran utilidad.

Siguiendo la metodología descrita en el apartado 3.4.3. y 3.4.4. de la parte empírica se llegaron a las 60 proposiciones preliminares que fueron enviadas al grupo de expertos y que se presentan en el tabla 2.

Tabla 2. Enunciados de las 60 proposiciones iniciales

En mi entorno de trabajo considero fundamental para cuidar...

1. Mostrar un interés sincero por el paciente
2. Expresar al paciente mi disponibilidad como profesional
3. La autenticidad
4. La responsabilidad
5. La creatividad
6. La simpatía
7. La calidez
8. Una actitud de aprecio
9. Una actitud de apoyo
10. Evitar imponer mis valores personales al paciente
11. Clarificar mis valores en cada situación particular
12. Identificar mis prejuicios

Forma parte de mi responsabilidad en el cuidado...

13. Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, valorar su competencia y preparación
14. Adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes
15. No llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente

Continuación tabla 2. Enunciados de las 60 proposiciones iniciales

16. Servir de enlace entre el paciente y otros trabajadores sanitarios para cumplir con los deseos del paciente
17. Discutir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados
18. Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al medico
19. Orientar a los médicos y residentes en las rutinas no conocidas
20. Intervenir en la detección de situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados
21. Participar en el desarrollo de indicadores de calidad
22. Participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas
23. Colaborar con los equipos interdisciplinarios para reducir los costes y mantener la calidad
24. Gestionar el equipo, de forma eficaz
25. Gestionar el material de forma eficaz
26. Crear un ambiente de intimidad en todas las actividades enfermeras

En el cuidado del paciente, son actividades propias del cuidar enfermero ...

27. Ayudarle a identificar valores
28. Ayudarle identificar las prioridades de la vida
29. Ayudarle a darse cuenta de que cada ser es único
30. Ayudarle a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
31. Utilizar los silencios para facilitar tiempo y reflexión
32. Prestar atención a las palabras que utiliza
33. Hacer preguntas que le ayuden a aclarar su mensaje
34. Estar atenta a los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen , entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas
35. Minimizar sus sentimientos para evitarle estrés
36. Hablar de mi misma para estar más cómoda
37. Dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que le preocupe
38. Asegurar a su familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles
39. Percibir sus preocupaciones
40. Estar dispuesto a escuchar sus sentimientos
41. Expresarle simpatía y comprensión por la experiencia que está pasando
42. Ayudar a su familia a obtener respuestas
43. Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o practicas alimentarias)
44. Asegurarle que como cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento
45. Acompañarle si lo solicita en un momento de oración
46. Ayudarle a encontrar un punto de esperanza
47. Dar un abrazo en determinados momentos para reconfortarle
48. Percibir en la expresión y en los gestos del paciente su necesidad de descanso.

Continuación tabla 2. Enunciados de las 60 proposiciones iniciales

49. Percibir en la expresión del paciente su necesidad de hablar

50. Percibir , de qué manera se puede aumentar la comodidad de la persona

51. Proporcionar confort al paciente

52. Percibir sus necesidades a partir de su expresión

Cuando cuidado a las personas...

53. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.

54. Me molesta que el paciente tenga que esperar

55. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico

56. A veces siento que a pesar de estar delante del paciente, tengo la cabeza en otro sitio

57. Cuando estoy con un paciente me cuesta centrarme en lo que estoy haciendo

58. Cuando estoy cuidando a un paciente no dejo de pensar en lo que me queda por hacer

59. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle

60. En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante

Se procedió a la selección de los ítems a través de la metodología propuesta por Fehring en la validación de diagnósticos enfermeros (150) y que consiste en:

1. Otorgar a las puntuaciones obtenidas por los ítems una ponderación, siendo 5 =1; 4 = 0.75; 3 = 0.50; 2=0.25; 1 =0.
2. Calcular la suma de los pesos ponderados para cada enunciado.
3. Calcular el *índice de validez de contenido*, sumando los pesos ponderados obtenidos en los enunciados divididos por el número total de ítems.

Los ítems cuyo índice de validez de contenido es menor de 0,50, se han de eliminar, considerando como óptimos los que se sitúan alrededor de 0.80. Se presenta en la tabla 3 los resultados de las puntuaciones obtenidas por cada ítem tras su ponderación.

La suma de las ponderaciones obtenidas en cada enunciado aparece en la última columna de la derecha

El índice de validez de contenido obtenido obtuvo un valor de 0.794. De los 60 ítems, el 58.33% obtuvo una puntuación por encima del índice de validez de contenido que se había establecido.

También se procedió al análisis de concordancia a través del índice W de Kendall de los ítems por encima del índice de validez de contenido, resultando igual a 0.263 y significativo.

Tabla 3 .Puntuaciones ponderadas obtenidas por cada ítem

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Suma ponderada
1	1	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1	0,889
2	0,75	0,75	0,75	1	1	1	0,75	1	1	0,889
3	0,75	0,5	0,74	0,75	0,25	0,25	0,75	1	0,75	0,638
4	1	1	1	1	0,75	1	1	1	1	0,972
5	0,75	0,5	0,5	0,75	0	0,25	0,5	1	0,5	0,528
6	0,75	0,25	0,5	0,75	1	0,5	0,5	0,75	0,75	0,639
7	0,75	0,25	0,75	1	1	0,5	0,75	0,75	1	0,75
8	0,75	0,25	0,75	1	1	0,75	0,75	1	0,75	0,778
9	0,75	0,75	0,75	1	1	0,75	0,75	1	1	0,861
10	1	0,25	0,75	1	1	0,5	1	1	1	0,833
11	0,75		0,75	1	0,75	0,25	0,75	0,5	0,75	0,688
12	0,5	0,75	0,75	1	1	1	0	1	0	0,667
13	0,75	1	1	1	0,25	1	1	1	1	0,889
14	0,5		0,75	1	1	0,75	0,75	1	0,75	0,813
15	0,75	0,75	1	1	0,25	0,75	1	1	1	0,833
16	1		0,75	1	0,75	0,75	0,25	1	1	0,75
17	0,75	0,75	1	1	0,75	1	1	1	1	0,917
18	0,75		1	0,5	0	1	1	0,75	1	0,75
19	0,75	0	1	0,75	0,75	0,75	0,75	0,5	0,75	0,667
20	0,75	1	1	1	0,75	1	1		1	0,938
21	0,5	0,75	1	0,75	0,75	0,5	1	0,5	1	0,75
22	0,75	0,75	1	0,75	0,75	0,75	0,75	1	0,75	0,806
23	0,5	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	1	0,75	0,75
24	0,5	1	1	0,75	0	0,75	1	0,75	1	0,75
25	0,5	1	0,75	0,5	0	0,75	1	0,75	1	0,694
26	1		1	1	0,5	1	1	0,5	1	0,875
27	0,75		1	0,75	1	0,5	1	0,75	0,25	0,75
28	0,5	0,75	1	0,75	0,75	0,5	1	0,75	0,75	0,75
29	0,5	0,75	1	1	0,75	0,5	1	1	0,75	0,806
30	0,75	0,75	1	1	0,75	1	1	1	0,75	0,889
31	0,75	0	0,75	1	0,5	0,75	1	0,75	1	0,722

Cont. Tabla 3. Puntuaciones ponderadas obtenidas por cada ítem

Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Suma ponderada
32	0,75	0	0,75	1	1	1	1	1	1	0,833
33	0,75	0	0,75	1	1	1	1	1	1	0,833
34	1	0	1	1	0,75	1	1	1	1	0,861
35	0,5		1	1	0,75	0,75	1	0,5	0,75	0,781
36	0,75	1	0,5	1	1	0,5	1	0,75	1	0,833
37	0,75	1	0,5	1	1	0,75	1	1	1	0,889
38	0,5		1	1	0,5	0,75	0,5	0,5	0,75	0,688
39	0,75	0,5	0,75	1	0,75	1	1	0,75	0,75	0,806
40	0,75	0,75	0,75	1	0,5	1	1	1	1	0,861
41	1	0,75	0,5	1	0,75	1	1	0,75	1	0,861
42	0,5	0	0,75	1	0,5	1	1	1	0,75	0,722
43	0,75	0,75	0,5	1	0,75	1	1	0,75	1	0,833
44	0,75	1	0,75	1	0,75	1	0,75	1	0,75	0,722
45	0,25	0,75	0,5	1	0	0,5	0,5	0,2	0,75	0,494
46	0,25	0,75	0,5	1	1	0,75	0,5	1	0,75	0,722
47	1	0,5	0,5	1	0	0,75	0,75	0	0,75	0,583
48	1	0,25	0,75	1	0,75	1	1	0,75	0,75	0,806
49	0,75	0,25	0,75	1	0,75	1	1	1	0,75	0,806
50	1	0,25	0,75	1	1	1	1	0,75	1	0,861
51	1	0,75	1	1	1	1	1	1	1	0,972
52	1		1	1	1	1	1	0,5	1	0,938
53	1	0	0,75	1	1	1	1	1	1	0,861
54	1	0,5	0,75	1	1	0,5	1	0,75	0,5	0,778
55	1	0,25	1	1	1	0,75	1	0,75	1	0,861
56	0,75	0,75	0,5	1	0,75	0,75	0,75	0,75	1	0,778
57	0,75	1	0,5	1	0,75	0,75	1	1	1	0,86
58	0,75	1	0,5	1	0,75	0,75	1	0,75	1	0,83
59	0,75	0,75	1	1	1	0,75	0,75	0,5	0,75	0,81
60	0,5	0,75	1	1	0,75	0,75	0,75	0,75	1	0,806
										0.794

El grupo de expertos sugirió la unificación de tres ítems que consideraban reiterativos (32, 33, 34).

Finalizados los cálculos, se revisaron de nuevo los enunciados a la luz de los ejes teóricos, comprobando que cada ítem que había quedado incluido tuviera un enunciado coherente y con sentido. Incorporamos tres ítems relacionados con la

honestidad, la relación de confianza y la aceptación de las decisiones que si bien estaban en el listado inicial de actividades, tras las revisiones habían sido omitidos.

Se reenvió el cuestionario a los expertos informándoles que éste era prácticamente el cuestionario definitivo al que no incorporaron ninguna otra modificación.

Se presentan en la tabla 4 los 34 ítems definitivos para el estudio piloto.

Tabla 4. Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros 34 ítems

-
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.
 2. En mi entorno laboral considero fundamental la responsabilidad.
 3. Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.
 4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.
 5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.
 6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.
 7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas. alimentarias).
 8. En mi entorno laboral, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades enfermeras.
 9. Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, me preocupo de valorar su competencia y preparación.
 10. Como enfermera, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes.
 11. Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente.
 12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.
 13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.
 14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.
 15. No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas.
 16. Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.
 17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.

Continuación tabla 4. Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros 34 ítems

18. En determinados casos me cuesta expresar al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando
 19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
 20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.
 21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.
 22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.
 23. A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al paciente.
 24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle-
 25. En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante.
 26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.
 27. Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente
 28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.
 29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.
 30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
 31. Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes.
 32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.
 33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.
 34. Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes.
-

3.4.6. ESTUDIO PILOTO

Se envió por correo electrónico el CuSMCE-34 a sesenta ex-estudiantes de master de Enfermería Perioperatoria de dos ediciones anteriores, y en formato papel a 6 profesores con dedicación a tiempo completo de la EUI Sant Pau, y diez enfermeras con experiencia en los entornos en los que iba a ser aplicado posteriormente (Ver Anexo 8). Los cuestionarios incluían instrucciones dirigidas a los participantes haciendo hincapié en la importancia de responder todos los enunciados.

Para evitar el temor a ser evaluados reforzamos la idea de que **no hay respuestas correctas o incorrectas, sino una expresión de acuerdo o desacuerdo con los enunciados que se presentan.**

Se solicitó a los participantes que indicaran el tiempo total dedicado a su ejecución, que puntuaran de 0 a 10 el grado de comprensión de los enunciados, su dificultad y que nos indicaran alguna sugerencia en relación al lenguaje, forma, etc.

La muestra definitiva (n_{piloto}) estuvo compuesta por 39 participantes (23 ex estudiantes, 6 profesoras y 10 enfermeras).

Los participantes del estudio piloto ofrecieron 18 aportaciones relacionadas con el tiempo necesario para responder el cuestionario. Necesitaron un mínimo de 5 minutos y un máximo de 30 minutos para responder el cuestionario, siendo el tiempo medio de 11,38 minutos ($DE=8.05$).

El nivel de comprensión de los ítems fue de 8.66 sobre 10 ($DE= 0.76$). El grado de dificultad percibida por los encuestados resultó una media de 4.76 y ($DE =2.97$). Solamente tres participantes dejaron sin responder dos ítems.

“*Total acuerdo*”, “*Considerable acuerdo*” y “*Ligero acuerdo*” fueron las opciones de respuesta que recogieron los porcentajes y frecuencias más elevados. La respuesta “*Total acuerdo*” superó el 90 % de respuestas en algunos ítems. La opción “*Total desacuerdo*” fue la opción que recogió menos porcentajes de respuesta. De los 34 ítems, 15 obtienen respuesta en todas las opciones (3, 5, 7, 9, 11, 12, 15, 18, 22, 23, 24, 25, 29, 32, 34).

Se recogieron 4 sugerencias relacionadas con la dificultad para llevar a cabo lo propuesto, tres de ellas relacionadas con el ítem 10 y una para los ítems 11 y 12. Estos ítems fueron examinados, pero se consideró que podían resultar adecuados para el cuestionario.

3.5. ESTUDIO 2. CONSISTENCIA INTERNA

3.5.1. OBJETIVOS

Determinar la fiabilidad del cuestionario en cuanto a su consistencia interna.

3.5.2. MÉTODO

3.5.2.1. Sujetos

Para determinar las propiedades psicométricas del cuestionario se entregaron 216 formularios a enfermeras que desarrollaban su labor profesional en diferentes entornos del HSCSP.

Se recogieron 183 formularios, resultando por tanto la tasa de respuesta de 84.72%. Cuatro cuestionarios fueron descartados por encontrarse incompletos.

La muestra definitiva (n_{estudio}) estuvo compuesta por 179 enfermeras: 13 hombres (7.26%) y 166 mujeres (92.74%) (Ver Anexo 8).

La media de edad de los sujetos se situó en 42,6 años ($DE= 10,99$), con un rango de 23 a 62 años. Respecto a la edad, el grupo más numeroso ($n=53$) lo constituye el grupo de 41 a 50 años; le sigue el grupo de 51 a 60 años ($n=51$); seguido del grupo de 31 a 40 años ($n= 39$) y por último los participantes de 21 a 30 años ($n= 34$).

La tabla 5 recoge el rango y la media y desviación estándar de las variables años de experiencia y años en el servicio obtenidos en los diferentes servicios. Cabe destacar en primer lugar la casi coincidencia de los rangos años de experiencia y años en el servicio. Este dato parece situarnos ante entornos en los que conviven personal joven y personal de gran experiencia y que además han permanecido muchos años en el mismo servicio.

Por servicios, 54 participantes (30.16%), pertenecían al Bloque Quirúrgico, 20 participantes a la unidad de Reanimación Post Anestesia (11.17%), 31 al servicio de Urgencias (17.32%), 15 a la unidad de Semicríticos (8.38%), 30 a Cuidados Intensivos

(16.76%) y 29 de las unidades de Cuidados Paliativos/ Oncología/Geriatría/ Medicina Interna (16.20%).

Tabla 5. Descriptivos variables años experiencia y años en el servicio

	n ⁸	Años experiencia		Años en servicio	
		Rango	Media	Rango	Media
BLOQUE QUIRÚRGICO	54	3-40	20,13 (DE=9.9)	1-40	17,28(DE=10,317)
UCI/SC	44	2-38	19,43 (DE=10.74)	1-32	10 (DE=8,1282)
UCIAS	30	2-37	17,23 (DE=11.02)	1-31	10,20 (DE= 8.56)
REA	20	2-39	24,35 (DE=13.42)	1-36	14,25(DE= 12.80)
ONCO/PAL/MI/GER	29	1-38	20,66 (DE=10.32)	1-22	8,14 (DE=6.18)

3.5.2.2. Procedimiento

Se estudió la fiabilidad del cuestionario a través de la medición de la consistencia interna mediante el análisis del alfa de Cronbach.

3.5.3. RESULTADOS

El análisis inicial de la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach de los 34 ítems para el total de la muestra resultó de 0.80. A continuación se revisaron los ítems descartando uno a uno, de forma sucesiva, aquellos cuya eliminación suponía un aumento del valor del alfa de Cronbach, hasta el momento en que no se consiguió una modificación sustancial de este coeficiente.

Se presenta en la tabla 6 la variación que experimenta el coeficiente al eliminar alguno de los ítems. A partir de este análisis se descartan los ítems 3, 10, 23, y 25 para el resto de los estudios⁹. El valor de alfa para los 30 ítems restantes es de 0.83.

⁸ 2 Participantes no rellenaron estos campos

Se parte pues de estos 30 ítems para el estudio de la estructura factorial del cuestionario. Este resultado fue analizado nuevamente tras efectuar el análisis de la estructura factorial resultante.

Tabla 6. Variación Alfa de Cronbach si se elimina el ítem

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.	0,794
2. En mi entorno laboral considero fundamental la responsabilidad.	0,797
3. Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.	0,812
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	0,794
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	0,789
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	0,789
7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas alimentarias).	0,787
8. En mi entorno laboral, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades enfermeras.	0,792
9. Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, me preocupo de valorar su competencia y preparación.	0,797
10. Como enfermera, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes.	0,805
11. Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente.	0,795
12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.	0,793
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	0,791
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	0,789

⁹ A pesar de eliminar ítems, el número de orden inicial se mantiene a lo largo de todo el análisis.

Continuación Tabla 6	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
15. No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas.	0,793
16. Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.	0,795
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	0,792
18. En determinados casos me cuesta expresar al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando.	0,791
19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.	0,789
20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.	0,795
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.	0,786
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	0,795
23. A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al paciente.	0,80
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	0,786
25. En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante.	0,806
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.	0,793
27. Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente.	0,785
28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	0,787
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	0,793
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	0,783
31. Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes.	0,789
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.	0,794
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.	0,787
34. Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes.	0,794

3.6. ESTUDIO 3. DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL CuSMCE

3.6.1. OBJETIVO

Determinar la estructura factorial del cuestionario mediante el análisis factorial exploratorio.

3.6.2. MÉTODO

3.6.2.1. Sujetos

Para realizar este estudio se utilizó la misma muestra que en el Estudio 2 (n_{estudio}) (Ver Anexo 8).

3.6.2.2. Procedimiento

Partiendo de los 30 ítems resultantes tras el análisis de la consistencia interna, en primer lugar se comprobó la adecuación de los datos mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Barlett.

Para el estudio de la estructura interna del cuestionario, se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua Oblimin, puesto que partiendo de los supuestos teóricos, se hipotetiza una cierta relación entre los factores aparecidos.

Se determinó a priori, suprimir de la matriz la visualización de aquellos ítems cuyos coeficientes obtenían valores absolutos inferiores a 0.40.

3.6.3. RESULTADOS

La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,784$) y el análisis de la esfericidad de Bartlett ($p < 0,000$) informan de la adecuación de los datos para proceder al análisis factorial.

En el análisis de la varianza total explicada aparecen 12 componentes cuyo valor propio es superior a 1 que explican una varianza total de 68.91%.

No obstante, el gráfico de sedimentación muestra una clara modificación de la curva, a partir del segundo componente (Ver figura 5).

Partiendo del gráfico de sedimentación, el criterio de Kaiser de autovalores iguales o superiores a 1 y la varianza explicada, se efectúa un análisis de componentes principales forzando la estructura a 2, 3 y 4 factores, buscando la solución factorial más coherente. El resultado más satisfactorio se obtiene con la solución factorial de dos factores.

La tabla 7 contiene la estructura factorial rotada del CuSMCE con las saturaciones superiores a 0.40 así como el alfa de Cronbach para cada uno de los factores y para el final de la escala.

Figura 5. Gráfico de sedimentación

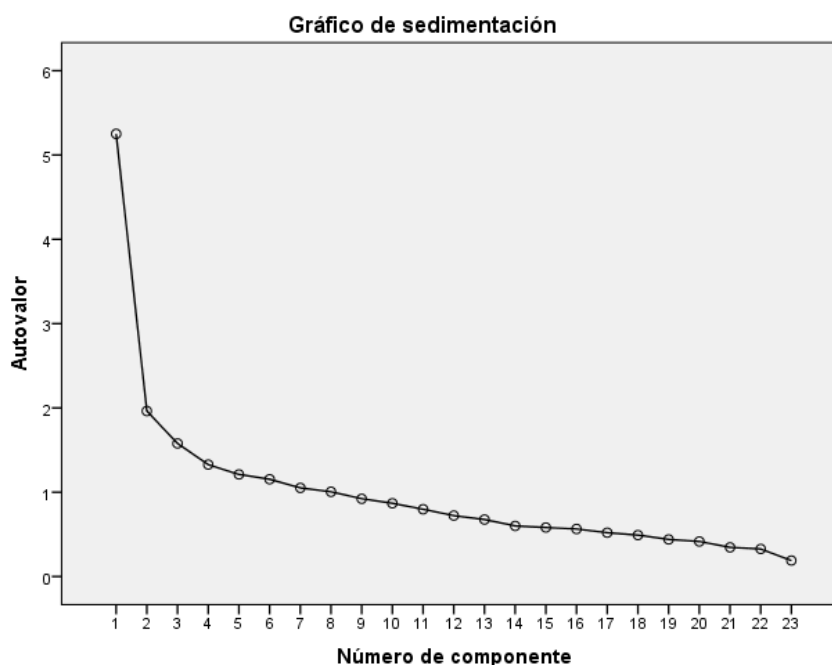


Tabla 7. Estructura Factorial rotada del CuSMCE

ítem	Componentes	
	1	2
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.	,532	
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	,576	
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	,502	
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	,494	
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	,602	
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	,455	
19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.	,729	
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.	,655	
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	,418	
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	,476	
27. Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente	,623	
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.	,594	
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.		,525
7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas. Alimentarias)		,571
12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.		,454
20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.		,507
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.		,467
28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	,466	,538
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.		,536
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	,504	,533
31. Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes		,482

Continuación tabla 7 Ítem	componentes	
	1	2
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.		,485
34.Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes		,522
Valores propios	5.25	1.96
% de la varianza explicada por cada factor	22.83	8.53
Fiabilidad de factores I y II	0.78	0.74
Fiabilidad total escala	0.813	

El cuestionario final después de este análisis queda constituido por 23 ítems cuyos pesos factoriales son superiores a 0.4 (ver anexo 11). El factor I, con un valor propio de 5.25, se etiquetó como “**Valores enfermeros**”, explica el 22.83% de la varianza total y presenta las mayores cargas factoriales en los ítems 1,4,6,13,14,17,19,21,22,24,27,33.

El factor II, con un valor propio de 1.96 y una varianza explicada del 8.53%, se etiquetó como “**Respuestas enfermeras**” y las mayores cargas factoriales las tiene en los ítems 5,7,12,20,26,28,29,30,31,32,34.

Las cargas factoriales más elevadas del factor I las presenta el ítem 19, “*Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento*”, seguido del ítem 21, “*Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades*”, del ítem 27 “*Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente*” y el ítem 14 “*Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único*”.

En cuanto al factor II, las mayores cargas factoriales las obtienen los ítems 7, “*Me cuesta identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas alimentarias)*”, el ítem 28 “*Procuro dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.*” que obtiene cargas factoriales en el factor I y el factor II, seguido del ítem 29 “*A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés*”, y el ítem 30 “*Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades*”.

La correlación entre el factor I y el factor II es de $r= 0.283$.

Cabe destacar que se efectúa paralelamente un análisis de ejes principales obteniendo igual número de ítems y asignados a los mismos factores.

La tabla 8 recoge las correlaciones aparecidas inter ítem y con el total del cuestionario, estas últimas superiores en todos los casos a 0.30 y significativas al nivel de $p<0.01$

PARTE EMPÍRICA. CAPÍTULO 3: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN CUESTIONARIO

Tabla 8. Correlaciones entre los ítems y con el total del cuestionario

	1	4	5	6	7	12	13	14	17	19	20	21	22	24	26	28	29	30	31	32	33	34	
1. Expresar disponibilidad como profesional.	1,00																						
4. Mostrar al paciente una actitud de apoyo.	,28**	1,00																					
5. Escuchar los sentimientos del paciente.	0,04	,207**	1,00																				
6. Establecer una relación de confianza con el paciente.	,28**	,36**	0,11	1,00																			
7. Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa	0,13	,23**	,381**	,237**	1,00																		
12. Debatir las inquietudes de cuidados del paciente con los médicos	-0,05	,16*	,28**	,18*	,28**	1,00																	
13. Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	0,14	,28**	,17*	,28**	,27**	,28**	1,00																
14. Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	,25**	,16*	0,09	,20**	0,08	0,01	,23**	1,00															
17. Habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	0,13	,21**	,18*	,20**	,21**	0,07	,21**	,22**	1,00														
19. Asegurar disponibilidad para apoyarle en sufrimiento.	,33**	,44**	0,08	,24**	,17*	0,12	,41**	,37**	,21**	1,00													
20. Impongo mis valores al paciente.	0,01	0,06	0,09	,21**	,20**	0,04	0,01	-0,06	0,11	0,12	1,00												
21. Estar atenta para percibir sus necesidades.	0,11	,34**	,24**	,34**	0,14	,19*	,24**	,33**	,35**	,47**	0,14	1,00											
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	,21**	0,07	0,05	,187*	-0,01	-0,14	,15*	,24**	0,07	,20**	0,07	,23**	1,00										
24. Me preocupa no disponer de tiempo para escucharle.	0,10	,18*	,26**	,28**	0,14	,18*	,25**	0,14	,16*	,25**	0,12	,40**	,28**	1,00									
26. Hablo de mi misma para estar más cómoda.	0,08	0,05	,27**	0,15	,19*	,17*	0,07	0,00	-0,05	0,05	,23**	,16*	0,04	,19**	1,00								
28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	,21**	,210**	,28**	,27**	,32**	0,13	,18*	,25**	,20**	,37**	,27**	,341**	0,08	,20**	,29**	1,00							
29. Minimizo los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	0,02	0,01	0,07	0,14	,21**	,30**	,20**	0,03	0,06	0,13	,251**	0,12	0,06	,15*	0,11	0,14	1,00						
30. Ayudar a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	,19*	,22**	,30**	,21**	,29**	0,08	,20**	,31**	,20**	,31**	,19*	,31**	,15*	,24**	,19*	,24**	,32**	1,00					
31. Interés en proporcionar confort a los pacientes	0,06	0,15	,24**	0,13	,24**	0,06	,22**	,17*	,15*	,29**	,17*	,24**	0,11	,18*	,17*	,18*	,25**	,78**	1,00				
32. Tengo la cabeza en otro sitio.	0,12	0,06	,24**	0,06	0,13	-0,01	0,01	,15*	0,06	0,09	,27**	0,08	0,08	0,13	,15*	,19*	,24**	,31**	,26**	1,00			
33. Relación con el paciente basada en la honestidad.	,22**	,23**	,16*	,24**	,24**	0,10	,33**	,28**	,20**	,38**	0,10	,32**	,15*	,32**	,16*	,18*	0,10	,29**	,24**	0,09	1,00		
34. Aceptar determinadas decisiones de los pacientes	-0,05	-0,01	0,14	0,04	,16*	0,12	0,12	0,08	0,03	0,09	,32**	0,12	0,03	0,05	0,11	,18*	,20**	,19*	,20**	,30**	,16*	1,00	
r	,334**	,411**	,511**	,485**	,530**	,362**	,482**	,434**	,365**	,548**	,398**	,565**	,320**	,487**	,373**	,553**	,434**	,651**	,549**	,423**	,532**	,380**	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

3.7. ESTUDIO 4. ESTABILIDAD TEMPORAL TEST-RETEST

3.7.1. OBJETIVOS

Determinar la estabilidad temporal del cuestionario.

3.7.2. MÉTODO

3.7.2.1. Sujetos

Partiendo de la muestra del Estudio 2 (n_{estudio}), para comprobar la estabilidad del cuestionario a lo largo del tiempo, se identificaron y codificaron 40 cuestionarios (n_{temporal}) y se administraron a los mismos sujetos con un intervalo de tres semanas (Ver Anexo 8) .

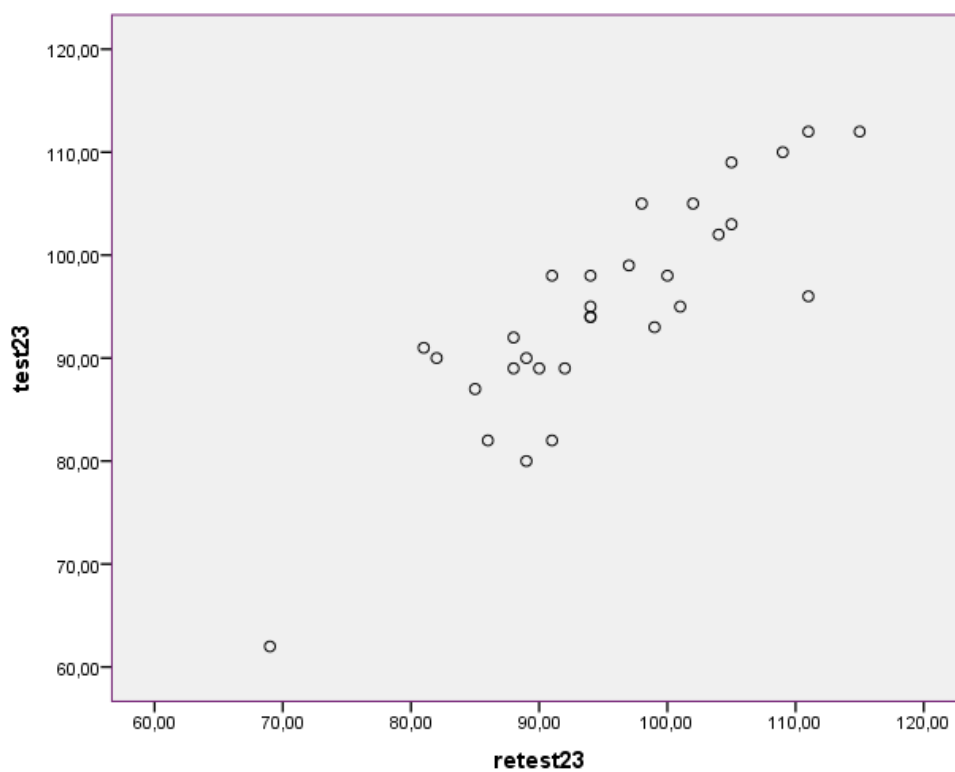
3.7.2.2. Procedimiento

Para el cálculo de la estabilidad temporal test - re test, se procedió al análisis de la correlación de Pearson del CuSMCE-23 entre las dos entregas. El coeficiente r de Pearson resultó de 0.86 ($p < 0.01$).

3.7.3. RESULTADOS

Se presentan en la figura 6 el gráfico de dispersión de puntos. Se procedió a calcular la fiabilidad del cuestionario para el test, que resultó de 0.809 y para el re test, que resultó de 0.805.

Figura 6. Gráfico de nube de puntos



3.8. ESTUDIO 5. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS PUNTUACIONES DEL CuSMCE

3.8.1. OBJETIVO

Establecer los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del cuestionario en los distintos grupos de población que se ha estudiado.

3.8.2. MÉTODO

3.8.2.1. Sujetos

Para realizar este estudio se utilizó la misma muestra del Estudio 2 (n_{estudio}), (Ver Anexo 8).

3.8.2.2. Procedimiento

Se procedió al cálculo de frecuencias y porcentajes de respuesta para los ítems. A partir de la suma total de ítems se calculó la mediana identificando los ítems que han obtenido puntuaciones por encima y por debajo de la misma para el total del cuestionario y por servicios.

3.8.3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de las puntuaciones del CuSMCE-34¹⁰ en la tabla 9. Se puede observar que 8 ítems que no han puntuado la opción de respuesta 0= total desacuerdo.

El resto de los ítems ha obtenido respuesta en todas las opciones, excepto el ítem 2, 4 y el ítem 13

¹⁰ Para este análisis se tienen en cuenta la totalidad de los 34 ítems al considerar que como variables, pueden aportar información relevante para la discusión.

La opción que menos respuestas ha obtenido, como era de esperar es el 0 (n=80), y el 5 (n=1419) la opción que más respuestas ha obtenido seguida del 4 (n=863), 3 (n=402), 2 (n=397), y 1 (n=246).

Un 19% de los participantes (n=35) expresaron su grado de acuerdo con los enunciados propuestos aportando puntuaciones al cuestionario entre 100 y 115; un 29.1% (n=52) entre 90 y 100. Un 27.9% (n=50) entre 80 y 90; un 14% entre 70 y 80; un 7.82% entre 60 y 70. Y por último, sólo un 1.67% de los participantes, (n= 3) puntuaciones entre 50 y 60.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas por los ítems, la puntuación más alta la obtuvo el ítem 2 (*Responsabilidad*), seguido del 4 (*Apoyo*) y 13 (*Ayudar a que exprese inquietudes a su médico*). La puntuación más baja la obtuvo el ítem 32 (*Presencia total*), el 29 (*Escuchar los sentimientos del paciente sin minimizar*) y el ítem 34 (*Aceptar las decisiones del paciente*).

Los ítems 1,2,4,5,6,8,9,12,13,19,21,24,26,27,28,30,31 obtuvieron puntuaciones por encima de la mediana. Aparecen en la tabla 10 ordenados de mayor a menor puntuación. El resto de los ítems, obtuvieron puntuaciones por debajo de la mediana (ordenada de mayor a menor puntuación).

Tabla 9. Porcentajes respuesta y puntuación a cada ítem CuSMCE-34

Ítem	0	1	2	3	4	5	N	total ítem
2. En mi entorno laboral considero fundamental la responsabilidad.					7	171	178	883
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.			1	6	35	137	179	845
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	1		4	8	32	133	178	825
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.		1	8	7	45	116	179	798
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.		4	3	15	39	117	178	796
19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.		3	5	11	60	100	179	786

Continuación tabla 9. Porcentajes respuesta y puntuación a cada ítem CuSMCE-34

Ítem	0	1	2	3	4	5	N	total ítem
8. En mi entorno laboral, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades enfermeras.	1	4	7	16	42	109	179	779
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.		1	4	22	48	102	179	777
28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.		2	8	16	60	93	179	771
31.Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes	2	7	11	10	46	103	179	758
9.Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, me preocupo de valorar su competencia y preparación	1	3	5	25	64	81	179	749
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.	1	6	15	18	46	93	178	739
27.Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente	2	4	12	21	52	88	179	739
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	1	7	13	32	60	66	177	699
12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.	6	14	13	15	39	91	178	696
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	2	8	20	20	57	72	179	696
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	8	22	9	8	50	81	178	669
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.	3	12	19	24	59	62	179	668
16. Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.	3	5	15	38	67	50	178	667
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.		4	12	58	76	29	179	651
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	4	7	26	40	39	62	177	645
11. Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente.	5	8	18	40	56	50	177	638

PARTE EMPÍRICA. CAPÍTULO 3: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN CUESTIONARIO

Continuación tabla 9. Porcentajes respuesta y puntuación a cada ítem CuSMCE-34

Ítem	0	1	2	3	4	5	N	total ítem
20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.	2	16	24	30	56	51	179	633
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	10	14	28	31	39	56	179	599
3. Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.	17	19	17	32	45	49	179	574
10. Como enfermera, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes.	11	20	29	34	43	42	179	562
23. A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al paciente.	10	22	31	30	39	46	178	560
18. En determinados casos me cuesta expresar al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando.	7	28	34	17	53	40	178	559
25. En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante.	15	17	19	42	55	31	179	556
15. No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas.	14	17	49	25	26	48	178	534
7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas alimentarias)	8	25	39	37	30	39	178	529
34.Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes	7	30	35	35	42	30	179	523
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	10	38	47	20	33	31	179	479
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.	9	38	44	24	45	19	179	473

La tabla 10 recoge las puntuaciones obtenidas para el total del cuestionario, por servicios y unidades. Los ítems 1, 2, 4, 6, 8 13 ,31 obtuvieron en todos los servicios puntuaciones por encima de la mediana. El resto de ítems (celdas coloreadas) obtuvieron puntuaciones por debajo de la mediana en todos los servicios (ítems 3, 7, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 22,

23, 25, 29, 32, 34) o en algunos servicios (ítems 5, 8, 9, 12, 14, 19, 21, 24, 26, 27, 28, 30)

.

El Bloque Quirúrgico obtuvo una media de puntuaciones en el CuSMCE-23 de 88.11, REA 89.6, UCIAS 81.64, SC 88.8, UCI 86.7. Las Unidades de Oncología/ Cuidados Paliativos y Medicina Interna 95.60.

El enunciado más puntuado por todos los participantes fue el ítem 2 (*Responsabilidad y coincidió en todos los servicios y unidades*).

Por servicios y unidades, el bloque quirúrgico obtuvo la mayor puntuación para el enunciado 2 (*Responsabilidad*), seguido del ítem 4 (*Apoyo*), 13 (*Apoyo y Ayudar a que exprese sus inquietudes al médico*) y 6 (*Confianza*).

Los participantes de la REA entregaron la mayor puntuación al enunciado 2 (*Responsabilidad*), seguido del ítem 1 (*Disponibilidad*) y de los ítems 4 y 13 (*Apoyo y Ayudar a que exprese sus inquietudes al médico*).

Los participantes de UCIAS dieron su máxima puntuación al enunciado 2 (*Responsabilidad*) seguido de 4 (*Apoyo*) y 1 (*Disponibilidad*). Los participantes de la UCI/SC otorgaron igualmente la mayor puntuación al enunciado 2 (*Responsabilidad*) seguido de 4 y 13 (*Apoyo y Ayudar a que exprese sus inquietudes al médico*).

Los participantes de las unidades de ONCOL/PAL/MI/GER otorgaron su máxima puntuación al enunciado 2 (*Responsabilidad*) seguido de los ítems 4,19,21 (*Apoyo, Disponibilidad a acompañar en sufrimiento y Captar necesidades por expresión*).

En cuanto a los ítems que han obtenido las puntuaciones más bajas, en el bloque quirúrgico resultó el ítem 32 (*Presencia*) en la REA, UCIAS y UCI / SC comparten el mismo ítem 29 (*Escuchar los sentimientos del paciente sin minimizar*) y en las unidades de ONCO/ PAL / MI/ GER el enunciado 10 (*Adaptar las normas*).

El porcentaje de acuerdo de los participantes en los valores enfermeros que se proponen y las respuestas enfermeras son del 75.7% para el factor I y 70.7% para el factor II.

Cabe señalar también en todos los servicios, las puntuaciones resultantes para el factor I han sido superiores a las resultantes para el factor II.

Tabla 10. Suma de puntuaciones obtenidas por cada ítem según servicio

	BQ	REA	UCIA	SC/UCI	ONCO/PAL
2. En mi entorno laboral considero fundamental la responsabilidad.	269	99	147	223	145
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	260	96	138	212	139
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	253	96	127	215	134
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	240	91	132	205	130
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.	234	97	135	202	128
8. En mi entorno laboral, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades enfermeras.	235	85	128	207	124
31.Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes	224	83	123	195	133
19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.	241	91	118	200	136
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.	237	86	121	195	138
28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	237	88	122	188	136
9.Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, me preocupo de valorar su competencia y preparación	228	84	125	186	126
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.	237	81	122	182	117
27.Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente	226	88	107	183	135
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	212	79	128	157	123

Continuación tabla 10	BQ	REA	UCIA	SC/UCI	ONCO/PAL
12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.	196	74	108	197	121
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	197	72	111	185	131
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	185	83	104	176	121
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.	215	86	106	143	118
16. Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.	200	77	119	160	111
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	192	76	116	158	109
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	185	74	95	165	126
11. Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente.	198	74	105	156	105
20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.	206	62	100	153	112
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	189	70	102	127	111
3. Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.	178	55	93	151	97
10. Como enfermera, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes.	182	72	93	138	77
18. En determinados casos me cuesta expresar al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando.	177	56	86	145	95
23. A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al paciente.	157	53	96	143	111

Continuación tabla 10	BQ	REA	UCIA	SC/UCI	ONCO/PAL
25. En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante.	175	53	113	120	95
15. No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinares para tratar cuestiones clínicas.	143	48	88	154	101
7.Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas. Alimentarias)	162	57	82	132	96
34.Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes	150	57	85	132	99
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	145	49	72	114	99
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.	135	56	77	117	88

3.9. ESTUDIO 6. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE LOS ÍTEMS DEL CuSMCE-23

3.9.1. OBJETIVO

Garantizar la capacidad discriminante de los ítems del cuestionario.

3.9.2. MÉTODO

3.9.2.1. Sujetos

Para realizar este estudio se utilizó la misma muestra del Estudio 2 (n_{estudio}), (Ver Anexo 8).

3.9.2.2. Procedimiento

Para el análisis de la capacidad discriminante de los ítems, se utilizaron dos procedimientos:

Diferencia de medias. A partir de la muestra utilizada en el estudio 2, se seleccionaron dos submuestras. Una de ellas estuvo formada por los sujetos cuya puntuación estaba por encima del percentil 75 de la distribución de todos los sujetos La segunda submuestra estuvo formada por los participantes que obtuvieron puntuaciones igual o inferior al percentil 25. Con ello se localizaba el 25% de los participantes con mayor puntuación y el 25% de los sujetos con menor puntuación. Se compararon las medias de la puntuación de cada ítem entre los grupos mediante la t de Student para muestras independientes.

Índice de discriminación de los ítems. Previamente al cálculo del índice de discriminación, se dicotomizaron las respuestas a los ítems de manera que las puntuaciones cero, uno y dos se recodificaron como cero, y las puntuaciones tres, cuatro, y cinco como uno. A continuación se procedió al cálculo del índice de discriminación,

aplicando la siguiente fórmula: $D = (\text{n}^\circ \text{ de sujetos que obtiene la puntuación más alta} / \text{n}^\circ \text{ total de sujetos}) - (\text{n}^\circ \text{ total de sujetos que obtienen la puntuación más baja} / \text{n}^\circ \text{ total de sujetos})$.

3.19.3. RESULTADOS

La tabla 11 muestra los valores *t* la diferencia de medias y la significación. Los niveles de significación para $p < 0.001$ aparecieron en todos los ítems.

Tabla 11. Diferencias de medias y significación en cada uno de los ítems entre los grupos superior e inferior

	<i>t</i>	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.	-4.092	.000	-.598
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	-4.070	.000	-.440
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	-6.263	.000	-1.787
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	-6.330	.000	-.988
7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas. alimentarias)	-6.899	.000	-1.751
12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.	-5.174	.000	-1.339
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	-5.306	.000	-.831
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	-6.814	.000	-1.534
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	-4.681	.000	-.833
19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.	-6.764	.000	-1.119

Continuación tabla 11	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.	-9.908	.000	-1.291
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	-4.700	.000	-1.289
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	-7.190	.000	-1.426
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.	-5.350	.000	-1.209
27. Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente.	-8.615	.000	-1.449
28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	-6.730	.000	-1.168
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	-5.405	.000	-1.603
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	-9.200	.000	-1.847
31. Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes	-6.538	.000	-1.405
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.	-5.441	.000	-1.427
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.	-6.269	.000	-1.554
34. Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes.	-3.877	.000	-1.101

De los veintitrés ítems que componen el cuestionario, diecinueve, presentan un índice de discriminación superior a 0.40 y cuatro ítems presentan índices de discriminación de 0.18, -0.06, -0.02 y 0.2.

En la tabla 12 aparecen en negrita aquellos que presentan una baja capacidad para discriminar entre los participantes que puntúan alto y los participantes que puntúan bajo.

Tabla12. Índices de discriminación de los ítems del CuSMCE-23

1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.	0,91
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	0,99
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	0,55
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	0,88
7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas. alimentarias).	0,18
12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.	0,62
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	0,93
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	0,58
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	0,82
19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.	0,91
20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.	0,53
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.	0,92
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	0,41
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	0,77
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.	0,75
27. Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente.	0,8
28. Procuro dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	0,89
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	-0,06
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	0,66
31. Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes.	0,78
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.	-0,02
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.	0,62
34. Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes.	0,2

3.10. ESTUDIO 7. INFLUENCIA DE LA EDAD, EL GÉNERO, LA EXPERIENCIA, LOS AÑOS EN EL SERVICIO, Y EL ENTORNO EN LAS PUNTUACIONES DEL CuSMCE-23

3.10.1. OBJETIVO

Determinar las posibles diferencias en las puntuaciones del cuestionario en función de la edad, el género, la experiencia, los años en el servicio, y el entorno de trabajo.

3.10.2. MÉTODO

3.10.2.1. Sujetos

Para realizar este estudio se utilizó la misma muestra del Estudio 2 (n_{estudio}), (Ver Anexo 8).

3.10.2.2. Procedimiento

Se incluyó en el estudio tres variables cuantitativas: edad, años experiencia laboral como enfermera y años en el servicio y dos variables cualitativas: género y entorno de trabajo; esta última bajo diez categorías: Bloque quirúrgico (BQ), Cuidados Intensivos (UCI), Recuperación post anestesia (REA), Semicríticos (SC), Medicina Interna (MI), Oncología, (ONCO) Cuidados Paliativos (PAL), Geriatría (GER), Urgencias (UCIAS), Otro (por favor, especifique).

Algunos análisis referidos a las unidades de Medicina Interna, Oncología, Cuidados Paliativos y Geriatría, se llevaron a cabo unificando los participantes de la muestra de estos grupos, debido a las características tanto estructurales como de cuidados¹¹.

¹¹ En función de las necesidades del servicio, las unidades comparten pacientes de Oncología, y Cuidados Paliativos o de Medicina Interna.

El análisis univariante se expresó en frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y en media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

En el análisis bivariable se procedió con la medida de la t de Student para diferencias de medias entre dos variables y Anova para tres grupos o más.

Para el análisis de las relaciones entre dos variables cuantitativas se procedió mediante el estudio del coeficiente de correlación de Pearson.

3.10.3. RESULTADOS

3.10.3.1. Estudio descriptivo de las variables edad, género, años experiencia, años en el servicio y entorno laboral

El estudio descriptivo de las variables género, edad, entorno, experiencia laboral y pertenencia a los entornos, aparece descrito en el apartado 3.6.2.1. del Estudio 2 de la parte empírica.

3.10.3.2. Influencia de la edad, género, años experiencia, años en el servicio y entorno laboral en las puntuaciones del CuSMCE-23

Influencia de género en las puntuaciones del CuSMCE-23

En primer lugar, al comparar la media de las puntuaciones obtenidas en el total del cuestionario de los hombres y las mujeres, no se hallaron diferencias significativas entre ambos aunque las mujeres puntuaron de forma superior ($t = -1.888$, $p = 0.062$).

A nivel de factores, no se hallan diferencias significativas entre hombres y mujeres para las puntuaciones obtenidas en el factor I ($t = -1.316$, $p = 0.190$) ni en el factor II ($t = 0.003$, $p = 0.997$).

Se procedió también al análisis de las diferencias entre las puntuaciones entre hombres y mujeres a nivel de ítems.

En la tabla 13 se presenta la media y desviación estándar, el estadístico y la p resultante en las puntuaciones proporcionadas por los hombres y las mujeres.

Aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres solamente en los ítems 13, 29,30 marcados en negrita.

Tabla 13. Puntuaciones medias de hombres y mujeres y significación de las diferencias en los ítems del CuSMCE-23

	Hombre		Mujer		t	p
	Media	DE	Media	DE		
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.	4,6154	,65044	4,4606	,90727	,602	,548
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	4,8462	,37553	4,7108	,56203	,852	,395
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	3,8462	1,72463	3,7515	1,57110	,208	,836
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	4,8462	,55470	4,4817	,83242	1,549	,123
7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o practicas alimentarias).	2,2308	1,64083	3,0303	1,47510	-1,867	,064
12.Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados	3,5385	1,50640	3,9394	1,45961	-,951	,343
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.	4,2308	,92681	4,6667	,73529	-2,018	,045
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.	3,1538	1,06819	3,6606	1,33205	-1,337	,183
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.	3,7692	,72501	3,6265	,92390	,544	,587
19.Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento	4,3077	,75107	4,3976	,86606	-,363	,717
20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.	2,9231	1,44115	3,5843	1,31269	-1,737	,084
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.	4,2308	,72501	4,4024	,84156	-,714	,476
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.	3,0000	1,85864	3,3916	1,50464	-,857	,393

Continuación tabla 13	Hombre		Mujer		t	p
	Media	DE	Media	DE		
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.	4,0000	1,08012	3,8976	1,13687	,314	,754
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.	4,1538	1,21423	4,1265	1,15560	,082	,935
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.	3,9231	1,25576	3,7169	1,31585	,546	,586
34.Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes	2,3846	1,50214	2,9639	1,45182	-1,382	,169
27. Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente.	3,7692	1,36344	4,1566	1,09525	-1,206	,229
28. Procuo dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.	3,8462	1,40512	4,3434	,83640	-1,259	,231
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.	1,5385	,96742	2,7651	1,55278	-4,170	,001
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.	2,7692	1,48064	3,9759	1,18040	-3,482	,001
31. Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes.	3,4615	1,80810	4,2952	1,08582	-1,639	,126
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.	2,8462	1,57301	2,6265	1,44567	,524	,601

Influencia de la edad en las puntuaciones del CuSMCE-23.

Los resultados obtenidos sugieren ausencia de relación entre la variable edad y las puntuaciones del CuSMCE-23, ya que la correlación entre ambas variables es próxima a cero ($r = 0.057$) y no significativa ($p > 0,05$).

A nivel de factores, no hay una correlación entre la edad y las puntuaciones obtenidas en el factor I ($r = 0.12$; $p = 0.108$) ni en el factor II ($r = -0.107$; $p = 0.153$).

A nivel de ítems el análisis sólo muestra una correlación débil y significativa para los ítems 19 ($r = 0.16$, $p = 0.028$) y 21 ($r = 0.16$ $p = 0.039$)

Influencia de la experiencia en las puntuaciones del CuSMCE-23

El análisis de la relación entre años experiencia con las puntuaciones totales del CuSMCE-23 resultó baja $r = 0.091$ y no significativa $p = 0.230$.

A nivel de factores, no hay una correlación entre la experiencia y las puntuaciones obtenidas en el factor I ($r = 0.108$; $p = 0.152$) ni en el factor II ($r = -0.138$; $p = 0.067$).

A nivel de ítems el análisis sólo muestra una correlación débil y significativa para el ítem19 ($r = 0.19$, $p = 0.009$).

Influencia de la permanencia en un servicio en las puntuaciones del CuSMCE-23.

El análisis de la relación entre años de permanencia en el servicio con las puntuaciones totales del CuSMCE-23 resultó baja ($r = -0.113$) y no significativa $p = 0.134$.

A nivel de factores, no hay una correlación entre los años de permanencia en el servicio y las puntuaciones obtenidas en el factor I ($r = 0.009$; $p = 0.902$) y aparece una correlación negativa y significativa con las puntuaciones en el factor II ($r = -0.187$; $p = 0.013$).

A nivel de ítems el análisis sólo muestra una correlación débil negativa y significativa para el ítem 31 ($r = -0.19$ $p = 0.012$)

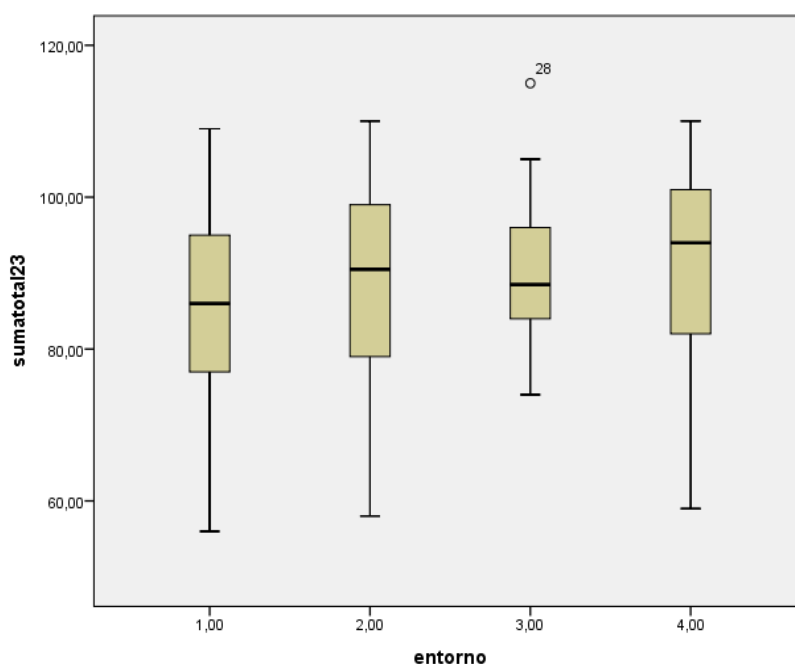
Influencia del entorno en las puntuaciones del CuSMCE-23

Por último se procedió al análisis de las puntuaciones del cuestionario según el entorno de cuidados.

La exploración de los datos evidenció que las medias de los cuatro entornos observados resultaban muy cercanas, los IC 95% se superponen en gran parte de su recorrido, por lo que es muy probable que no existan diferencias en las medias y que estas dos variables no se asocien en la población de la que proviene la muestra analizada.

El gráfico de cajas nos ayuda a visualizar cómo las distribuciones de la variable en los cuatro grupos son muy similares.

Figura 7: Distribución de puntuaciones del CuSMCE-23 en los entornos



Los resultados del ANOVA para las puntuaciones totales de CuSMCE-23 mostró la igualdad de las medias en los cuatro entornos ($F = 1,420$; $p = 0.239$).

A nivel de factores, el ANOVA evidenció diferencias de medias entre los grupos para el factor I ($F = 3.543$; $p = 0.016$). Para encontrar estas diferencias se realizó el test de Tukey que asume varianzas iguales, obteniendo los resultados que se muestran en la tabla 14. Se colorean las diferencias significativas aparecidas.

Las puntuaciones del factor I en el entorno de ONCO/PAL /MI/GER han resultado significativamente superiores a las obtenidas en el entorno REA/UCIAS/SC y UCI.

El ANOVA evidenció diferencias de medias entre los grupos para el factor II ($F = 3.685$; $p = 0.013$). Se procede a realizar test de Tukey obteniendo los resultados que se muestran en la tabla 15. Se colorean las diferencias significativas aparecidas. Las puntuaciones del factor II en el entorno de ONCO/PAL /MI/GER han resultado significativamente superiores a las obtenidas en los entorno BQ y REA/UCIAS/SC.

Tabla 14: Comparaciones múltiples factor I y entornos

(I) entorno	(J) entorno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
BQ	REA/UCIAS/SC	1,6279	1,2266	0,547	-1,5537	4,8096
	UCI	1,57037	1,52217	0,731	-2,378	5,5187
	ONCO/PAL /MI/GER	-2,95147	1,53895	0,224	-6,9433	1,0404
REA/UCIAS/SC	BQ	-1,62795	1,2266	0,547	-4,8096	1,5537
	UCI	-0,05758	1,47192	1	-3,8756	3,7604
	ONCO/PAL /MI/GER	-4,57941*	1,48927	0,013	-8,4424	-0,7164
UCI	BQ	-1,57037	1,52217	0,731	-5,5187	2,378
	REA/UCIAS/SC	0,05758	1,47192	1	-3,7604	3,8756
	ONCO/PAL /MI/GER	-4,52184*	1,7408	0,05	-9,0373	-0,0064
ONCO/PAL /MI/GER	BQ	2,95147	1,53895	0,224	-1,0404	6,9433
	REA/UCIAS/SC	4,57941*	1,48927	0,013	0,7164	8,4424
	UCI	4,52184*	1,7408	0,05	0,0064	9,0373

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tabla 15: Comparaciones múltiples factor II y entornos

(I) entorno	(J) entorno	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
<i>BQ</i>	<i>REA/UCIAS/SC</i>	0,80135	1,42289	0,943	-2,8895	4,4922
	<i>UCI</i>	-0,15926	1,76576	1	-4,7394	4,4209
	<i>ONCO/PAL/MI/GER</i>	-4,79949*	1,78522	0,039	-9,4302	-0,1688
<i>REA/UCIAS/SC</i>	<i>BQ</i>	-0,80135	1,42289	0,943	-4,4922	2,8895
	<i>UCI</i>	-0,96061	1,70747	0,943	-5,3896	3,4684
	<i>ONCO/PAL/MI/GER</i>	-5,60084*	1,72759	0,008	-10,082	-1,1197
<i>UCI</i>	<i>BQ</i>	0,15926	1,76576	1	-4,4209	4,7394
	<i>REA/UCIAS/SC</i>	0,96061	1,70747	0,943	-3,4684	5,3896
	<i>ONCO/PAL/MI/GER</i>	-4,64023	2,01937	0,102	-9,8782	0,5978
<i>ONCO/PAL/MI/GER</i>	<i>BQ</i>	4,79949*	1,78522	0,039	0,1688	9,4302
	<i>REA/UCIAS/SC</i>	5,60084*	1,72759	0,008	1,1197	10,082
	<i>UCI</i>	4,64023	2,01937	0,102	-0,5978	9,8782

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

3.11. ESTUDIO 8. RELACIÓN DEL CuSMCE Y LA EMPATÍA, LA SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y LA SENSIBILIDAD ÉTICA AL CÓDIGO ÉTICO

3.11.1. OBJETIVO

Determinar la posible relación entre las puntuaciones del CuSMCE-23, la empatía, la sensibilidad emocional y la sensibilidad ética al código ético.

3.11.2. MÉTODO

3.11.2.1. Sujetos

En este estudio participaron 93 sujetos de la muestra habitual ($n_{\text{convergencia}}$) (Ver Anexo 8).

3.11.2.2. Procedimiento

Se determinó la validez convergente del CuSMCE-23, mediante el análisis de la correlación de Pearson con los instrumentos que se describen a continuación.

Cuestionario de sensibilidad ética al código ético.

Cuestionario formado por 35 ítems donde el participante indica el grado de acuerdo y/o intensidad con que considera los enunciados propuestos basados en el código ético enfermero en una escala Likert 0-4 en su labor enfermera. La puntuación total se obtiene con la suma de las puntuaciones de los enunciados. Contactamos con el autor del cuestionario solicitando conformidad para utilizar dicho cuestionario y la versión en castellano del mismo.

Índice de reactividad interpersonal (IRI).

El IRI es un cuestionario compuesto por 28 ítems con un formato de respuesta tipo Likert 1-5. Formada por cuatro sub escalas de 7 ítems cada una, que responden a los cuatro factores que identifica (Toma de perspectiva, Fantasía, Preocupación Empática y Distrés Personal). En su validación al castellano resultó una α de Cronbach de 0,70 a 0,80 (151,152).

La puntuación en la sub escala *Toma de perspectiva (TP)* indica los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona. Está integrada por los ítems: 3-8-11-15-21-25-28. Los ítems 3 y 15 están formulados de forma negativa

La sub escala de *Fantasía* evalúa la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias. Recoge los ítems 1-5-7-12-16-23-26. Los ítems 7 y 12 están formulados de forma negativa.

En la sub escala de *Preocupación empática (PE)* se miden sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros. Recoge los ítems 2-4-9-13-14-18-20-22. Los ítems 4, 14,18, están formulados de forma negativa.

Por último la sub escala de *Distrés o malestar personal (DP)* mide las reacciones emocionales de las personas ante las experiencias negativas de los otros, evalúan los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás. Recoge los ítems 6-10 -17-19-24-27. El ítem 19 está formulado de forma negativa.

Escala de Sensibilidad Emocional.

La sensibilidad emocional se concibe como expresión de la reactividad emocional de los individuos cuyo foco puede estar tanto en las propias emociones como en las de otros (153).

Esta escala mide la reactividad emocional de los individuos a través de 45 ítems con respuesta en formato dicotómico (verdadero/falso) agrupados en tres dimensiones: Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN - 22 ítems), Distanciamiento Emocional (Dist. E. - 10 ítems) y Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP – 13 ítems).

Los coeficientes alfa de Cronbach para las tres dimensiones son para la SEN= 0.824; DE= 0.742; y SIP= 0.710.

La sensibilidad emocional negativa recoge la tendencia de los individuos a reaccionar negativamente con emociones de rabia, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes.

El distanciamiento emocional explica la tendencia de los individuos a alejarse y evitar las reacciones emocionales de los otros manteniendo distancia de los que están atravesando circunstancias difíciles (154).

Por último, la sensibilidad interpersonal positiva describe la tendencia a orientarse emocionalmente hacia los otros y manifestar preocupación para reconocer las emociones de otros y mostrar preocupación y compasión por aquellos que sufren o atraviesan circunstancias difíciles.

Dado que el país de origen del autor de la escala es Venezuela, se detectaron tras las primeras lecturas expresiones que gramaticalmente no coinciden con el castellano hablado en nuestro país. En concreto, el uso del pronombre personal “yo” previo a cada verbo. Por otro lado, en el ítem 3 se utiliza la expresión, “me pongo bravo”, locución que si bien en el contexto es totalmente comprensible, no es habitual en nuestro entorno. Enviamos un correo electrónico a los autores solicitando permiso para omitir los pronombres personales “yo” en todos los ítems que aparecen. Por otro lado se les insta que nos faciliten un sinónimo del adjetivo *bravo*, más ajustado a nuestro entorno. Los correos electrónicos mantenidos y propuestas realizadas se hallan en anexo 9.

3.12.3. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos en la tabla 16, donde se pueden observar cómo la relación entre el CuSMCE-23 y el cuestionario de SE al código no es significativa. Aparecen algunas correlaciones débiles negativas con el total del CuSMCE-23 y a nivel de factores I y II y algunas dimensiones de la ESE y el IRI. Se pone de manifiesto las bajas relaciones del cuestionario construido con la SE, la empatía y la sensibilidad emocional.

Tabla 16. Correlaciones CuSMCE-23 con cuestionarios Sensibilidad ética al código, Sensibilidad emocional, (ESE) y empatía (IRI)

	Sensibilidad ética código	Escala Sensibilidad Emocional			IRI				
		SEN	Dist. E	SIP	TP	F	PE	DP	
CuSMCE-23	<i>r</i>	,192	-,109	-, 305**	-,162	,141	,078	,143	-,139
	<i>p</i>	,058	,278	, 002	,283	,161	,438	,153	,166
Factor I	<i>r</i>	0.125	-0.111	-0.269**	-0.207	0.073	0.139	0.086	0.01
	<i>p</i>	0.222	0.206	0.002	0.168	0.466	0.165	0.393	0.917
Factor II	<i>r</i>	0.196	-0.201*	-0.106	-0.062	0.158	0.004	0.158	-0.227*
	<i>p</i>	0.054	0.021	0.229	0.682	0.113	0.966	0.133	0.022

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). *****La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

SEN: Sensibilidad Emocional Negativa. **Dist. E.:** Distanciamiento Emocional. **SIP:** Sensibilidad Interpersonal Positiva. **TP:** Toma de Perspectiva. **F:** Fantasía. **PE:** Preocupación empática. **DP:** Distrés Personal

3.12. ESTUDIO 9. INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA MORAL EN LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL CuSMCE-23

3.12.1. OBJETIVO

Establecer la influencia de las variables seleccionadas para la competencia moral en las puntuaciones del CuSMCE-23

3.12.2. MÉTODO

3.12.2.1. Sujetos

Para realizar este estudio se utilizó la misma muestra del Estudio 2 (n_2), (Ver Anexo 8).

3.12.2.2. Definición operacional de las variables a estudio

Se preguntó al participante sobre los siguientes aspectos:

- Formación en temas éticos a lo largo de la carrera. Evaluada por la presencia o ausencia de formación en ética a lo largo de la carrera.
- Formación en temas éticos posterior a la graduación. Evaluada por la presencia o ausencia de formación en ética después de la graduación.
- Valoración del grado de "Conocimiento de código del COIB". El participante puntuó de 0-10 su percepción de conocimiento del código ético.
- Ante una situación de carácter ético, valoración de la influencia del código ético en la toma de decisiones. El participante puntuó de 0-10.
- Ante una situación de carácter ético, valoración influencia de los valores en la toma de decisiones. El participante puntuó de 0-10.
- Ante una situación de carácter ético, valoración influencia de la experiencia en la toma de decisiones. El participante puntuó de 0-10.

- Ante una situación de carácter ético, influencia de los conocimientos clínicos en la toma de decisiones. El participante puntuó de 0-10.
- En su entorno laboral, ¿Se comparten aspectos éticos de la práctica profesional? Valore del 0 al 10.
- ¿Puede valorar del 0 al 10 cómo percibe su capacidad para defender un criterio ético en una situación emergente? Valore del 0 al 10.
- ¿Puede valorar cómo percibe su grado de satisfacción en la resolución de situaciones de carácter ético? Valore del 0 al 10.
- ¿Podría indicarnos cuándo fue la última vez que percibió una situación como conflicto ético? ofrecimos tres categorías: *menos de una semana, entre una semana y un mes, más de un mes.*
- ¿Podría identificar el origen de dicha situación? ¿Se trataba de una situación ética relacionada con...? Se ofrecieron las siguientes categorías: Información al paciente, Comunicación con paciente, Comunicación con familiares o seres queridos, Práctica incompetente de algún componente del equipo, Práctica insegura, Gestión de recursos, Final de vida. Otro (por favor, especifique).
- ¿Podría identificar el o los agentes principales implicados en esta situación? Se ofrecieron las siguientes opciones de respuesta: Paciente, Familia o Seres queridos, Supervisora, Otra enfermera, Auxiliar, Médico ,Otro (por favor, especifique)

Se procedió a un análisis univariante de las variables cualitativas a través del estudio de frecuencias y porcentajes y de las variables cuantitativas a través de la media y la desviación estándar.

Para el análisis bivariante se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

3.12.3. RESULTADOS

3.12.3.1. Estudio descriptivo de las variables seleccionadas para el análisis de la competencia moral.

Formación en ética

El 79.32% de los participantes realizó formación en ética a lo largo de la carrera. El 44.13% de los participantes realizó estudios en ética posteriores a la carrera. La tabla 17 recoge las frecuencias obtenidas para ambas variables en función del servicio.

Tabla 17: Frecuencias y Porcentajes de la variable Formación Ética por servicios

	Formación en carrera			Formación posterior		
	SI	NO	N	SI	NO	N
BLOQUE QUIRÚRGICO	n=42(77,8%)	n=12(22,2%)	54	n=23(42,6%)	n=31(57,4%)	54
UCI/SC	n=38(84,4%)	n=7(15,6%)	45	n=18(40%)	n=26(57,8%)	44
UCIAS	n=26 (86,9%)	n=5(16,1%)	31	n=12(38,7%)	n=19 (61,3%)	31
REA	n=13 (65%)	n=7(35%)	20	n=10(50%)	n=10(50%)	20
ONCO/PAL/MI/GER	n=23(79.3%)	n=5(20.7%)	28	n=16(55,2%)	n=13(44,8%)	29

Percepción de conocimientos código ético

La percepción de conocimientos en relación al código ético, puntuada de 0 a 10, obtuvo una media de 4.12 (DE =0.32). La tabla 18 recoge las puntuaciones obtenidas por servicios.

Tabla 18. Media y Desviación Estándar de Percepción Conocimiento Códigos por servicios

	Media	DE
BLOQUE QUIRÚRGICO	4,63	2,1
UCI/SC	4	2,29
UCIAS	4,13	2,11
REA	4,68	2,96
ONCO/PAL/MI/GER	4,62	2,09

Identificación de conflicto, agente y tiempo

87 participantes (31.99%) señalaron como principal agente implicado en el conflicto, *el paciente*, seguido de *los familiares y seres queridos* con 82 (30.15%) situaciones, y 67 (24.63%) cuyo agente principal era *un médico*. 16 participantes no señalaron ningún agente (tabla 19).

Tabla 19. Frecuencias y Porcentajes de Agentes Implicado en Situaciones Conflicto Ético por servicios

	Paciente	Familia o seres queridos	Supervisora	Enfermera	Auxiliar	Médico	Otro	N
BQ	38	15	3		1		1	58
REA	5	11	1	5	2	10	3	37
UCI	18	26	1	4		34		83
UCIA	12	10		9		13		44
ONCO /PAL/MI/GER	14	20	1	2	3	10		50
Total	87	82	6	20	6	67	4	272
Porcentajes	31,99%	30,15%	2,21%	7,35%	2,21%	24,63%	1,47%	

Se recogieron un total de 206 situaciones conflictivas. Algunos participantes señalaron dos y hasta tres situaciones para definirla como por ejemplo comunicación y final de vida o información y final de vida.

Entre los temas fundamentales de las situaciones, 41 situaciones que representan un 15.07% del total estaban relacionadas con la comunicación con familiares, 36 (13.23%) el tema estaba relacionado con el final de vida y 33 (12.13%) relacionadas con la información al paciente (tabla 23).

En la categoría de *Otros*, se recogieron las siguientes situaciones: creencias religiosas de los pacientes, práctica insegura relacionada con gestión, dos situaciones relacionadas con Testigos de Jehová, estado del paciente, dos situaciones relacionadas con la falta de respeto a la intimidad, alta de paciente contra voluntad de paciente y mínima ayuda, no tener en cuenta al paciente por suponer incompetencia, dos situaciones relacionadas con comunicación paciente y familia en final de vida.

En la tabla 20 se presentan los conflictos recogidos por servicios y se señalan aquellos que tienen mayor frecuencia de aparición en cada servicio.

Tabla 20. Frecuencia y Porcentajes Origen de la Situación Conflictiva por servicios

	Informar paciente	Comunicar con paciente	Comunicar con familiares	Prác. incompetente	Prác. insegura	Gestión recursos	Final de vida	Otros	N
BLOQUE QUIRÚRGICO	17	8	6	9	4	5	9	7	65
REA	1	1	5	4	1	4	7		23
UCI	4	6	18	11	2	3	14		58
UCIAS	4	4	4	8	1				21
ONCO /PAL/MI/GER	7	1	8	1	2	7	6	7	39
Total	33	20	41	33	10	19	36	14	206
Porcentajes	16.01%	9.71%	19.90%	16.01%	4.85%	9.22%	17.47%	6.8%	

En cuanto al tiempo transcurrido, desde la aparición del conflicto al que hacen referencia, 30 participantes (20.34%), indicaron que había transcurrido menos de una semana, 45 participantes (25.42%) entre una semana y un mes, 17(9.60%) un mes y 78 (44,07%) más de un mes (tabla 21).

Tabla 21. Tiempo transcurrido desde la situación

	Menos de una semana	Entre una semana y un mes	Un mes	Más de un mes	N
BLOQUE QUIRÚRGICO	10 (18,5%)	16 (29,6%)	2(3,7%)	26(48,1%)	54
UCI/SC	11(25%)	11(25%)	6 (13,6%)	16(36,4%)	44
UCIAS	7(22,6%)	10(32,3%)	2 (6,5%)	11(35,5%)	30
REA	1(5%)	3 (15%)	2 (10%)	14 (70%)	20
ONCO/PAL/GER/MI	7(24,1%)	5 (17,2%)	5 (17,2%)	11(37,9%)	29
Total	36	45	17	78	177
Porcentajes	20,34%	25,42%	9,60%	44,07%	

Compartir temas éticos, defender un criterio ético, satisfacción con el resultado.

Los participantes puntuaron con una media de 5.79 (DE=0.81) el compartir en el entorno laboral temas éticos.

Puntuaron su capacidad para defender un criterio ético con una media de 6.30 (DE=0.47) y expresaron una media en la satisfacción en la resolución de situaciones de carácter ético de 6.21 (DE=0.29). Se presenta en la tabla 22 los resultados obtenidos en estas variables por servicios.

Tabla 22. Media y Desviación Estándar de compartir en el entorno laboral temas éticos, capacidad para defender un criterio ético, y satisfacción en la resolución de situaciones de carácter ético

	Compartir temas éticos		Capacidad para defender		Satisfacción con resultado	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
BLOQUE QUIRÚRGICO	5.70	2	5.8	2.11	6.26	1.76
UCI/SC	6.14	2.02	5.68	2.12	5.5	2.15
UCIAS	6.27	2.33	6.84	1.70	6.55	2
REA	4.45	2.54	6.1	2.12	5.85	2.5
ONCO/PAL/MI/ GER	6.54	1.79	6.76	1.77	6.41	2.46

Influencia de los códigos, los valores, la experiencia y los conocimientos en la toma de decisiones

La influencia de los códigos en la toma de decisiones obtuvo una puntuación media de 4.47 (DE=0.63); los valores de 7.91 (DE= 0.47); la experiencia de 8.07 (DE=0.47); y los conocimientos de 8.24 (DE=0.27) (tabla 23).

Tabla 23. Media y Desviación Estándar de influencia códigos, valores, experiencia y conocimientos en toma de decisiones, por servicios

	Códigos		Valores		Experiencia		Conocimientos	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
BLOQUE QUIRÚRGICO	4,83	2,55	8,7	1,21	8,52	1,11	8	2,76
UCI/SC	3,5	3,00	8	2,90	7,40	2,73	8,52	1,08
UCIAS	4,16	2,46	7,71	1,64	8,32	1,14	8,42	1,12
REA	4,95	3,03	7,55	1,76	7,75	1,48	7,90	1,59
ONCO/PAL/MI/ GER	4,89	2,55	7,62	1,9	8,34	1,49	8,34	1,37

3.12.3.2. Relaciones entre las puntuaciones del CuSMCE-23 y variables de competencia moral

Se analizaron las puntuaciones obtenidas por los participantes en busca de diferencias entre los que recibieron formación ética en la carrera y después de la carrera y los que no.

No se han obtenido diferencias significativas en las puntuaciones del CuSMCE-23 entre los que habían tenido formación o no antes o después de la carrera.

Las tablas 24 y 25 recogen los estadísticos de grupo y el análisis para muestras independientes.

Tabla 24. Estadísticos de grupo de la variable formación ética en carrera y post carrera

	SI/NO		N	Media
	Formación ética en carrera			
CuSMCE-23	Formación ética en carrera	No	36	90,3889
		Si	142	87,6479
	Formación ética post carrera	No	99	86,9394
		Si	79	89,7215

Tabla 25. Prueba de muestras independientes para variable formación ética en carrera y post carrera

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Formación en carrera	Se han asumido varianzas iguales	1,042	,309	1,174	176	,242	2,74100	2,33552	-1,86823	7,35024
	No se han asumido varianzas iguales			1,280	61,044	,205	2,74100	2,14110	-1,54033	7,02233
Formación post carrera	Se han asumido varianzas iguales	4,080	,045	-1,479	176	,141	-2,78213	1,88109	-6,49451	,93026
	No se han asumido varianzas iguales			-1,511	175,770	,133	-2,78213	1,84146	-6,41634	,85209

Se presentan en la tabla 26 las correlaciones aparecidas entre las puntuaciones obtenidas en el CuSMCE-23 y las variables asignadas para la evaluación de la competencia moral.

A la vista de estos resultados, cabe destacar en primer lugar el hecho de que el cuestionario CuSMCE-23 solamente correlaciona de forma débil y negativa $r=-0.172$ ($p<0.05$) con la variable satisfacción en el resultado (tras un conflicto). Esto es, a mayor puntuación en el CuSMCE-23, menor es la satisfacción percibida en la resolución de los conflictos.

Con relación al resto de variables, “conocimiento del código”, “influencia de valores, código, conocimiento y experiencia”, así como la “posibilidad de compartir temas éticos en el entorno laboral” y la “capacidad para defender un tema ético” no han correlacionado con las puntuaciones en el CuSMCE-23.

Por otro lado cabe señalar la aparición de correlaciones positivas y significativas para $p<0.01$ y $p<0.05$ entre el resto de variables que se han asignado para la evaluación de la competencia moral.

Tabla 26. Correlaciones CuSMCE3 y variables competencia moral

	Conocimiento código	Influencia código	Influencia valores	Influencia exp. clin	Influencia conocimientos	Posibilidad de compartir	Capacidad de defender	Satisfacción en resultado	CuSMCE-23
Conocimiento código									
Influencia código	,666**								
Influencia valores	,311**	,356**							
Influencia exp.clin	,258**	,265**	,722**						
Influencia conocimientos	,210**	,194**	,603**	,806**					
Posibilidad de compartir	,207**	,368**	,225**	,176*	,157*				
Capacidad de defender	,275**	,296**	,275**	,288**	,331**	,553**			
Satisfacción en resultado	,295**	,254**	,278**	,349**	,330**	,435**	,491**		
CuSMCE-23	,035	,058	,019	-,039	,000	-,041	-,039	-,172*	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

4.1. DISCUSIÓN

El objetivo general que ha guiado este trabajo ha sido el desarrollo de un cuestionario válido y fiable que permitiera la evaluación de la sensibilidad moral en el cuidado enfermero. La relevancia de la materia ha sido puesta de manifiesto mediante las aportaciones presentadas en la parte teórica, que evidencian la importancia del tema para la profesión, así como la repercusión que puede tener directa o indirectamente en la calidad de los cuidados y el cuidado excelente. Sin embargo, se ha constatado la escasez de trabajos empíricos enfermeros dedicados al estudio de la SM especialmente en nuestro país.

Los resultados obtenidos muestran un constructo compartido por los participantes con un elevado grado de acuerdo en los enunciados y que resulta independiente de la mayoría de las variables demográficas y laborales examinadas.

Desde esta perspectiva, nuestro estudio sitúa el CuSMCE-23 como el primer instrumento construido y validado en nuestro contexto social, cultural y profesional abriendo una prometedora línea de investigación centrada en el fenómeno de la sensibilidad moral y en la incorporación en un futuro nuevas hipótesis de trabajo.

4.1.1. DISCUSIÓN EN TORNO A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Objetivo específico 1: Generación de los ítems preliminares.

La construcción de los ítems preliminares se ha basado en las intervenciones y actividades enfermeras propuestas en el NIC (66) y la definición teórica generada a partir de las aportaciones teóricas enfermeras recogidas hasta el momento sobre la SM y el cuidado (7,9,44,49). El juicio de los expertos y los análisis psicométricos posteriores han determinado la composición final del cuestionario.

En cuanto al contenido, los enunciados propuestos, recogen valores de cuidado enmarcados en el encuentro enfermera-paciente, que revelan las características del profesional (7,8,10,49), su benevolencia (42) y compromiso (9). En conjunto, los ítems también recogen respuestas que informan de la responsabilidad y la competencia

profesional. Una responsabilidad, contextualizada en el marco del ejercicio de una profesión con elevadas exigencias morales que se materializa en el respeto a la persona cuidada (124), respeto a los que no piensan igual (155), respeto para desarrollar una mirada positiva al otro, a su dignidad, a la diferencia, y a su cultura (7,49).

El análisis de los ítems evidencia que éstos recogen no sólo principios, sino y sobre todo valores y respuestas que ayudan delimitar cómo debe ser la relación que se establece entre el profesional y el paciente. Es por ello que podríamos hablar que el cuestionario puede ser examinado a la luz de principios, virtudes o cuidado, en la línea propuesta por Tschudin et al (156), quienes argumentan que en el cuidado enfermero, no sólo es posible sino incluso necesario y beneficioso incorporar una interpretación desde diferentes fundamentaciones éticas.

En definitiva, todo lo dicho anteriormente enmarca el concepto de SM como una suma de distintas facetas del cuidado enfermero, haciéndonos perceptivos a necesidades, y preocupaciones, a la vez que nos exhorta a proporcionar respuestas desde el respeto, la responsabilidad y el compromiso con las personas y con la profesión. Dichos elementos, expresión de la diversidad y amplitud del concepto de SM, se han podido conjugar en nuestro estudio en un instrumento que los engloba desde una perspectiva enfermera.

Objetivo específico 2: Garantizar índices aceptables de fiabilidad y estabilidad temporal.

Con los análisis propuestos para este segundo objetivo, damos respuesta a dos déficits existentes en la literatura revisada sobre el fenómeno estudiado. Recordamos que de los cuestionarios existentes hasta el momento, solamente proceden al análisis de la fiabilidad, el MSQ (54) y el cuestionario de sensibilidad ética de Kim et al (63,64).

En relación con este aspecto, cabe destacar que la fiabilidad de nuestro instrumento, ha resultado superior al obtenido para el MSQ original de Lützén (44) así como los observados para el mismo instrumento en otros estudios (55,57-59). El cuestionario presenta una consistencia interna evaluada a través del coeficiente alfa de Cronbach, de 0.81, aspecto éste que nos indica que los ítems se refieren a un constructo común.

Asimismo, el segundo elemento de fortaleza del análisis hace referencia a la estabilidad temporal del cuestionario, donde se ha obtenido una satisfactoria correlación test- retest. No obstante, la ausencia de este análisis en la validación de otros instrumentos ha impedido la comparación.

Objetivo específico 3: Determinar la estructura interna del cuestionario.

En relación al análisis factorial, la estructura resultante es significativa y congruente con los elementos constitutivos de la SM propuestos en la definición y asumidos en el planteamiento teórico. Un análisis detenido de la estructura de las cargas factoriales, (Tabla 7) permite apreciar la coherencia de la agrupación de los ítems y justificar las etiquetas asignadas a los elementos de la solución factorial.

En la estructura factorial, el mayor porcentaje de varianza (22.83%) viene explicada por el factor I, que se ha etiquetado como "*Valores y actitudes enfermeros*". Este factor está formado por ítems que hacen referencia a los valores y actitudes de cuidado enfermero como "*la disponibilidad*", "*el apoyo*," "*la confianza*", "*la consideración de la unicidad del ser humano*", "*la atención*", "*el interés sincero*", "*el mantenimiento de la dignidad*", y "*la honestidad*". Puede considerarse que este factor está determinado fundamentalmente por aspectos internos: pensamientos y sentimientos, representando el valor otorgado al cuidado y la conciencia de cuidar, el cuidado centrado en la persona (8,54).

El factor II, etiquetado como "*Respuestas enfermeras de cuidado*" está constituido por los ítems que plantean respuestas en base a los valores enfermeros ante las necesidades observadas de la persona. Estas respuestas incluyen "*la escucha atenta*", "*la presencia*," "*la aceptación de las decisiones del persona*", "*la defensa enfermera*" o "*proporcionar confort físico, emocional y espiritual*". Representan la manifestación externa de la SM, la expresión de valores. Estas respuestas enfermeras materializan el arte de cuidar, el uso experto del conocimiento empírico (46,127) y recogen la suma de pequeñas actividades que pueden representar mucho para la persona cuidada (157).

Los enunciados enmarcados en el factor I y II se mueven constantemente en un continuo de procesos cognitivos y afectivos. Los valores reconocidos y aceptados por el profesional, (factor I), son materializados en respuestas de cuidados. De la misma manera, las respuestas de cuidado (factor II) están impregnadas de los valores que le

preceden, manifestando así la relación entre ambos. Según esta interpretación, el factor I, interno, es el generador de las respuestas externas expresadas por el factor II.

Todo ello puede llevar a pensar que si el factor I viene dado por lo que pienso y siento, el factor II indicará las respuestas que irán de acuerdo a estos valores.

Objetivo específico 4: Garantizar la capacidad discriminante de los ítems del cuestionario.

El análisis de los ítems de nuestra escala ha mostrado una satisfactoria capacidad discriminante. 19 de los 23 ítems permiten diferenciar bien entre los sujetos que puntúan alto y los que puntúan bajo en el total del cuestionario.

De nuevo, no disponemos de dicha evaluación en las otras escalas existentes, por lo que este aspecto favorecería también a nuestro instrumento.

Objetivo específico 5: Establecer los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del cuestionario.

Recordemos que consideramos que el CuSMCE-23 no mide respuestas correctas o incorrectas, sino que las puntuaciones obtenidas informan sobre el grado de acuerdo o desacuerdo con los enunciados formulados.

Bajo este supuesto, se ha evidenciado que los participantes mostraron un 75% de acuerdo con los enunciados propuestos, lo cual equivale a puntuaciones iguales (6,64) o superiores (44,50,55,56) a las obtenidas en otros estudios sobre el mismo constructo. Este resultado, sugiere la existencia de un acuerdo de criterios profesionales en relación a los enunciados del CuSMCE-23, aspecto fundamental y favorable debido a que dichos enunciados conforman las características primordiales del cuidado enfermero.

Trasladado el análisis a nivel de factores, estimamos que el grado de acuerdo expresado a los enunciados correspondientes al factor I nos está informando de la importancia que se otorga a los valores profesionales. En cuanto al factor II, el grado de acuerdo con los enunciados integrados está informando del grado de acuerdo con las respuestas de cuidado propuestas que se derivan de los valores.

Cabe destacar que en este análisis, a nivel general y en cada uno de los servicios observados, las puntuaciones obtenidas en el factor I son superiores a las

puntuaciones obtenidas en el factor II. Existe un mayor grado de acuerdo en los valores que en las respuestas de cuidado enfermeras. Los resultados observados informan de un profesional cuyos valores pueden no traducirse en respuestas de cuidado.

Según el modelo teórico propuesto, los valores recogidos en el factor I, informan y guían las respuestas de cuidado que se recogen en el factor II. Ante estos resultados son varios los interrogantes que nos surgen en torno a las causas, ¿Estos resultados tienen su origen en barreras internas de los profesionales ¿Faltan conocimientos para proporcionar respuestas de cuidado? ¿Faltan habilidades para proporcionar respuestas de cuidado?

O por el contrario ¿Tienen su origen en el entorno? ¿De qué manera influyen la estructura, el tiempo, y las dinámicas de trabajo? El análisis de estas cuestiones sería objeto de otro estudio pero nos indicaría una dirección en la que orientar las intervenciones de soporte para estos profesionales .

Es muy probable que sea la combinación de barreras internas y/o externas las que limitan y dificultan la cohesión entre pensar-sentir y hacer. Es más, podemos reflexionar sobre cierta homogeneidad de los profesionales en el pensar y sentir pero que a la hora de materializar estos valores, otros valores personales y profesionales e incluso la experiencia laboral entre otros los que van a configurar la respuesta final, determinando que lo que siento – pienso (digamos lo ideal) coincida o no con lo que hago.

En el análisis de los ítems podemos observar que los participantes han considerado elementos importantes de la SM el mostrar apoyo, establecer una relación de confianza basada en la honestidad, mostrar disponibilidad como profesional y específicamente en los momentos de sufrimiento. Se está hablando pues, de un cuidado centrado en la persona y en las relaciones que establece la enfermera, donde el compromiso humano y profesional (9) ante una persona que sufre y es vulnerable (8), le hace consciente del otro (7) y no solo siente su vulnerabilidad, sino que responde (42). Las elevadas puntuaciones otorgadas a estos ítems nos sitúa ante una enfermera cercana a la persona y a su sufrimiento, un sufrimiento que puede estar relacionado con el final de la vida, situación que se agudiza en los entornos críticos o de cuidados paliativos (158-161).

Por otra parte, los participantes de este estudio han expresado una elevada sensibilidad moral a la defensa enfermera, al mostrar su grado de acuerdo en ayudar al paciente a expresar y debatir sus inquietudes al médico. Sin embargo el menor grado de acuerdo expresado a los enunciados, "...*intervenir cuando se detectan situaciones que implican cuidados inseguros o inadecuados*" "...*adaptar las normas a las necesidades de las personas*", o "...*adaptar las actividades a la necesidad del persona*"¹² ha sido más bajo. Estos enunciados aportan elementos de la defensa enfermera, de hablar por y para el paciente, de verse obligado moralmente a actuar en nombre del paciente, (139,143,145). Este resultado se puede interpretar como una dificultad de la enfermera a la hora de interpretar la defensa enfermera, sobre todo cuando lo que está en juego es incorporar respuestas que impliquen un papel mucho más activo del propio profesional, modificando o adecuando las normas, en beneficio de la seguridad de la persona.

En otras palabras, la limitación en la respuesta puede estar relacionada con el concepto que el propio profesional tiene sobre "*autonomía profesional*" el cual no solo contemplaría la práctica independiente sino, y sobre todo, la capacidad de juicio crítico, como evidencia Mac Donald (162).

Es decir, la autonomía representaría un indicador por excelencia de la profesionalización de la disciplina y este no siempre puede ser entendido de la misma forma por los diferentes profesionales enfermeros.

Siguiendo el mismo hilo de discusión, los participantes del estudio han expresado un elevado grado de acuerdo a la hora de percibir las necesidades del paciente, lo que expresa una capacidad, una habilidad cognitiva un conocimiento perceptivo, intuitivo, que tiene que ver con la experiencia enfermera en situaciones anteriores (10,163,164). Lützén (10), habla de la intuición para captar las necesidades de los pacientes.

La comunicación ocupa un lugar fundamental en la relación terapéutica con la persona y con la familia. Los participantes expresaron un elevado grado de acuerdo en la "...*disponibilidad para escuchar los sentimientos del paciente*", "*disponibilidad de tiempo para sentarme y escucharle*". Estos ítems están informando del valor que el profesional otorga a la comunicación.

Sin embargo, han aparecido dos ítems que merecen ser comentados. El primero de ellos: "... *a veces siento que debo minimizar sentimientos para evitarle estrés*" ha

¹² A pesar de que estos ítems no han quedado integrados en la estructura definitiva del cuestionario, su análisis individual incorpora información importante en el tema discutido.

obtenido puntuaciones por debajo de la mediana. Cabe considerar cómo los profesionales se encuentran expuestos de forma constante a un alto nivel de estrés físico y emocional, generando situaciones de desgaste laboral, sobradamente evidenciadas en la literatura (165,166). Minimizar los sentimientos del paciente puede ser una respuesta de defensa, una forma de poder evitar el desgaste personal ante la ausencia de otros recursos.

El segundo ítem, ...”*estar con el paciente pero tener la cabeza en otro sitio*” también ha obtenido puntuaciones por debajo de la mediana. Este ítem está hablando de la manera en la que la enfermera se sitúa ante el paciente. Cómo manifiesta y expresa esta enfermera la presencia. Ésta puede ser la respuesta a determinadas condiciones de un entorno poco favorables y que pueden condicionar la toma de decisiones tanto clínicas como éticas (35,167,168) comportando una pérdida de humanización en los cuidados (169) y una fuente de problemas con una posible repercusión en la seguridad del paciente (170).

En síntesis podemos establecer que condiciones internas y externas favorecen o pueden condicionar el déficit de comunicación entre profesional y paciente. De hecho Towers (171) recoge la justificación de este déficit en la falta de tiempo y la presión o las escasas habilidades para hablar y compartir el sufrimiento y el dolor que supone, por ejemplo, el final de la vida.

Este aspecto es fundamental teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de conflictos enumerados por los participantes están relacionados con la comunicación, y la información facilitada tanto a la persona enferma como a su familia, lo cual nos situaría ante situaciones moralmente conflictivas (169,172).

Para finalizar esta línea de discusión, los resultados muestran que los participantes han expresado dificultad en “*la identificación de inquietudes respecto a la expresión religiosa*”, así como “*aceptar las decisiones tomadas por la persona*”. Estos dos ítems están hablando de respuestas enfermeras a valores fundamentales como son el respeto a las creencias y valores de las personas y a su capacidad para decidir. Ningún profesional pondría en duda dichos valores, sin embargo, a la hora de materializarlos, muchos manifiestan dificultad para concretar respuestas de cuidado en este nivel. En resumen, esto podría indicar una tendencia, por parte de la enfermera, a efectuar respuestas algo rígidas, poco adaptadas a la diversidad religiosa de las personas cuidadas.

El análisis de estos resultados en definitiva, necesitaría el desarrollo de estrategias de soporte que canalicen estos valores en respuestas adecuadas, evitando así el conflicto, la insatisfacción o la angustia moral (173,174).

Objetivo específico 6: Estudiar las relaciones de las puntuaciones del cuestionario con diversas variables

Las características de los participantes en cuanto a género y edad son similares a las de otros estudios relacionados con el mismo fenómeno (44,55,58,59,61). No se ha podido evidenciar que la edad influya en la SM. Por lo tanto, como señala Sayers y de Vries (7) hemos de buscar en la madurez, desarrollo personal u otras características personales, más que en la edad, la explicación a las variaciones de la SM.

Tampoco el género ha supuesto diferencias significativas en el cuestionario construido, resultados que concuerdan con los obtenidos en el MSQ (56).

En el análisis de las puntuaciones del CuSMCE-23 según el entorno de cuidados, tampoco se aprecian diferencias en sus puntuaciones. En el análisis por factores, sí aparecen diferencias en los entornos, lo que nos informa de características específicas tanto de los valores como de las respuestas de cuidado de estos entornos. Los participantes de las unidades de Medicina Interna, Cuidados Paliativos, Geriátrica, y Oncología han puntuado de forma superior a los participantes de los entornos de cuidados críticos. Aunque el presente estudio no puede determinar las causas que expliquen este fenómeno, sí podemos hablar de cómo las estructuras, procedimientos, las dinámicas de trabajo, del equipo, y los ritmos son muy diferentes en los entornos observados, lo que podría explicar, al menos en parte, esas diferencias.

Por otro lado, cabe señalar que los estudios empíricos anteriores realizados sobre el fenómeno, se llevaron a cabo en unidades de psiquiatría, traumatología, y unidades médico quirúrgicas. Nuestro estudio se ha desarrollado en entornos críticos que no habían sido estudiados previamente, con lo que no disponemos de evidencias con las que comparar nuestros resultados.

En otra línea de discusión, el análisis de la correlación entre el CuSMCE-23 y el cuestionario de sensibilidad ética al código nos confirman la independencia existente entre la SE y SM reafirmando el carácter específico del fenómeno en estudio. Esta diferencia ha sido corroborada a través de la aparición de una correlación débil y no significativa entre la SE y la SM conceptualizada a través de estos dos instrumentos.

También se ha puesto de manifiesto la independencia de la empatía con la SM en los términos en los que ambos han sido conceptualizados. Según parece, aunque Sayers y de Vries (7) consideran la empatía como una precondition para ser sensible en enfermería, ésta no influye en las puntuaciones otorgadas a la SM. Por lo tanto, que una enfermera sea más o menos empática, sería independiente de la SM expresada.

Por otro lado, el estudio establece una relación inversa moderada entre SM y nivel de distanciamiento emocional del profesional frente a circunstancias difíciles. Es decir, a niveles más altos de SM, por parte de la enfermera, habría un menor distanciamiento emocional hacia el paciente. En síntesis, podemos afirmar que la SM actuaría como elemento protector frente al distanciamiento emocional y el endurecimiento afectivo del cuidador.

La formación a lo largo de la vida es una responsabilidad que resulta consecuencia de la consideración de la enfermera como profesional (83) y está incorporada en su código ético (175). Sin embargo, en nuestro estudio, el porcentaje de participantes que ha incorporado en su formación los estudios éticos se puede considerar baja. Algunas investigaciones han puesto de manifiesto las carencias de los profesionales, ocasionadas por la falta de continuidad en su formación de los temas éticos, mostrando conocimientos escasos, confusos o anacrónicos (176).

En nuestros resultados no se observan diferencias significativas en las puntuaciones proporcionadas al CuSMCE-23 por los participantes que tenían formación en temas éticos y los que no. Estos resultados pueden interpretarse desde dos perspectivas. En la primera se consideraría que el aprendizaje de la SM está más relacionada con las experiencias vividas, los valores, u otros factores individuales, que con la formación reglada recibida durante su desarrollo profesional. Desde una segunda perspectiva se interpretaría que las competencias asignadas a dicha formación ética no se encuentren relacionadas con la promoción de la SM en el cuidado.

De la misma forma, la percepción de conocimientos con que se puntúan los participantes en relación al código ético es baja. Estos resultados concuerdan con estudios en los que las enfermeras manifiestan que conocen escasamente su contenido, los perciben poco útiles y hacen un uso escaso en la práctica, ya que consideran que son textos muy generales y que no dan respuesta a todas las situaciones (177-179). La falta de conocimiento y la conciencia de poca utilidad de los códigos llevan a un uso no proactivo y a substituirlos por la experiencia personal. Esto

puede propiciar una visión estrecha de la realidad profesional, sobrevalorando su carácter esencialmente práctico sobre el cognitivo y facilitando la relativización de los valores profesionales con el uso de valores personales (13).

Siguiendo el análisis de la competencia moral, se preguntó a los participantes si a la hora de tomar una decisión ética tenían en cuenta el código, los valores, la experiencia, o los conocimientos. Las respuestas resultaron bastante equilibradas en tres de las cuatro categorías. Este resultado es coherente con los resultados obtenidos en el análisis anterior sobre el conocimiento del código ético enfermero. Es lógico pensar que un bajo conocimiento del código lleve a una baja percepción de utilización a la hora de tomar decisiones; este resultado se refuerza también ante el hecho de que las enfermeras que puntuaron de forma superior la percepción de la influencia de los valores y los códigos, también puntuaron más alto en la SM aunque no se hallaron diferencias significativas. Este resultado concuerda con Heikinen *et al* (178), quienes hablan de un uso inconsciente de los códigos, de la internalización de los valores y aplicación de los mismos en la toma de decisiones a pesar de no ser capaces de hacer referencia a ello.

Los participantes de este estudio perciben una baja posibilidad de compartir, en los entornos laborales, temas éticos. Este dato es muy significativo, ya que a pesar de esta percepción, las puntuaciones otorgadas a los enunciados del CuSMCE-23, son satisfactorias. En este estudio no se ha podido demostrar empíricamente una relación entre la posibilidad de compartir temas éticos en el entorno laboral y la SM. Aparece, pues, la SM como capacidad individual del profesional, que no se va a ver modificada por la posibilidad de compartir o no en el entorno aspectos éticos, manteniéndola a resguardo a pesar de un entorno que no favorezca compartir temas éticos.

Para finalizar la discusión, tampoco se ha podido poner de manifiesto una relación entre la SM y la capacidad de defender y argumentar un criterio ético. Esta cuestión nos estaría dando información relacionada con el segundo componente moral del modelo de toma de decisiones de Rest (1) y estaría expresando una falta de relación entre ambos componentes. En un entorno de trabajo en equipo, parece indispensable que todos los profesionales que participan en el cuidado de las personas desarrollen decisiones razonadas al deliberar sobre problemas morales (180,181). La posición y la perspectiva enfermera proporcionan una visión específica y única que es indispensable oír en el equipo. Gallagher (182) señala que la creación de entornos capaces de favorecer un clima ético, la sensibilidad moral, la motivación moral y el

coraje moral en los entornos laborales van a influir en el profesional y en el resultado final de los cuidados.

4.1.2. LIMITACIONES

En primer lugar cabe considerar que los ítems del cuestionario se construyen a partir de la revisión de la literatura llevada a cabo por el investigador. Su redacción a partir de la clasificación de intervenciones enfermeras y la selección a partir de los expertos, son elementos que aportan objetividad al proceso.

Por otro lado, las respuestas de los participantes son expresión subjetiva de sus valores y actitudes en relación al concepto estudiado.

En tercer lugar, el hecho de que las enfermeras participantes formen parte de un solo centro, aunque muy heterogéneo, constituye otra limitación a la generalización de los resultados expuestos. Este hecho nos impulsa a proponer futuros estudios en diferentes centros y entornos.

Por último, se ha de considerar que la muestra está constituida fundamentalmente por mujeres. No obstante, ésta es una limitación general en este tipo de estudios, al dirigirse a una profesión donde la mayoría de los profesionales son de sexo femenino.

4.1.3. POSIBLES CONTRIBUCIONES

4.1.3.1. En asistencia.

Los resultados nos muestran un fenómeno que enlaza valores profesionales como la responsabilidad, el respeto, la autonomía y el compromiso con las personas y respuestas de cuidado. Estos elementos parecen fundamentales para garantizar unos cuidados seguros y de calidad.

Para el desarrollo de la profesión, es imprescindible que los valores del cuidar y los temas éticos derivados tengan una mayor consideración en la práctica diaria. Para ello, es fundamental incrementar la percepción del carácter moral de la profesión.

La reflexión del profesional en torno a los aspectos propuestos para la evaluación de la SM puede permitirle identificar, modificar o incorporar los elementos necesarios para su propio desarrollo profesional.

La SM no incorpora más actividades a las ya sobrecargadas jornadas de la enfermera, sino que afecta a cómo estas actividades se llevan a cabo. La SM constituye una llamada a que los valores profesionales considerados vayan acompañados de respuestas de cuidados coherentes.

4.1.3.2. En la formación enfermera.

Si consideramos la SM como una competencia basada en valores profesionales que debe preceder y acompañar cualquier actividad de cuidado, parece obvio que la formación enfermera, tanto en su currículum de formación inicial como en la formación postgraduada y continuada debería incidir en aspectos relacionados con ella. Formar profesionales es formarlos en todos los ámbitos de la competencia, conocimientos, habilidades y actitudes. Acercar el concepto de la SM a los estudiantes es, desde ese punto de vista, un reto y una responsabilidad como docentes.

Una primera propuesta vendría relacionada con la incorporación del análisis del fenómeno de forma transversal a todas las áreas temáticas del conocimiento y de la práctica. Así, el aprendizaje de algunos elementos de la SM podría incorporar el intento por responder adecuadamente a estas preguntas:

¿Qué implica proporcionar apoyo a un niño, a un adulto, a un anciano? ¿Cómo expresarlo? ¿Qué actitudes, expresiones y gestos pueden ayudar a ese fin? ¿Cuáles pueden entorpecer? ¿Qué implica una presencia total cuando se entra en una habitación de un paciente? ¿Qué implica aceptar las decisiones de los pacientes?

Otra propuesta podría ser aplicar el cuestionario en clase o en los entornos prácticos y que el estudiante reflexione sobre sus resultados con ayuda de textos relacionados con el tema, análisis de casos, novelas o visionado de películas.

4.1.3.3. En la investigación enfermera.

En cuanto a la investigación, su adaptación y aplicación a otros Centros, en el ámbito de la Atención Primaria o Atención Socio-sanitaria, permitiría identificar los elementos prevalentes en cada uno de esos entornos.

Por otro lado, su aplicación en entornos amplios distintos a los de su estudio inicial, permitiría, caso de confirmarse sus características, la generalización de resultados y su uso.

Podría resultar interesante identificar y analizar los elementos compartidos y diferenciales de la SM en otras profesiones sanitarias. Ese esfuerzo podría reportar beneficios mutuos en términos de transversalidad y comunicación interprofesional.

También se podría estudiar la SM desde la perspectiva de los pacientes, la adaptación del cuestionario para evaluar cómo perciben de sus cuidadores esta SM, proporcionaría una medida de la calidad de los cuidados proporcionados por las enfermeras. En esta misma línea, se podría estudiar si existe una correlación entre la percepción de los pacientes y las puntuaciones obtenidas por las enfermeras. Es decir, si las enfermeras que puntúan más alto en sensibilidad son percibidas como las más sensibles, moralmente hablando, por los pacientes.

4.1.3.4. En la gestión enfermera.

En el ámbito de la gestión enfermera, el estudio de la SM puede ayudar a crear y consolidar equipos de trabajo, y a generar entornos y estrategias que favorezcan un clima ético, que contribuyan a mantener y aumentar la calidad de los cuidados. Nos encontramos en un momento en el que son necesarios equipos de profesionales expertos, capaces de disponer de un conocimiento contextual y global de la situación y una elevada capacidad de reacción.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación permite llegar a las siguientes conclusiones:

1. El modelo teórico propuesto en la investigación, considera la SM en el cuidado enfermero como una competencia basada en valores profesionales que debe preceder y acompañar cualquier actividad de cuidado. Este modelo se ha revelado válido para explorar el fenómeno.
2. Los ítems generados para la construcción del cuestionario presentan un satisfactorio índice de discriminación.
3. El CuSMCE-23 es un instrumento con una fiabilidad y estabilidad temporal alta.
4. El análisis factorial ha permitido obtener dos factores relacionados entre sí, coherentes con el modelo teórico propuesto. El factor I, "*Valores enfermeros*", y el factor II, "*Respuestas enfermeras*".
5. El cuestionario construido para la evaluación de la SM en los cuidados enfermeros ha mostrado ser factible, práctico y de fácil cumplimentación.
6. El fenómeno de la sensibilidad moral en el cuidado enfermero, evaluado con nuestro instrumento, ha resultado independiente del género, la edad, y el entorno de cuidado.
7. Existe una relación negativa moderada entre el CuSMCE-23 y la dimensión "distancia emocional" de la escala de sensibilidad emocional.
8. Las puntuaciones del CuSMCE-23 han resultado independientes de la formación ética durante los estudios de la carrera, después de la carrera así como de la percepción de conocimiento de código ético.
9. Tener en cuenta valores, códigos, experiencia o conocimientos a la hora de tomar decisiones, no influye en la SM evaluada con el instrumento CuSMCE-23.
10. El CuSMCE-23 ha resultado independiente a la capacidad de compartir temas éticos en el entorno laboral, y de defender y argumentar un criterio ético; y relaciona de forma débil y negativa con la satisfacción con resultado de una situación ética conflictiva.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- (1) Jordan J. Taking the first step toward a moral action: a review of moral sensitivity measurement across domains. *J Genet Psychol.* 2007; 168(3): 323-59.
- (2) Torralba F. *Antropología del cuidar.* Madrid: Mapfre; 1998.
- (3) Killen AR. Morality in perioperative nurses. *AORN J.* 2002; 75(3): 532-46.
- (4) Corley M, Elswick R, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001; 33(2): 250-56.
- (5) Gracia D. *Como arqueros al blanco: Estudios de Bioética.* Madrid: Triacastela; 2004.
- (6) Lützn K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nurs Ethics.* 2006; 13(2): 187-96.
- (7) Sayers KL, Vries K. A concept development of 'being sensitive' in nursing. *Nurs Ethics.* 2008; 15(3): 290-303.
- (8) Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008; 62(5): 607-18.
- (9) Nortvedt P. Clinical sensitivity: the inseparability of ethical perceptiveness and clinical knowledge. *Sch Inq Nurs Pract.* 2001; 15(1): 25-41.
- (10) Lützn K. Structuring moral meaning in psychiatric nursing practice. *Scand J Caring Sci.* 1993; 7: 175-80.
- (11) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [internet], 22ª ed., Real Academia de la Lengua Española. [citado 24 de marzo de 2014]; Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=SENSIBILIDAD>
- (12) Busquets E. Ética y estética del cuidar. *Rev Rol Enf.* 2008; 31(11): 748-52.
- (13) Fry S, Johnstone M. *Ética en la práctica de enfermería. Una guía para la toma de decisiones éticas.* 3ª ed. Colombia: Manual Moderno; 2008.

- (14) Feito L. *Ética y Enfermería*. Madrid: San Pablo; 2009.
- (15) Pérez-Delgado E, García-Ros R. *La psicología del desarrollo moral*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.; 1991.
- (16) Feito L. La ética del cuidado como modelo de la ética enfermera. *Metas de Enfermería*. 2005; 8(8): 14-18.
- (17) Barrio Cantalejo IM. Carol Gilligan y la ética de cuidado. Un referente para la ética en enfermería. *Enferm Clín*. 1999; 9(2): 71-76.
- (18) Arroyo Gordo P. La ética del cuidado y la ética del cuidar. *Metas de Enfermería*. 2003; 6(53): 3.
- (19) Busquets M. La importància ètica del tenir cura. *Annals de Medicina*. 2008; 91(2): 71-74
- (20) Robertson D, Snarey J, Ousley O, Harenski K, DuBois Bowman F, Gilkey R, et al. The neural processing of moral sensitivity to issues of justice and care. *Neuropsychologia*. 2007; 45(8): 755-766.
- (21) Aleman A, Swart M. Sex differences in neural activation to facial expressions denoting contempt and disgust. PLoS One [internet]. 2008 [citado 24 de marzo de 2014]; 3(11): e3622. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003622> DOI: [10.1371/journal.pone.0003622](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003622).
- (22) Ostrosky-Solís F, Vélez García A. Neurobiología de la Sensibilidad Moral. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias [internet]. 2008 [citado 24 de marzo de 2014]; 8(1):115-126. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987515>
- (23) Koenigs M, Young L, Adolphs R, Tranel D, Cushman F, Damasio A. Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. *Nature [internet]*. 2007 [citado 24 de marzo de 2014]; 19; 446(7138):908-11. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244801/> . DOI: 10.1038/nature05631

(24) Vélez García A, Chayo-Dichy R, Arias García N, Castillo-Parra G, Ostrosky-Solís F. Emociones morales, una batería para su medición. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* ;5:188-199.

(25) Heekeren HR, Wartenburger I, Schmidt H, Schwintowski HP, Villringer A. An fMRI study of simple ethical decision-making. *Neuroreport* 2003;14(9):1215-1219.

(26) Harenski CL, Antonenko O, Shane MS, Kiehl KA. Gender differences in neural mechanisms underlying moral sensitivity. *Soc Cogn Affect Neurosci* [internet]. 2008 [citado 24 de marzo de 2014]; 3(4):313-321. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607058/>
DOI: 10.1093/scan/nsn026

(27) Schaich Borg J, Sinnott-Armstrong W, Calhoun V, Kiehl K. Neural basis of moral verdict and moral deliberation. *Soc Neurosci*. 2011; 6(4): 398-413.

(28) Cáceda R, James G, Ely T, Snarey J, Kilts C. Mode of effective connectivity within a putative neural network differentiates moral cognitions related to care and justice ethics. *PLoS One* [internet]. 2011 [citado 24 de marzo de 2014]; 25(6):e14730. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3045376/>
DOI: 10.1371/journal.pone.0014730

(29) Akitsuki Y, Decety J. Social context and perceived agency affects empathy for pain: an event -related fMRI investigation. *Neuroimage* 2009; 47(2): 722-34.

(30) Chambers D. Developing a Self-Scoring Comprehensive Instrument to Measure Rest's Four-Component Model of Moral Behavior: The Moral Skills Inventory. *J Den Educ*. 2011; 75(1): 23-35.

(31) Nortvedt P. Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility. *Nurs Philos*. 2003; 4(3): 222-30.

(32) Acebedo-Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García M J. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. Index Enferm [internet]. 2007 Jun [citado 01 Mar 2014]; 16(56): 40-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100009&lng=es

(33) Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. Professional ethics as an important factor in clinical competency in nursing. Nurs Ethics. 2007; 14(2): 203 -14.

(34) León P. La competencia ética, parte de la competencia profesional. Rev Med Univ Navarra [internet]. 2002 [citado 01 Mar 2014]; 46(2): 5-6. Disponible en : http://www.unav.es/revistamedicina/46_2/editorial.PDF.

(35) Thompson C, Dalglish L, Bucknall T, Estabrooks C, Hutchinson A, Fraser K, et al. The effects of time pressure and experience on nurses' risk assessment decisions. A signal detection analysis. Nurs Res. 2008; 57(5): 302-11.

(36) Jormsri P, Kunaviktikul W, Ketefian S, Chaowalit A. Moral competence in nursing practice. Nurs Ethics 2005; 12(6): 582-94.

(37) Zhang Z, Luk W, Arthur D, Wong T. Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. J Adv Nurs. 2001; 33(4): 467-74.

(38) Restrepo L. La enseñanza de la ética en enfermería. Revista Aquichan. 2001; 1(1): 35-36.

(39) R. Valls. Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de enfermería. [tesis doctoral] Barcelona: Universitat de Barcelona. Facultat de Ciències de l'Educació; 1993.

(40) Pedraz-Marcos A, Antón-Nardiz M, García-González A. Observación de una tutoría de aprendizaje basado en problemas (ABP), dentro de la asignatura "Legislación y Ética profesional" en enfermería. REDU [internet]. 2003 [citado 01 Mar 2014]; 3(2): 87-93. Disponible en : http://campus.usal.es/~ofeees/NUEVAS_METODOLOGIAS/ABP/a_pedraz%5B1%5D.pdf

- (41) González-Blasco P, Moreto G, Janaudis MA, de Benedetto, MA, Delgado-Marroquín MA, Altisent R. Educar las Emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética* [internet]. 2013 [citado 01 Mar 2014]; 17(1); 28-48. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/2373/pdf>.
- (42) Lützén K, Nordin C. Benevolence, a central moral concept derived from grounded theory study of nursing decision making in psychiatric settings. *J Adv Nurs*. 1993(18): 1106-11.
- (43) Lützén K, Nordin C. Modifying autonomy- a concept grounded in nurses' experiences of moral decision-making in psychiatric practice. *J Med Ethics*. 1994(20): 101-07.
- (44) Lützén K, Nordström G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. *Scand J Caring Sci*. 1995; 9: 131-38.
- (45) Chiovitti R. Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45: 203-23.
- (46) Fingfeld-Connet D. Meta-Synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs*. 2008; 17: 196-204.
- (47) Caldwell E, Lu H, Harding T. Encompassing multiple moral paradigms: A challenge for nursing educators. *Nurs Ethics*. 2010; 17(2): 188-99.
- (48) Weaver K. Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nurs Ethics*. 2007; 14(2): 141-55.
- (49) Weaver K, Morse JM. Pragmatic utility: using analytical questions to explore the concept of ethical sensitivity. *Res Theory Nurs Pract*. 2006; 20(3): 191-214.
- (50) Lützén K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nurs Ethics*. 1997; 4(6): 472-82.
- (51) Hébert P, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid SR. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *J Med Ethics*. 1990; 16(3): 141-45.

(52) Hébert P, Meslin E, Dunn E. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics*. 1992; 18(3): 142-47.

(53) Mc Alpine, H, Kristjanson, L, Porocho, D. Development and testing of the ethical reasoning tool (ERT): an instrument to measure the ethical reasoning of nurses. *J Adv Nurs*. 1997; 25(6): 1151-61.

(54) Lützn K, Brolin C. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1994; 4(4): 241-48.

(55) Lützn K, Johansson A, Nordström G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nurs Ethics*. 2000; 7(6): 520-30.

(56) Lützn K, Nordin C. The influence of gender, education and experience on moral sensitivity in psychiatric nursing: a pilot study. *Nurs Ethics*. 1995; 2(1): 41-50.

(57) Comrie R. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 2012; 19(1): 116-27.

(58) Han S, Kim J, Kim Y, Ahn S. Validation of Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nurs Ethics*. 2010; 17(1): 99-105.

(59) Bégat I, Ikeda N, Amemiya T, Emiko K, Iwasaki A, Severinsson E. Comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses. *Nurs Health Sci*. 2004; 6(3): 193-200.

(60) Oddi LF, Cassidy VR, Fisher C. Nurses' sensitivity to the ethical aspects of clinical practice. *Nurs Ethics*. 1995; 2(3): 197-209.

(61) Ersoy N, Goz F. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. *Nurs Ethics*. 2001; 8(4): 299-312.

(62) Ersoy N, Gündoğmus ÜN. A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. *Nurs Ethics*. 2003; 10(5): 472-84.

- (63) Kim Y, Park J, Son Y, Han S. Nurse managers' moral self concept and ethical sensitivity. *J Korean Acad Nurs.* 2002; 32(7): 1072-78.
- (64) Kim YS, Park JW, You MA, Seo YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nurs Ethics.* 2005; 12(6): 595-605.
- (65) González de Paz L, Kostov B, Sisó- Almirall A, Zabalegui-Yarnoz A. A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *J Clin Nur.* 2012 Oct; 21(19-20): 2747-60
- (66) McClosky Dochterman J, Bulechek G. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- (67) Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being- a Norwegian study. *J Nurs Manag.* 2005; 13(3): 221-30.
- (68) Glasberg AL, Eriksson S, Dahlqvist V, Lindahl E, Strandberg G, Soderberg A, et al. Development and initial validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nurs Ethics.* 2006;13(6): 633-48.
- (69) Tuveson H, Eklund M, Wann-Hansson C. Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nurs Ethics.* 2012; 19(2): 208-19.
- (70) Vazquez M. La vulnerabilidad y su relación con el cuidado. *Metas de Enfermería.* 2010; 13(3): 72-74.
- (71) Feito L. Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra* [internet]. 2007 [citado 25 Mar 2014]. 30 suppl.3: 07-22. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000600002>.
- (72) Waldow V, Borges R. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Latino-Am Enfermagem [internet]. 2008 [citado 25 Mar 2014]. 16(4). Disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf

(73) Molina J. El sufrimiento humano como experiencia personal y profesional. Bioética [internet]. 2011 (Mayo-Agosto) [citado 01 Mar 2014]:4-9. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/113/113-0409.pdf>.

(74) Carnevale F. A conceptual and moral analysis of suffering. Nurs Ethics. 2009; 16(2): 174-83.

(75) Ferrell B, Coyle N. The nature of suffering and the goals of nursing. Oncol Nurs Forum. 2008; 35(2): 241-47.

(76) Monforte Royo, C. El deseo de adelantar la muerte en pacientes con procesos avanzados de enfermedad. [tesis doctoral] Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2011. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/41946/Tesi_Cristina_Monforte.pdf?sequence=2

(77) Infocop on line [sede Web]. Madrid: Consejo General De la Psicología de España; 2009 [citado 25 Mar 2014]. Bayés R. Sobre la felicidad y el sufrimiento. Disponible en: http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,25101733&_dad=portal&_schema=PORTAL

(78) Morse J. Towards a praxis theory of suffering. En: Cutcliffe J, McKenna H, editores. The essential concepts of nursing. London: Elsevier; 2005. pp. 257-72.

(79) Von Post I, Eriksson K. A hermeneutic textual analysis of suffering and caring in the peri-operative context. J Adv Nurs. 1999; 30(4): 983-89.

(80) Barbero-Gutierrez J. Sufrimiento y responsabilidad moral. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías Humanitas [internet]. 2004 . [citado 25 Mar 2014]; nº 2:151-170 . Disponible en: [-http://www.fundacionmhm.org/Mono2/Articulos/edicion18.html](http://www.fundacionmhm.org/Mono2/Articulos/edicion18.html)

(81) Couceiro-Vidal A. Tecnología, dolor y sufrimiento en las Unidades de críticos. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías Humanitas.. [internet].2004. [citado 25 Mar 2014]; nº 2: 53-67. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo5.pdf>

(82) Rivera Martínez M. El arte de cuidar en Enfermería. Horizonte Enfermería [internet]. 2004 [citado 25 Mar 2014];15(1): 11-22. Disponible en: https://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/H.%20ENFERMERIA%2020042.pdf

(83) Ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº280, (22-11-2003).

(84) Vielva J. Ética de las profesiones. Enfermería. 2ª ed. Bilbao: Desclee; 2007.

(85) Hernández Martín, FJ. De la norma a la responsabilidad. Hacia una ética e la responsabilidad de la Enfermería. Madrid: Universidad Complutense; 2011.

(86) Carper B. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. ANS [internet]. 1978 [citado 25 Mar 2014]; 1(1):13-24. Disponible en: http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf

(87) Gastmans C, Dierckx de Casterle B, Schotsmans P. Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. Kennedy Inst Ethics J. 1998; 8(1): 43-69.

(88) Gastmans C. Care as a moral attitude in nursing. Nurs Ethics. 1999; 6(3): 214-223.

(89) Barrio IM, Molina A, Sánchez C, Ayudarte M. Ética de enfermería y nuevos retos. Anales Sis San Navarra [internet]. 2006 [citado 25 Mar 2014]; 29 supl 3: 41-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es . <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000600005> .

(90) Mejía Lopera ME. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. Index Enferm [internet]. 2008 [citado 25 Oct 2013]; 17(3): 197-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es . <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000300010>

(91) Alsvag H. Filosofía de la asistencia. En: Marriner A, Raile M, editores. Modelos y

teorías en enfermería. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. pp. 167-190.

(92) Neil R, Marriner A. Filosofía y ciencia del cuidado. en: Marriner A, Raile M, editores. Teorías y modelos en enfermería. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. pp. 91-115.

(93) Lindström U, Lindholm L, Zetterlund J. Teoría del cuidado caritativo. en: Marriner A, Raile M, . Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. pp. 191-223.

(94) Bartel Rodríguez-Maribona H. Bartel Rodríguez-Maribona Heidi. La práctica del profesional enfermero experto en las unidades de críticos desde el análisis de una entrevista bajo la perspectiva de Benner. Index Enferm [internet]. 2010 [citado 2013 Oct 25]; 19(1): 51-54. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100011&lng=es

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000100011> .

(95) Davis A. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enferm Clín. 1999; 9(1): 21-28.

(96) Torralba F. Esencia del cuidar. Siete tesis. Sal Terrae [internet 2005 [citado 25 Oct 2013]; 93:885-894. Disponible en: <http://www.msscc.es/BL3/BL3-V08-0030.pdf>

(97) Torralba F. Ética del cuidar. Madrid: Mapfre; 2002.

(98) Mayeroff M. On Caring. Nueva York: First Harper Perennial; 1971.

(99) Kunik D, Olson J. Clarification of conceptualizations of empathy. J Adv Nurs. 2001; 35(3): 317-25.

(100) Stepien K, Baernstein A. Educating for empathy. J Gen Intern Med. 2006; 21(5): 524-30.

(101) Aguilar-Luzón M, Calvo-Salguero A, García-Hita M. Valores laborales y percepción de liderazgo en personal de enfermería. Salud Pública Mex [internet]. 2007 [citado 25 Oct 2013]; 49: 401-07. Disponible en : <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002094>

- (102) Falcó Pegueroles A. Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enferm Clín.* 2005; 15(5): 287-90.
- (103) Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing. *Nurs Ethics.* 2007; 14(6): 716-40.
- (104) Rassin M. Nurses' professional values and personal values. *Nurs Ethics.* 2008; 15(5): 614-30.
- (105) Milton C. Professional Values in nursing ethics: essential or optional in the global Univers?. *Nurs Sci Q.* 2007; 20(3): 212-15.
- (106) Gallagher A. The respectful nurse. *Nurs Ethics.* 2007; 14(3): 360-70.
- (107) Schantz M. Compassion: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2007; 42(2): 48-55.
- (108) Goetz J, Dacker K, Simon-Thomas E. Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull.* 2010; 136(3): 351-74.
- (109) Kret D. The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical -surgical patients. *Medsurg Nurs.* 2011; 20(1): 29-36.
- (110) Camps V. Qué hay que enseñar a los hijos. Barcelona: Plaza & Janés; 2000.
- (111) Thorup C, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. Care as a matter of courage: Vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scand J Caring Sci* 2012; 26(3): 427-35.
- (112) Day L. Courage as a virtue necessary to good nursing practice. *Am J Crit Care.* 2007; 16(6): 613-16.
- (113) Lindh I, Barbosa da Silva A, Berg A, Severinsson E. Courage and nursing practice: a theoretical analysis. *Nurs Ethics.* 2010; 17(5): 551-565.
- (114) Jordaan J, le Roux A. Morality as a predictor of loneliness: a cross-cultural study.

Curationis. 2004; 27(4): 81-93.

(115) Burhans LM, Alligood MR. Quality nursing care in the words of nurses. J Adv Nurs. 2010; 66(8): 1689-97.

(116) Busquets Alibés E, Busquets Surribas M, Cuxart i Ainaud N, Gasull Vilella M, Lizarralde Banti J, París Jiménez J, et al. L'ètica de la intimitat: un repte per a les infermeres. Comissió Deontològica Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona [internet]. 2008 Barcelona. [citado 25 Oct 2013]; 1-11. Disponible en: http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/DEONTOLOGICA_INTIMITAT%20CATAL%C3%A0%20DEFINITIU%20290508.PDF

(117) Starr S. Authenticity: a concept analysis. Nurs Forum. 2008; 43(2): 55-62.

(118) Bridges J, Wilkinson C. Achieving dignity for older people with dementia in hospital. Nurs Stand. 2011; Mar 23-29; 25(29): 42-7.

(119) Heijkenskjöld KE, M., Lindwall L. The patient's dignity from the nurse perspective. Nurs Ethics. 2010; 17(3): 313-24.

(120) Whitehead J, Wheeler H. Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. Br J Nurs. 2008; 17(6): 381-85.

(121) Lin YP, Tsai YF. Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. J Adv Nurs. 2011 ;67(2): 340-348.

(122) Erichsen E, Danielsson E, Friedrichsen M. A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. Nurs Ethics. 2010; 17(1): 39-50.

(123) Johnson M, Haigh C, Yates-Bolton N. Valuing of altruism and honesty in nursing students: a two decade replication study. J Adv Nurs. 2007; 57(4): 366-74.

(124) Calvo-Gil MJ, Ayala-Valenzuela R, Holmqvist-Curimil M, Molina-Díaz C. Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. Acta Bioeth [internet]. 2011 Jun [citado 25 Mar 2014]; 17(1): 133-141. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-

<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100015> .

(125) A. Ramió. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005.

Disponible en:

http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf?sequence=1

(126) Vanlaere L, Coucke T, Gastmans C. experiential learning of empathy in a care-ethics lab. Nurs Ethics. 2010; 17(3): 325-36.

(127) Fingfeld-Connet D. Concept synthesis of the art of nursing. J Adv Nurs. 2008; 62(3): 381-88.

(128) Guillaumet M. El cuidado enfermero y la vulnerabilidad. En Margarita Boladeras, editor Bioètica: Justicia y Vulnerabilidad. Barcelona: Proteus; 2013.p 137-156.

(129) Covington H. Caring Presence. Delineation of a Concept for Holistic Nursing. J Holist Nurs. 2003; 21(3): 301-17.

(130) Hessel J. Presence in nursing practice: a concept analysis. Holist Nurs Pract. 2009; 23(5): 276-81.

(131) La Cava Osterman P, Schwartz-Barcott D, Asselin M. An exploratory study of nurses' presence in daily cares on an oncology unit. Nurs Forum. 2010; 45(3): 197-205.

(132) Thompson G. The concept of presencing in perioperative nursing. AORN J. 2005; 82(3): 465.

(133) Hardy J. A comforting presence. Nurs Stand. 2008; 23(6): 61.

(134) Ziblock D. Nursing presence in contemporary nursing practice. Nurs Forum. 2010; 45(2): 120-24.

- (135) Felgen J. Creating presence. *Creat Nurs*. 2011; 17(1): 3-4.
- (136) Fingfeld-Connet D. Meta-synthesis of presence in nursing. *J Adv Nurs*. 2006; 55(6): 708-14.
- (137) McMahon M, Christopher K. Toward a mid-range theory of nursing presence. *Nurs Forum*. 2011; 46(2): 71-82.
- (138) Alidina K, Tettero I. Exploring the therapeutic value of hope in palliative nursing. *Palliat Support Care*. 2010; 8(3): 353-58.
- (139) MacDonald H. Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. *J Adv Nurs*. 2007; 57(2): 119-26.
- (140) Iacono MV. Nurses: trusted patient advocates. *J Perianesth Nurs*. 2007; 22(5): 330-34.
- (141) Schroeter K. Advocacy in perioperative nursing practice. *AORN J*. 2000 Jun;71(6):1207-22; quiz 1223-8.
- (142) Bu X, Wu Y. Development and psychometric evaluation of the instrument: attitude toward patient advocacy. *Res Nurs Health*. 2008; 31(1): 63-75.
- (143) Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2008; 15(4): 457-67.
- (144) Mason-Whitehead E, McIntosh A, Brian A, Mason T. *Key concepts in nursing*. London: Sage; 2008.
- (145) Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2008; 15(4): 468-77.
- (146) Tornimbeni S, Pérez E, Olaz F. *Introducción a la Psicometría*. Buenos Aires: Paidós; 2008.
- (147) Santisteban Requena C. *Principios de Psicometría*. Madrid: Síntesis; 2009.

- (148) Viladrich M, Doval Diéguez E, Prat i Santaolària R, Vall-Llovera Llovet M. Psicometría. Barcelona: UOC; 2005.
- (149) Muñiz J. Teoría clásica de los tests. Madrid: Pirámide; 2003.
- (150) Fehring RJ. Marquette University. e-Publications@Marquette [internet]. 1987 [acceso 24 Marzo 2014]; 16(6). Disponible en: http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac
- (151) Mestre Escrivá V, Frías Navarro M, Samper García P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. Psicothema. 2004; 16(2): 255-60.
- (152) Pérez -Albéniz A, De Paúl J, Etxebarria J, Montes M, Torres E. Adpatación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al Español. Psicothema. 2003; 15(2): 267-72.
- (153) Guarino L, Roger D. Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. Psicothema. 2005; 17(3): 465-70.
- (154) Guarino L, Feldman L, Roger D. La diferencia de la sensibilidad emocional entre británicos y venezolanos. Psicothema. 2005; 17(4): 639-44.
- (155) Lindh I, Severinson E, Berg E. Moral responsibility: a relational way of being. Nurs Ethics. 2007;14(2): 129-40
- (156) Davis A, Tschudin V, de Reave L. Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza. Madrid: Triacastela; 2009.
- (157) Chard R. A phenomenologic Study of how perioperative nurses perceive their work world. AORN J. 2000; 72(5): 878-83, 885-9.
- (158) Badger J. Factors that enable or complicate end of life transitions in critical care. Am J Crit Care. 2005; 14(6): 513-21.

- (159) Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol*. 2008; 26(23): 3845-52.
- (160) Mpinga EK, Chastonay P, Rapin CH. End of life conflicts in palliative care: a systematic review of the literature. *Rech Soins Infirm*. 2006; (86): 68-95.
- (161) De Carvalho K, Lunardi V. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(3): 308-13.
- (162) MacDonald C. Nurse Autonomy as relational. *Nurs Ethics*. 2002; 9(2):194-201.
- (163) Benner P. Clinical Judgment: How a expert nurses use intuition. *Am J Nurs*. 1987; 87(1): 23-31.
- (164) Benner P. *Práctica progresiva en enfermería: manual de comportamiento profesional*. : Grijalbo; 1987.
- (165) Fenga C, Faranda M, Arangona M, Micali E, Di Nola C, Trimarchi G, et al. Burnout and occupational stress in nurses. *Med Lav*. 2007; 98(1): 55-63.
- (166) Frade Mera M, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Alvarez González S, et al. Burnout syndrome in different intensive care units. *Enferm Intensiva*. 2009; 20(4):131-140.
- (167) Thompson C, Yang H. Nurses' decision, irreducible uncertainty and maximizing nurses' contribution to patient safety. *Healthc Q*. 2009; 12: 178-85.
- (168) Teng CI, Hsiao FJ, Chou TA. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *J Nurs Manag*. 2010; 18(3): 275-84.
- (169) Alves Monteiro M, Moura Barbosa R, Teixeira Barroso M, Cunha Vieira N, Bezerra Pinheiro A. Ethical dilemmas experienced by nurses presented in nursing publications. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2008 [acceso 24 Marzo 2014]; 16(6): 1054-59. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600019&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600019>.

(170) Gómez Córdoba AI, Espinosa AF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichan [internet]. 2006 [acceso 24 Marzo 2014]; 6(1): 54-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74160107.pdf>

-

(171) Towers A, McDonald N. Ethical issues in palliative care. Views of patients, families and nonphysician staff. Can Fam Physician. 2003 Dec; 49: 1626-31.

(172) Falcó Pegueroles A. Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería en las unidades de cuidados intensivos. [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2012. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84082/AMFP_TESIS.pdf?sequence=4

(173) Lützn K, Ewalds-Kvist B. Moral Distress and its Interconnection with Moral Sensitivity and Moral Resilience: Viewed from the Philosophy of Viktor E. Frankl. J Bioeth Inq. 2013 Oct;10(3): 317-24

(174) Lützn K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. Nurs Ethics. 2003;10(3): 313-22.

(175) Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya [internet]. Barcelona, 2013. [acceso 24 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/CODI%20D%27%C3%88TICA%20DE%20LES%20INFERMERES%20I%20INFERMERS%20DE%20CATALUNYA..PDF>

(176) Zabala-Blanco J, Alconero-Camarero A, Casaus-Pérez M, Gutiérrez-Torre E, Saiz-Fernández G. Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. Enferm Clín. 2007; 17(2): 56-62.

(177) Verpeet E, Dierckx de Casterle B, Lemiengre J, Gastmans C. Belgian nurses' views on codes of ethics: development, dissemination, implementation. Nurs Ethics. 2006; 13(5): 531-45.

(178) Heikkinen A, Lemonidou C, Petsios K, Sala R, Barazzetti G, Radaelli S, et al. Ethical codes in nursing practice: the viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. J

Adv Nurs. 2006; 55(3): 310-19.

(179) Verpeet E, Dierckx de Casterle B, Van der Arend A, Gastmans CA. Nurses' views on ethical codes: a focus group study. J Adv Nurs. 2005; 51(2): 188-195.

(180) Hermsen M, Van Der Donk M. Nurses' moral problems in dialysis. Nurs Ethics. 2009; 16(2): 184-191.

(181) Kalvemark Sporrang S, Arnetz B, Hansson MG, Westerholm P, Hoglund AT. Developing ethical competence in health care organizations. Nurs Ethics. 2007; 14(6): 825-37.

(182) Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. Online J Issues Nurs [internet]. 2011 [acceso 24 Marzo 2014]; 16(2): 8. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Moral-Distress-and-Courage-in-Everyday-Practice.html>. DOI: [10.3912/OJIN.Vol16No02PPT03](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02PPT03).

ANEXOS

ANEXO 1: INFORME ADMISIÓ PROJECTO TESIS DOCTORAL UIC

Sra. Beatriz Campillo Zaragoza
Lepanto 374, àtic 6a
08025 Barcelona

Benvolgut Sra.,

Per la present, l'informo que el Comitè d'Admissió al Període de Recerca del Doctorat en Recerca en Salut, en la seva sessió del 17 de febrer de 2011, i un cop estudiada la seva sol·licitud ha acordat:

Admetre a la Sra. Beatriz Campillo Zaragoza al Període de Recerca del Doctorat en Recerca en Salut.

Aprovar el Projecte de Tesi titulat "Creación y validación de cuestionario de sensibilidad moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la sensibilidad enfermera" i nomenar el Dr. Albert Balaguer Santamaria com a Director de la Tesi i al Dr. Joaquín Tomás Sábado com a Codirector de la Tesi.

Aprofito l'avinentesa per saludar-la cordialment,

 
Universitat Internacional
de Catalunya

Facultat de Medicina i
Ciències de la Salut
Carlos Veilla Giménez
Secretari Acadèmic
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Sant Cugat del Vallès, 23 de febrer de 2011

ANEXO 2: INFORME COMITÉ ÉTICO INVESTIGACIÓN CLÍNICA



Sant Antoni Ma Claret, 167 · 08025 Barcelona
Tel. 93 291 90 00 · Fax 93 291 94 27
e-mail: santpau@santpau.cat
www.santpau.cat

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

TÍTULO: Creación y validación de cuestionario de sensibilidad moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la sensibilidad enfermera		
CÓDIGO: 11/070/1235	IP: Sra. B. Campillo	SERVICIO: Escuela de Enfermería

Doña **Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació de Gestió Sanitària del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,

CERTIFICA:

Que en su reunión de fecha 12 de Julio de 2011 este Comité ha analizado el proyecto de investigación de referencia y considera que se ajusta a las disposiciones vigentes.

Por ello, ha acordado informar favorablemente sobre su realización.

Y para que así conste, firma el presente en Barcelona, a 13 de Julio de 2011.


FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE
L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
COMITÉ ÉTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
Dra. Milagros Alonso

ANEXO 3: INFORME COMITÉ UIC



Comitè
d'Ètica
de Recerca

Universitat
Internacional
de Catalunya

CARTA APROVACIÓ PROJECTE PEL CER

Codi de l'estudi: INF-2014-04

Versió del protocol: 1.0

Data de la versió: 27/02/14

Títol: "Creación y validación de cuestionario de sensibilidad moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la sensibilidad moral enfermera"

Sant Cugat del Vallès, 25 d' abril de 2014

Investigador: **Beatriz Campillo Zaragoza**

Títol de l'estudi: "Creación y validación de cuestionario de sensibilidad moral en los cuidados enfermeros. Estudio de la sensibilidad moral enfermera"

Benvolgut(da),

Valorat el projecte presentat, el CER de la Universitat Internacional de Catalunya, considera que, des del punt de vista ètic, reuneix els criteris exigits per aquesta institució i, per tant, ha

RESOLT FAVORABLEMENT

emetre aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ per part del Comitè d'Ètica de la Recerca, per que pugui ser presentat a les instàncies que així ho requereixin.

Em permeto recordar-li que si en el procés d'execució es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, hauria de ser sotmès novament a la revisió i aprovació del CER.

Atentament,

Dr. Josep Argemí
President CER-UIC

ANEXO 4: INFORME DIRECCIÓN ENFERMERÍA HSCSP



Direcció Infermera
Tel. 93 553 79 56 - 93 553 79 55
Fax 93 556 55 30
DireccioInfermera@sanpau.cat

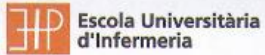
Benvolguts/des,

Per la present fem constar que la Sra. Beatriz Campillo Zaragoza, i sota la direcció dels Drs. Albert Balaguer i Joaquín Tomás Sábado, del departament d'Investigació en Salut de la Universitat Internacional de Catalunya, desenvoluparà part del seu Projecte de Tesi Doctoral titulada "**Creación cuestionario sensibilidad moral en los cuidados enfermeros (CuSMCE). Estudio de la sensibilidad moral**" a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durant l'any 2013.

Barcelona, 9 de maig de 2013

Margarita Esteve
Directora Infermera
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

ANEXO 5: INFORME DIRECCIÓN ESCOLA INFERMERIA SANT PAU



Escola Universitària
d'Infermeria



HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Júlia Esteve, directora de la Escuela Universitaria de Enfermería del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*,

Hace constar:

Que está al corriente del estudio titulado: "CREACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD MORAL EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS" que realiza Beatriz Campillo Zaragoza para la obtención del grado de doctor y certifica su idoneidad

Barcelona, 25 de Mayo de 2.011

ANEXO 6: INFORMACIÓN EQUIPO DIRECCIÓN ENFERMERÍA Y SUPERVISORAS

Estimada compañera:

Mi nombre es Beatriz Campillo. Durante veintidós años desempeñé mi labor como enfermera quirúrgica en el bloque quirúrgico de este centro. Actualmente ejerzo como profesora de la EUI Sant Pau de la Asignatura Ética y Legislación en el Grado de Enfermería entre otras responsabilidades.

Me dirijo a ti ya que necesito de tu colaboración. En estos momentos estoy llevando a cabo mi tesis doctoral en Ciencias Enfermería por la Universidad Internacional de Catalunya que lleva por título: ***“Creación y validación Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros (CuSMCE) Estudio de la sensibilidad moral enfermera en los cuidados al paciente “*** y me encuentro en el momento de la recogida de los datos.

El constructo de la Sensibilidad Moral en el Cuidado Enfermero está escasamente estudiado en nuestro país. Se conoce que el entorno, las características de la profesión así como aspectos sociales, profesionales e individuales modifican la expresión de esta sensibilidad moral en el cuidado. Ante dichas evidencias, el objetivo propuesto para este estudio es la creación de un cuestionario que nos ayude a comprender este concepto ofreciéndonos una imagen real y adaptada a nuestro entorno social, profesional y cultural. Sin lugar a dudas los resultados pueden arrojar luz que nos ayuden a una mayor comprensión del cuidado enfermero, a su gestión, así como a la creación de estrategias en la formación de futuros profesionales.

Necesito de tu colaboración para que informes al personal a tu cargo del proyecto de investigación que estoy llevando a cabo. Dispongo del permiso de de Dirección Comité Ético en Investigación Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, el permiso de la Directora de Enfermería, la Sra Margarita Esteve, de la Dirección de la EUI Sant Pau, Dra Julia Esteve y se ha informado a la Cap d'Àrea correspondiente.

Se ha estimado necesaria una muestra de aproximadamente 200 participantes. Las personas serán solicitadas hasta alcanzar la muestra necesaria. A 20 enfermeras del total de la muestra, elegidas al azar se les volverá a pasar el cuestionario 15 días después. La participación es totalmente voluntaria, no implica ningún esfuerzo y su cumplimentación no lleva más de 15 minutos.

A cada enfermera/o que lleve más de un año seguido de trabajo desde que acabó los estudios de Diplomado se le hará entrega del cuestionario así como de una hoja informativa y el consentimiento informado.

Agradezco por adelantado tu colaboración y la de tus enfermeras Te ofrezco mi nº de móvil por si tienes alguna duda. [REDACTED]

Saludos cordiales: Beatriz Campillo Zaragoza

ANEXO 7: INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES

HOJA INFORMATIVA PARTICIPANTES

Apreciado compañero:

Mi nombre es Beatriz Campillo. Durante veintidós años desempeñé mi labor como enfermera quirúrgica en el bloque quirúrgico de este centro. Actualmente ejerzo como profesora de la EUI Sant Pau de la Asignatura Ética y Legislación en el Grado de Enfermería entre otras responsabilidades.

Me dirijo a ti ya que necesito de tu colaboración. En estos momentos estoy llevando a cabo mi tesis doctoral en Ciencias Enfermería por la Universidad Internacional de Catalunya que lleva por título: ***“Creacion y validación Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros (CuSMCE) Estudio de la sensibilidad moral enfermera en los cuidados al paciente”*** y me encuentro en el momento de la recogida de los datos.

El constructo de la Sensibilidad Moral en el Cuidado Enfermero está escasamente estudiado en nuestro país. Se conoce que el entorno, las características de la profesión así como aspectos sociales, profesionales e individuales modifican la expresión de esta sensibilidad moral en el cuidado. Ante dichas evidencias, el objetivo propuesto para este estudio es la creación de un cuestionario que nos ayude a comprender este concepto ofreciéndonos una imagen real y adaptada a nuestro entorno social, profesional y cultural. Sin lugar a dudas los resultados pueden arrojar luz que nos ayuden a una mayor comprensión del cuidado enfermero, a su gestión, así como a la creación de estrategias en la formación de futuros profesionales.

Tu colaboración consiste en contestar el formulario entregado que contiene datos sociodemográficos, laborales y éticos así como el cuestionario de sensibilidad moral y otros cuestionarios necesarios para el proceso de validación. Solamente recordarte que **no existen respuestas correctas o incorrectas, sólo interesa conocer la vivencia de la enfermera en situaciones de cuidado.**

Por favor responde con la máxima sinceridad, no consultes las respuestas, contesta simplemente lo que creas que se adapta mejor a tu situación. **No dejes ninguna respuesta sin contestar.**

Muchas gracias por tu colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado compañero/a:

Solicito tu colaboración para participar en el estudio ***“Creacion y validación Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros (CuSMCE) Estudio de la sensibilidad moral enfermera en los cuidados al paciente.***

Se te ha elegido porque creemos que es una enfermera/o representativa/o del colectivo y que tu participación beneficiará la investigación. Tu colaboración consiste en rellenar una serie de cuestionarios que no le llevará mucho tiempo y es estrictamente voluntaria.

Toda la información recogida, será tratada de forma confidencial según lo dispuesto en la “Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal” y sólo podrán tener acceso a ella el investigador principal. Se asegura su total destrucción en el momento que el proceso de investigación finalice.

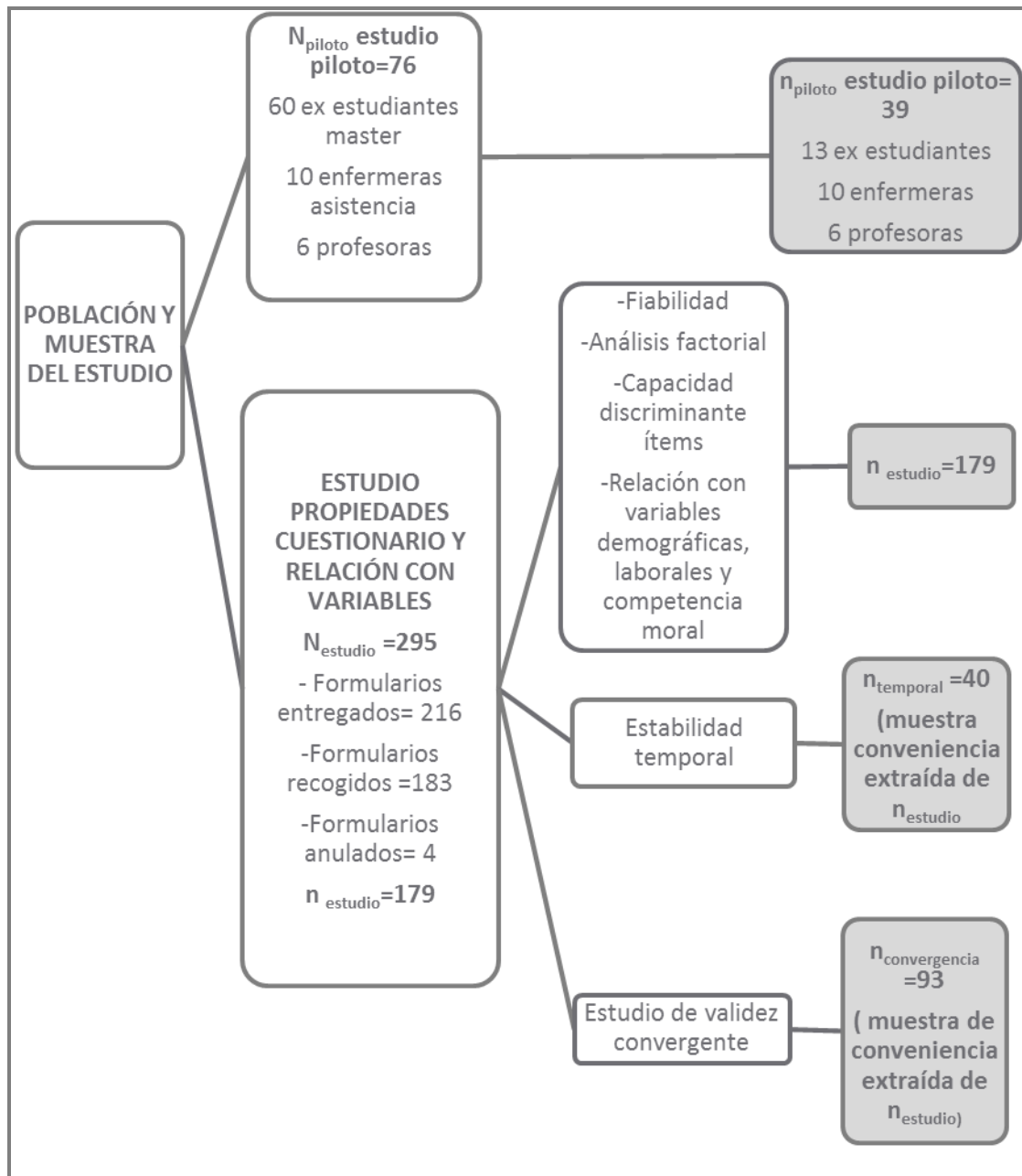
Si deseas más información sobre el proyecto puedes dirigirte a Beatriz Campillo Zaragoza.
Teléfono de contacto: [REDACTED]

Agradezco sinceramente tu participación.

Puesto en antecedentes de las características y el objetivo del estudio, acepto voluntariamente a formar parte del mismo

	Nombre y apellidos	Fecha	Firma
Participante			
Informante			

ANEXO 8: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA



ANEXO 9: CORRESPONDENCIA CON AUTORA ESCALA SENSIBILIDAD EMOCIONAL

solicitud permiso utilización escala sensibilidad emocional <https://excas01.dspau.sanipau.es/owa/?ae=licenci&IPM.Note&Id=...>

solicitud permiso utilización escala sensibilidad emocional
Beatriz Campillo Zaragoza
Enviat el: **diàssabte, 22 / desembre / 2012 14:12**
Per a: **[REDACTED]**
Importància: **Alta**
Categories: **tesis**
Fitxers adjunts: **22122012_Propuesta Escala ->1.doc (66 KB)**

Apreciada Sra Guarino :

MI nombre es Beatriz Campillo, soy enfermera profesora en la Escuela de Enfermería del Hospital de la Santa Creu Sant Pau en Barcelona (España).

En estos momentos estoy realizando mi tesis en el programa de doctorado de la Universidad Internacional de Catalunya . El tema central de la misma es la sensibilidad moral en los cuidados enfermeros y para ello he creado un instrumento para su evaluación.

Solicito permiso para utilizar la escala de sensibilidad emocional (ESE) para proceder a la evaluación de la validez convergente con el cuestionario que estoy creando.

Estaría interesada, si no tiene inconveniente a realizar unos pequeños cambios que no afectan en absoluto al significado de los ítems, y que por el contrario, otorgan un carácter más habitual en mi país de la lengua que compartimos.

En primer lugar, me gustaría que me indicase un sinónimo para la palabra **bravo** que utiliza en el ítem 4 y que redacta como sigue: **Con frecuencia me pongo bravo(a) conmigo mismo(a)** (1) En mi país diríamos algo así como : **Con frecuencia me enfurezco o me enfado conmigo mismo(a)**. Ruego me indique si es acertada esta sustitución con el significado que usted daba al ítem o por el contrario propone otra.

En segundo lugar, algunos ítems se inician con el pronombre personal **YO**, pronombre que en nuestra cultura se utiliza muy poco. Mi propuesta es simplemente eliminarlo.

Le envío el archivo adjunto de cómo quedaría, señalando en rojo las palabras sustituidas para que lo pueda valorar en su totalidad.

Me comprometo a garantizarle la referencia adecuada de su trabajo, de la solicitud de permiso para estas modificaciones, en caso de que acepte, así como su mención en el capítulo de agradecimientos si así me lo permite.

Espero que éste no sea nuestro único contacto y estoy a su disposición.

Aprovecho la ocasión para felicitarle las próximas fiestas .

(1)Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) .Un nuevo enfoque para medir el neuroticismo . Psicothema 2005 Vol 17 nº 3 465-470

Beatriz Campillo Zaragoza

Cap d'Àrea Docent

01/12/2012 9:30

Re: solicitud permiso utilización escala sensibilidad emocional
Leticia Rosario Guarino Ciano [REDACTED]
Enviat el: dilluns, 7 / gener / 2013 15:22
Per a: Beatriz Campillo Zaragoza
Categories: tesis; Categoría porpra; Categoría groga; Categoría blava

Estimada Beatriz:

Ante todo un saludo y mis disculpas por la demora en responder. Veo que este correo tiene fecha del 22 de dic, en la cual ya me encontraba de asueto navideño hasta el día de hoy. Realmente no suelo revisar mi correo institucional en temporadas de vacaciones.

Con respecto a su solicitud, le indico que no hay ningún problema en utilizar la escala con los pequeños ajustes que me indica. Ellos no cambian la esencia del constructo.

En caso de que efectivamente emplee el instrumento, por favor avíseme para enviarle la clave de corrección.

Mucha suerte en su investigación,

Dra. Leticia Guarino

Prof. Leticia Guarino de Scremín. Ph.D
Profesora Titular (DE)
Universidad Simón Bolívar
Dpto. de Ciencia y Tecnología del Comportamiento
[REDACTED]

Re: solicitud permiso utilización escala sensibilidad emocional
Leticia Rosario Guarino Ciano [REDACTED]
Enviat el: divendres, 1 / febrer / 2013 17:08
Per a: Beatriz Campillo Zaragoza
Categories: tesis
Fitxers adjunts: ESE- 45 ítemes español.SPS (815 B)

Estimada Beatriz:

Tal como me solicitara, le envío la clave de corrección (sintaxis) de la Escala de Sensibilidad Emocional, en sus tres dimensiones. La clave está en SPSS, en formato de sintaxis. Observación: algunos ítems deben ser recodificados, antes de obtener la puntuación por escala.

Estoy de acuerdo con las consideraciones que tendrá con respecto al uso del instrumento.

Lamento la demora en responderle, pero este mensaje se había perdido de mi bandeja de entrada y tuve que recuperarlo por otra vía.

Mucha suerte en su investigación,

Dra. Leticia Guarino

Prof. Leticia Guarino de Seremín. Ph.D
Profesora Titular (DE)
Universidad Simón Bolívar
Dpto. de Ciencia y Tecnología del Comportamiento
[REDACTED]

ANEXO 10: FORMULARIO Y CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD MORAL EN EL CUIDADO ENFERMERO CuSMCE-34

Apreciado compañero/a:

El siguiente cuestionario contiene los 34 enunciados del Cuestionario de Sensibilidad Moral en los Cuidados Enfermeros (CuSMCE).

LEE DETENIDAMENTE LOS ENUNCIADOS QUE TE PRESENTAMOS A CONTINUACIÓN.
 POR FAVOR, RESPONDE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD.
 NO EXISTEN RESPUESTAS ACERTADAS O ERRÓNEAS.
 LAS SIGUIENTES PROPUESTAS SÓLO REPRESENTAN DIFERENTES EXPRESIONES DEL SENTIR Y EL PENSAR DEL PROFESIONAL EN EL CUIDADO ENFERMERO.

VALORA CADA ENUNCIADO DEL 0 AL 5 SIENDO:

0=total desacuerdo

1= considerable desacuerdo

2= ligero desacuerdo

3= ligero acuerdo

4= considerable acuerdo

5= total acuerdo.

POR FAVOR NO DEJES NINGUNA CASILLA SIN CONTESTAR

Muchas gracias por tu colaboración

1. ¿Puede indicarnos su grado de acuerdo en los siguientes enunciados relacionados con el cuidado enfermero en su actividad diaria?

	0	1	2	3	4	5
1. Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En mi entorno laboral considero fundamental la responsabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me resulta difícil intervenir cuando detecto situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas. alimentarias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En mi entorno laboral, considero fundamental crear un ambiente de intimidad en todas las actividades. enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Antes de delegar ninguna actividad a otro profesional, me preocupo de valorar su competencia y preparación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Como enfermera, pienso que no me corresponde adaptar las normas de la institución a las necesidades de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Siento que no debo llevar a cabo alguna actividad si pienso que no se adecua a la necesidad del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.
13. Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.
14. Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.
15. No siento especial interés en participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas.
16. Me resulta fácil captar los mensajes no verbales (tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz) que acompañan a las palabras expresadas.
17. Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.
18. En determinados casos me cuesta expresar al paciente empatía y comprensión por la experiencia que está pasando.
19. Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
20. En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.
21. Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.
22. Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.
23. A veces necesito dar por terminada la conversación, si detecto algún problema que preocupe al paciente.
24. Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.
25. En mi unidad/ servicio, hay tanta carga de trabajo, que siento que no hago lo que realmente es importante.
26. A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.
27. Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente.
28. Procuero dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.
29. A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.
30. Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
31. Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes.
32. A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.
33. Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.
34. Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes.

Formulario de datos sociodemográficos. Variables laborales. Variables éticas

1. Edad

2. Género (*)

Hombre Mujer

3. Servicio en el que desarrolla su jornada laboral

- Bloque quirúrgico
- UCI
- REA/URPA
- Semicríticos
- Medicina Interna
- Oncología
- Cuidados Paliativos
- UCIAS
- Otro (por favor, especifique)

4. Años de experiencia laboral como enfermera

5. Años de permanencia en el servicio

6. ¿Realizó formación en temas éticos durante la carrera?

Si NO

7. ¿Ha realizado formación en temas éticos después de la graduación?

Si No

8. Valore del 0 al 10 su grado de conocimiento del código ético del COIB

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Ante una situación de carácter ético, valore del 0 al 10 cuánto cree que influye a la hora de tomar su decisión ...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El código ético COIB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los valores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La experiencia clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los conocimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 11: CUESTIONARIO SENSIBILIDAD MORAL EN EL CUIDADO ENFERMERO CUSMCE-23

Para mí es importante como enfermera, expresar al paciente mi disponibilidad como profesional.

En mi entorno laboral considero fundamental mostrar al paciente una actitud de apoyo.

En mi entorno laboral considero fundamental establecer una relación de confianza con el paciente.

Creo que como enfermera debo ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.

Tengo un especial interés en ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.

Tengo habilidad para percibir qué le preocupa al paciente.

Siento que debo asegurar al paciente que como cuidador, estaré disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

Estar atenta a la expresión del paciente me ayuda a percibir sus necesidades.

Me molesta oír referirse a los pacientes por su diagnóstico.

Me preocupa no disponer de tiempo para sentarme al lado del paciente y escucharle.

Siento que debo mostrar un interés sincero por el paciente

Necesito que mi relación con el paciente esté basada en la honestidad.

Me resulta difícil estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.

Me cuesta Identificar inquietudes respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, o prácticas. Alimentarias)

Como enfermera, pienso que no me corresponde debatir las inquietudes de cuidados del paciente directamente con los médicos implicados.

En determinados momentos creo que impongo mis valores al paciente.

A menudo cuando estoy con el paciente hablo de mi misma para estar más cómoda.

Procuro dirigirme al paciente con voz serena y sin prisas.

A veces siento que debo minimizar los sentimientos del paciente para evitarle estrés.

Pienso que es importante ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Tengo un especial interés en proporcionar confort a los pacientes

A veces estoy atendiendo a un paciente pero siento que tengo la cabeza en otro sitio.

Me cuesta aceptar determinadas decisiones de los pacientes

