

LA PRESENCIA DE LOS VALORES EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

M^a Luisa Martín Ferreres

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.



LA PRESENCIA DE LOS VALORES EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

M^a Luisa Martín Ferreres

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Doctorado: Investigación en Salud
Departamento de Enfermería

Universitat Internacional de Catalunya

Julio, 2017

Tesis doctoral dirigida por:
Dr. José Luís Medina Moya
Dra. M^a Dolores Bardallo Porras

La presencia de los valores en la práctica enfermera

M^a Luisa Martín Ferreres

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 are 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 right 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.



LA PRESENCIA DE LOS VALORES EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

M^a Luisa Martín Ferreres

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Doctorado: Investigación en Salud
Departamento de Enfermería

Universitat Internacional de Catalunya

Julio, 2017

Tesis doctoral dirigida por:
Dr. José Luís Medina Moya
Dra. M^a Dolores Bardallo Porras

“No solamente se trata de saber qué son los valores. La verdadera pregunta está en **cómo vivirlos**”

Anónimo

AGRADECIMIENTOS

Agradecer es un valor que incluimos en nuestra vida cotidiana, pero es mientras escribo estas palabras, tras el esfuerzo que ha supuesto esta tesis sobre los valores profesionales de enfermería, cuando me doy cuenta de lo mucho que merecen mi agradecimiento mi familia, mis compañeros de trabajo y la institución donde ejerzo mi profesión, así como todas aquellas personas que han contribuido de una u otra forma a que este proyecto se haya hecho realidad. Lo comencé con ilusión, pero también con cierta inquietud, ya que temía no ser capaz de compaginar mis compromisos profesionales y familiares durante el dilatado espacio de tiempo que ocuparía la investigación, que a su vez iba a suponer un esfuerzo colaborativo por parte de todas las personas que, directa o indirectamente, iba a involucrar en esta gran empresa.

En primer lugar, mis agradecimientos van dirigidos a mis directores de tesis: al Dr. José Luis Medina, por su guía, conocimientos y orientación; y a la Dra. Lola Bardallo, por su gran paciencia y humanidad. Ellos me han animado desde el inicio de este trabajo. Durante el Trabajo de Fin de Máster ya tuve la oportunidad de ser dirigida por Lola y de nutrirme de sus conocimientos y profesionalidad.

Quiero dar también mi más sincero agradecimiento a todas las enfermeras de las instituciones con las he compartido tantas horas, por su amabilidad al responder y colaborar con cariño, a pesar de su cansancio, poniendo interés en que sus entrevistas tuvieran como fin la mejora en el trato al paciente y de su propia condición profesional y personal. Asimismo, a los pacientes que me permitieron entrar en la parcela de su intimidad. Tengo la esperanza de que sus experiencias ayuden a mejorar la calidad del cuidado de enfermería.

También a las instituciones y personas que han colaborado para que la tesis haya sido posible, especialmente a Conchita y Montse, que me han hecho sentir como en casa. Y del mismo modo, a mis compañeras del departamento de enfermería: Cristina, que siempre me ha allanado el camino y facilitado las cosas en momentos de dificultad; Mariona, Marian y Laia, por haber compartido momentos de risas y nervios en los que nos hemos apoyado mutuamente; a Albert, Encarna, Marian y Pilar, que con su experiencia me han acompañado durante todo el camino; Mireia y Laura, por escuchar pacientemente mis peripecias, y a M^a Dolores, que ha sido de un gran apoyo favoreciendo que pudiera concentrarme con mayor intensidad en mi investigación. Del

mismo modo, quiero mostrar mi agradecimiento a las becarias del departamento, Eli y Clara, por su gran soporte logístico.

Por último, a las personas más importantes en mi vida y que han sufrido conmigo estos tres años de ausencia:

A mis padres, porque me han entregado lo más valioso que pueden dar a su edad, su tiempo, y porque me han prestado una educación en valores, facilitándome una formación académica en la que a éstos se les concedía la mayor importancia tanto en su aplicación en el ámbito humano como en el profesional.

A mis hermanos, que durante un largo periodo de tiempo solo me han oído hablar de la tesis.

A mis hijos Rafa, María y Ana (¡qué orgullosa me siento de ellos!), que han hecho un gran esfuerzo en adaptarse a las circunstancias que la investigación requería en mi ámbito familiar. Durante este período han pasado de la niñez a la adolescencia, y soy consciente de lo que ha implicado esta etapa para ellos. Por eso valoro el crecimiento personal que han vivido: han ganado en responsabilidad y en ganas de colaborar; en una palabra, han aprendido el valor de ayudar. Ha sido como si verme trabajar fuera un estímulo para todos ellos.

A Rafa, mi pianista, cuya música ha estado presente durante muchos de mis ratos de trabajo: me has hecho sentir acompañada.

María, por todos los momentos que te has privado de preguntar cosas y de mi compañía, lo que te ha supuesto un mayor esfuerzo en tus responsabilidades escolares.

Ana, la más pequeña de la casa, que quizás ha notado más mis momentos de ausencia por su edad: has sabido comprenderme y aprender a ser más autónoma.

Por último, quiero agradecer de un modo especial el apoyo incondicional de mi marido Rafael. Sin tu colaboración y tu ayuda en todos los ámbitos no habría podido llevar a cabo mi proyecto. Me has animado y ayudado, llegando incluso a sustituirme en muchos momentos, a pesar de tu gran carga profesional, y has estado junto a mí en las dificultades que han ido surgiendo a lo largo de este arduo camino.

Gracias a toda la familia, pero especialmente a ti, Rafael. Todos me habéis hecho sentir que la tesis también era vuestra.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	9
ÍNDICE DE TABLAS	15
ABREVIATURAS	17
RESUMEN	19
CAPÍTULO 1. HISTORIA DE UNA PREGUNTA.....	21
Introducción	23
1.1 Mi proceso de vida hasta 1993	25
1.2 Reviviendo la profesión.....	28
1.3 Proceso de maduración durante el Trabajo Fin de Máster (TFM)	30
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	35
Introducción.....	37
2.1 Conceptualización de los valores	38
2.1.1 Valores humanos o morales.....	40
2.1.2 Valores profesionales.....	40
2.2 Cuidado de enfermería y valores profesionales.....	41
2.2.1 Valores en la historia del cuidado	42
2.2.2 Valores profesionales de enfermería	45
2.2.3 Valores y humanización del cuidado.....	51
2.3 Modelo humanista del cuidado	53
2.3.1 La Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson.....	53
2.3.1.1 Factores del cuidado	54
2.3.1.2 La ocasión o el momento del cuidado en sí	57
2.3.2 Aplicación práctica del modelo humanista	58
2.3.4 Relación entre el modelo de Watson y los valores profesionales	62
2.4 Limitaciones en la práctica de los valores.....	63
2.4.1 <i>Compassion fatigue</i>	64
2.4.2 Síndrome de <i>burnout</i>	65
2.4.3 Sufrimiento moral	66
2.4.4 <i>Bullying</i> o acoso laboral.....	67
2.5 Formación en valores profesionales	69
2.5.1 Necesidad de formación de los profesionales de enfermería	73
2.6 Perspectiva de los pacientes en la práctica del cuidado	75

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	79
Introducción	81
3.1 Orientación del diseño de la investigación	81
3.2 Reflexión <i>emic</i> acerca de la aproximación del estudio	83
3.3 Etnografía como metodología de elección	84
3.4 Estrategias de recogida de información.....	85
3.4.1 Cuestionario sociodemográfico.....	86
3.4.2 Observación participante	86
3.4.3 Entrevistas en profundidad	89
3.4.4 Conversaciones informales	91
3.5 Análisis de los datos	92
3.6 Criterios de rigor	93
3.6.1 Adecuación epistemológica	93
3.6.2 La relevancia.....	94
3.6.3 La reflexividad	94
3.6.4 La validez	95
3.7 Consideraciones éticas.....	95
CAPÍTULO 4: TRABAJO DE CAMPO	97
Introducción	99
4.1 Trabajo de campo.....	100
4.1.1 Ámbito de estudio.....	101
4.1.2 Identificación y selección de participantes	103
4.1.2.1 Criterios de inclusión.....	104
4.1.2.2 Criterios de exclusión	104
4.1.2.3. Descripción sociodemográfica de las enfermeras participantes	105
4.1.2.4. Descripción sociodemográfica de los pacientes participantes	108
4.1.3 El acceso y permanencia en el campo.....	111
4.1.4 La recogida de la información	112
4.1.4.1 La observación participante	113
4.1.4.2 Las entrevistas informales.....	115
4.1.4.3 Las entrevistas en profundidad: diseño, proceso y realización	115
4.1.4.4 Las entrevistas a las enfermeras	116

4.1.4.5 Las entrevistas a los pacientes	118
4.1.4.6 La transcripción de la observación y de las entrevistas	119
4.2 Procedimiento de análisis de los datos	120
4.2.1 Primer nivel de análisis: unidades de significado y categorías	121
4.2.2 Segundo nivel de análisis: las metacategorías	123
4.2.2.1 Descripción de las metacategorías obtenidas.....	123
4.2.3 Tercer nivel de análisis: las dimensiones cualitativas	130
4.2.3.1. Altruismo	131
4.2.3.2. Autonomía.....	132
4.2.3.3. Justicia Social.....	132
4.2.3.4. Dignidad Humana.....	133
4.2.3.5. Integridad	133
4.2.3.6. Estética en la práctica del cuidado.....	134
4.2.3.7 Significado e identificación de los valores profesionales en la práctica enfermera	135
4.2.3.8. Reguladores de la práctica basada en los valores profesionales de enfermería ..	135
4.2.3.9. Realidad y expectativas de cuidado de pacientes y enfermeras	136
CAPÍTULO 5: EL INFORME DE INVESTIGACIÓN	139
Introducción	141
5.1 Dimensión: Significado e identificación de los valores profesionales en la práctica enfermera	142
5.1.1 Conceptualización de los valores profesionales por los profesionales de enfermería .	143
5.1.2 Práctica de los valores profesionales	150
5.1.3 Sentimiento profesional hacia los valores profesionales.....	158
5.1.4 Coherencia profesional	160
5.2 Dimensión: Altruismo.....	162
5.2.1 Conceptualización del cuidado y la práctica profesional	162
5.2.2 Compasión.....	171
5.2.2.1 Ser empático	173
5.2.2.2 Reconocimiento y alivio del sufrimiento.....	176
5.2.2.3 Cuidar	177
5.2.2.4 Comunicarse, contactar y relacionarse con los pacientes	178

5.2.2.5 Ser competente.....	180
5.2.2.6 Atender las necesidades de los pacientes.....	180
5.2.2.7 Implicar al paciente	181
5.3 Dimensión: Autonomía	182
5.3.1 Atención centrada en el paciente y la familia	183
5.3.2 Autonomía como objetivo profesional	185
5.4 Dimensión: Dignidad Humana.....	194
5.4.1 Respeto.....	195
5.4.2 Confidencialidad.....	201
5.4.3 Intimidad	204
5.4.3.1 Intimidad del espacio	208
5.5 Dimensión: Integridad.....	211
5.5.1 Rigor	211
5.5.2 Visibilidad del rol de enfermería	214
5.6 Dimensión: Justicia social.....	216
5.6.1 Igualdad.....	216
5.7 Dimensión: Estética en la práctica del cuidado.....	219
5.7.1 Clima laboral como generador de buenas prácticas.....	220
5.7.2 Contexto laboral.....	225
5.8 Dimensión: Reguladores de la práctica del cuidado basado en los valores profesionales de la enfermería.....	230
5.8.1 Estrés.....	231
5.8.2 Gestión empresarial	236
CONCLUSIONES	243
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247
ANEXOS	267
Anexo 1: Documento consentimiento informado paciente	269
Anexo 2: Documento consentimiento informado personal enfermería	273
Anexo 3: Encuesta sociodemográfica del profesional de enfermería	277
Anexo 4: Encuesta sociodemográfica del paciente.....	279
Anexo 5: Propuesta de guion para la observación	281
Anexo 6: Propuesta de guía para la entrevista al profesional de enfermería	283
Anexo 7: Propuesta de guía para la entrevista a los pacientes	285
Anexo 8: Aprobación CEIC Institución Sanitaria 1.....	287
Anexo 9: Aprobación CEIC Institución Sanitaria 2.....	289
Anexo 10: Aprobación CER de la UIC	291

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Planes de formación continuada que incluyen valores en la provincia de Barcelona	32
Tabla 2. Valores, actitudes y conductas profesionales.....	43
Tabla 3. Valores esenciales de enfermería	46
Tabla 4. Descripción sociodemográfica de los profesionales de enfermería participantes	105
Tabla 5. Descripción sociodemográfica de los pacientes participantes	108
Tabla 6. Matriz de observación	115
Tabla 7. Relación de documentos primarios y horas totales dedicadas a la recogida de datos	120
Tabla 8. Matriz categorial.....	128
Tabla 9. Matriz de la dimensión del altruismo	132
Tabla 10. Matriz de la dimensión de la autonomía	132
Tabla 11. Matriz de la dimensión de la justicia social	133
Tabla 12. Matriz de la dimensión de la Dignidad Humana	133
Tabla 13. Matriz de la dimensión de la integridad	134
Tabla 14. Matriz de la dimensión de la estética en la práctica del cuidado.....	134
Tabla 15. Matriz de la dimensión del significado e identificación de los valores profesionales en la práctica enfermera	135
Tabla 16. Matriz de la dimensión de los reguladores de la práctica basada en valores profesionales de la enfermería.....	136
Tabla 17. Matriz de la dimensión de la realidad y expectativas de cuidado de pacientes y enfermeras	136

ABREVIATURAS

AACN	<i>American Association of Colleges of Nursing</i>
ANA	<i>American Nurses Association</i>
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
ECN	<i>European Council of Nursing</i>
FEPI	<i>European Federation of Regulatory Bodies and Competent Authorities for Nursing</i>
NLN	<i>National League for Nursing</i>
NPVS	<i>Nursing Professional Values Scale</i>
NPVS-R	<i>Nursing Professional Values Scale Revised</i>
TFM	Trabajo Fin de Máster
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UIC	Universitat Internacional de Catalunya
UNAV	Universidad de Navarra

RESUMEN

La enfermería es una profesión dinámica como consecuencia del avance tanto en conocimientos como en tecnología de la salud. Este hecho obliga a los profesionales de enfermería a disponerse a una actualización constante.

El rápido avance de las tecnologías implica la necesidad de una amplia formación continuada, basada principalmente en conocimientos biomédicos, en detrimento de la formación en valores profesionales, los cuales confieren a la profesión de enfermería su carácter único y humanizado.

En este estudio se pretenden explorar los valores profesionales que están presentes en la práctica del cuidado de enfermería, así como el conocimiento que tienen de ellos las enfermeras, y valorar la conveniencia de incluir formación específica sobre ellos en los planes de formación continuada de las instituciones sanitarias.

Para ello se ha llevado a cabo un estudio cualitativo de corte etnográfico. En él, la observación participante a enfermeras durante su práctica del cuidado y las entrevistas en profundidad, tanto a enfermeras como a pacientes, han sido la fuente de recogida de datos. Así mismo, se consideraron los valores profesionales descritos por la *American Association of Colleges of Nursing* como el guion de observación y el marco de análisis de los datos. Para el análisis del contenido se utilizó el programa Atlas.ti.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que las enfermeras desconocen el concepto de valor profesional. Sin embargo, sí identifican comportamientos y actitudes en su práctica diaria que van asociados a los valores propios de la profesión. A pesar de ello, se percibe una pérdida inconsciente en la aplicación de estos y, en mayor medida, en la práctica del valor de la dignidad humana.

Como consecuencia, se concluye que la inclusión de formación en valores en el marco de la formación continuada de los profesionales de enfermería es necesaria, puesto que su finalidad es facilitar su conceptualización y permitir un espacio de reflexión que evidencie la necesidad y los beneficios de llevarlos a la práctica.

Palabras clave: valores, valores profesionales, cuidado de enfermería, cuidado humanístico, percepción de cuidado, cuidado humanizado.

CAPÍTULO 1. HISTORIA DE UNA PREGUNTA

CAPÍTULO 1. HISTORIA DE UNA PREGUNTA

Introducción

Es la curiosidad del propio ser humano la que nos lleva, desde la niñez, a la continua formulación de preguntas que puedan ayudarnos a dar respuesta a los fenómenos que surgen en el entorno que nos rodea. Se trata de preguntas que nos ayudan a crecer y, por qué no, a ser mejores, puesto que en la mayoría de ocasiones facilitan el desarrollo humano.

Sin embargo, no todas las preguntas que vamos haciéndonos a lo largo de la vida obtienen como respuesta la elaboración de una tesis doctoral. Tanto las vivencias de mi vida profesional, académica como personal¹ han determinado que el objeto de mi investigación sea el que a continuación se expone y no otro.

Si bien es cierto que, como en cualquier tesis, es necesario un razonamiento basado en lo que la literatura nos ilustra, no fue esta revisión la que dio origen a mi interés por el tema, sino más bien al contrario. Motivada por razones personales y profesionales, he sentido la necesidad de indagar acerca del modo en que los profesionales y pacientes viven la práctica del cuidado, visualizando de esta manera las posibles mejoras que se puedan introducir.

Es por este motivo que considero importante dar al lector una explicación del proceso que ha dado origen a esta investigación, haciendo énfasis en lo que han aportado cada una de las etapas relevantes de mi vida al resultado de esta tesis.

A pesar de que son numerosos los aspectos que han influido en mi manera de concebir la profesión de la enfermería, creo que podría destacar tres momentos decisivos que han marcado un antes y un después en mi trayectoria profesional.

¹ Ha sido la faceta personal, la que ha tenido más relevancia y marcado, en mayor medida, mi comportamiento profesional.

En primer lugar, intentaré hacer una aproximación hacia aquellas características que, como persona, me decantaron hacia la elección de una profesión humanística. Así mismo, relataré el principio de mi ejercicio profesional, marcado por una profunda ilusión por poner en práctica todo lo aprendido durante mis años de universidad. Este inicio se vio marcado, con posterioridad, por mi experiencia de la enfermería desde otro punto de vista: el de ser paciente.

En segundo lugar, profundizaré en la vivencia del retorno al mundo laboral y a la práctica de mi profesión desde el ámbito de la gestión, dando cuenta del motivo que originó este cambio de rol y mi implicación en el desarrollo de una gestión humanizada de la enfermería.

Por último, ilustraré mi retorno al mundo académico, situación que me abrió nuevos retos en el campo del conocimiento, desconocidos para mí hasta el momento, como es la investigación. Considero que es en este ámbito donde puedo realizar una mayor aportación a esta profesión, siempre partiendo de una actitud humilde, para intentar que profesionales y pacientes logren disfrutar de los valores que se ponen en práctica durante la relación interpersonal que se establece en el cuidado de la enfermería.

1.1 Mi proceso de vida hasta 1993

La empatía y una mayor capacidad de atención a los problemas de las personas que me rodean siempre han sido dos aspectos de mi carácter. Estos dos rasgos influyeron, en gran medida, en la elección de mi futuro profesional.

De pequeña pensé que un día sería una gran pediatra, pero no llegué a cumplir este sueño aconsejada por alguien que claramente me conocía mejor que yo misma. Esta persona me dijo: “Marisa, no creo que tu vocación sea ser médico por la manera en que te relacionas con los demás y cuáles son tus prioridades. Creo que tú serías feliz siendo enfermera. Empieza el primer año y, si nos hemos equivocado, siempre estaremos a tiempo de cambiar”.

¡Qué sabio consejo! Disfruté de mis estudios universitarios, al igual que lo he hecho después, durante mis 29 años de trayectoria profesional, periodo en el que he tenido la oportunidad de poner en práctica todas las enseñanzas que me transmitieron en la universidad. Practicar no solo los conocimientos y habilidades adquiridos, sino también experimentando las enseñanzas de la profesión desde su lado humano, es decir, desde los valores que conforman la ética de la enfermería. Aunque no ha sido hasta realizar esta investigación que he sabido identificar dichos estandartes morales como un referente de nuestro comportamiento profesional.

Estudí la Diplomatura Universitaria de Enfermería² en la Universidad de Navarra (UNAV). Esta institución era un referente para mis estudios desde que iba al colegio y marcó un estilo concreto en mi modo de cuidar a las personas. Se trata de una universidad de inspiración cristiana, con una clara vocación de formación en el servicio. La aplicación de estos valores guía el trabajo diario de todos los que integran la comunidad universitaria, así como de su cultura³.

La misión de la facultad de enfermería de la UNAV está descrita como:

“formar profesionales con una sólida formación científica, humana, cultural y ética que les capacite para trabajar con vocación al servicio a la persona y a la

² En aquel momento la carrera se cursaba en tres años.

³ Ideario de la UNAV, descrito en <http://www.unav.edu/web/conoce-la-universidad/ideario-de-la-universidad>

sociedad, a favor de la vida, respetando la libertad y la dignidad de la persona sana o enferma y su entorno”⁴

Al amparo de estos valores, recibí una sólida formación en enfermería que me ayudó a profundizar y afianzar aquellos valores que había adquirido previamente en la formación de mi personalidad, y que del mismo modo me introdujeron en una ética que sería fundamental en mi futuro ejercicio profesional. Por fortuna, tuve la ocasión de poner en práctica esta deontología desde el primer año de carrera, lo cual me facilitó la transición al mundo laboral.

Mientras disfrutaba de mis primeros años como profesional de enfermería, pude empatizar, informar, consolar, disfrutar de las alegrías y acompañar en las tristezas a mis pacientes. En definitiva, pude realizarme humana y profesionalmente junto a ellos.

Me daba cuenta de los pequeños detalles que me hacían disfrutar del cuidado que proporcionaba, con la única recompensa de saber que ayudaba al paciente. Me sentía feliz, por ejemplo, pasando un rato al lado del paciente que necesitaba un poco de conversación o acompañando en su dolor al que acababa de recibir una mala noticia; En definitiva, intentaba colaborar en la medida de mis posibilidades —debido a mi inexperiencia—, a que mi profesión de enfermera no consistiera solo en una técnica, unas normas a seguir, o la obligación de acabar una tarea antes de terminar mi turno.

Cuidando estos detalles, sentí como el paciente valoraba mi trabajo: “Ayer no viniste...”; “¿Mañana también vienes?”; o simplemente venía a visitarme después del alta médica para informarme de que estaba bien. Detalles que me indicaban que seguramente iba por buen camino.

Sin embargo, poco después de iniciar mi vida laboral, me vi en la situación contraria durante un tiempo prolongado a causa de una grave enfermedad. Me convertí en una paciente más en la misma institución en la que, hacía escasamente unos años, había estado desempeñando mi rol profesional.

En ese momento no debía empatizar con el paciente, sino que yo era el paciente. Durante este proceso, me realizaron toda clase de pruebas y técnicas, las mismas que a diario yo ponía en práctica, al otro lado de la cama.

Me di cuenta de que la vida en el hospital estaba llena de normas y horarios de riguroso cumplimiento para los pacientes que hasta ese momento no me había planteado. Sin

⁴ Disponible en <http://www.unav.edu/web/grado-en-enfermeria/proyeccion-profesional>

embargo, agradecí que mis propias compañeras tuvieran cierta flexibilidad conmigo durante toda mi estancia hospitalaria.

Por ejemplo, era una norma en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que el paciente no llevara camisón, ni siquiera el del hospital. Por eso me sentí privilegiada cuando me permitieron algo tan simple como que me pusiera el mío durante los días que estuve allí ingresada, porque para el tratamiento de mi enfermedad no hacía falta llevarlo. Me hizo sentir confortable, más segura en una unidad en la que todo era frío e instrumental.

Nunca estuve sola. A pesar de que no fuera durante el horario de visitas, siempre tuve un familiar a mi lado acompañándome en mi proceso. Día y noche me sentí arropada, lo que me hizo ser consciente de la situación de los demás enfermos y preguntarme cómo se sentirían los otros pacientes, que además de no conocer a fondo los valores de la institución, únicamente tenían visitas un par de veces al día. En este sentido, esta diferencia fue algo más por lo que me sentí afortunada y que sin duda marcó mi proceso de recuperación. A pesar de todas estas atenciones, que de por sí ya me hacían sentir una paciente privilegiada, la mayor satisfacción fue el día que, al despertarme, mis compañeras me habían traído churros de chocolate para desayunar. Aquello me hizo sentir única. Claramente no era una paciente más en la UCI.

Sin embargo, y a pesar de todos los esfuerzos que dedicaron mis compañeras en hacerme sentir bien, hubo muchas situaciones en las que me sentí vulnerable como paciente. No podía levantarme, con lo que para cualquier actividad me había vuelto una persona dependiente. El “dame”, “tráeme”, “pásame”, etc. A familiares y compañeras se convirtió en uno de mis principales diálogos, al igual que la necesidad inevitable de exponerme físicamente en determinados momentos, como el de mi aseo diario. Momento en el que creí “morir de la vergüenza”, a pesar de estar rodeada de personas que no eran ajenas en mi vida cotidiana.

Así mismo, recuerdo una constante necesidad de dormir. Eran tantas las interrupciones a lo largo del día y de la noche que, junto al calor sofocante de la habitación, cuando me trasladaron a planta, mis horas de sueño se convirtieron en horas de vigilia. Esos momentos se convertían en buenos ratos cuando salía de la habitación y me iba a hablar con mis compañeras. Otro aspecto que destacaría de mi experiencia como paciente son los diferentes tipos de relación que pude establecer con mis cuidadores, tanto con los que se encargaban de mí de modo directo, ya que me encontraba ingresada en su planta, como aquellos que venían a visitarme con la única finalidad de interesarse por mi estado o hacerme un rato de compañía.

Hubo vivencias de todo tipo: desde los compañeros que no sabían qué decirme hasta los que me aconsejaron la visita de un psiquiatra, sin profundizar siquiera en mi estado, pasando también por los que no se atrevieron a venir a verme y por los que venían sin importar la hora que fuera.

Analizar este tipo de respuestas humanas me hizo cuestionar cómo se sentirían mis pacientes en el momento de ayudarles a abordar temas relevantes, cuando mis propias compañeras no habían sabido qué decirme o cómo dirigirse a mí.

Todas estas situaciones por la que pasé podrían haber sido las de cualquier paciente de los que había cuidado a lo largo de mi corta trayectoria profesional hasta entonces. Esta experiencia me brindó la oportunidad de ser consciente de la relevancia del cuidado en la enfermería ante uno de los estados de máxima vulnerabilidad del ser humano: la enfermedad.

Como señala Jaspers (1989, p.59), la vulnerabilidad es inherente al ser humano, ya que: *“De todo lo viviente, el hombre es el único que sabe su finitud”*, finitud que, precisamente, es la que nos convierte en seres vulnerables. Sin embargo, la finitud del ser humano no es la que determina el aumento de la vulnerabilidad ante los procesos de enfermedad. Torralba (2010), reflexiona acerca de la relevancia de la enfermedad, y el impacto que tiene ésta sobre la persona que la padece. La voluntad se ve debilitada y por tanto impide la realización de nuestra libertad, y como consecuencia, propicia la toma de decisiones equivocadas, decisiones que no habríamos tomado en el caso de encontrarnos en una situación de salud.

Durante mi proceso de enfermedad fui muy consciente de esta vulnerabilidad, motivo que me llevó a replantearme mi futuro profesional. Este replanteamiento nunca fue acerca de la elección de la carrera profesional, sino sobre el modo en que la había aplicado hasta ese momento

1.2 Reviviendo la profesión

Obviamente, esta experiencia determinó que volviera a desempeñar mi profesión. Mi visión sobre el cuidado de enfermería cambió completamente. Lo que hasta entonces había sido prioritario para mí, tanto en mi vida profesional como en la personal, pasó a un segundo plano. Una de las primeras cosas que hice fue visitar a pacientes que estaban

pasando por la misma enfermedad que yo para darles esperanza⁵. Quería animarlos, que pudieran preguntarme acerca de mi experiencia y, en la medida de lo posible, que la información que yo les pudiera ofrecer les diera ánimo para afrontar su situación o aliviar alguno de sus miedos.

Además, aumenté el modo de preservar la intimidad de los pacientes, que tan importante había sido para mantener mi dignidad como persona. Si hasta ese momento ya procuraba respetarla al máximo, a partir de mi experiencia se convirtió en una obsesión el salvaguardar la exposición física, tanto de mis pacientes como de los de mis compañeras.

En definitiva, a partir de ese momento cambió mi modo de atender a mis pacientes, gracias a una evolución positiva de mi ética personal y profesional. Me di cuenta que entendía mejor que antes la urgencia, el dolor, el sufrimiento, la vulnerabilidad y la vergüenza, entre otras emociones.

Sin embargo, no dejaba de producirme cierta tristeza que hubiese tenido que encontrarme como paciente para mejorar en la práctica de mi cuidado y valorar con una mayor objetividad los aspectos que ayudan o limitan su bienestar durante el ingreso hospitalario. Otro de los aspectos que también cambió en mí fue la relación con mis propias compañeras, a las que siempre estaré eternamente agradecida. Me di cuenta de que el buen ambiente que había entre ellas también había influido de manera positiva durante mi ingreso, y que el día que no estaban y me atendían compañeras que no conocía de nada, la relación y el interés que ponían no era el mismo.

En cuanto a mi relación con los pacientes, podría decir que mi empatía aumentó. Me implicaba más con la situación del paciente, con los sentimientos y miedos que su enfermedad le originaba.

Años más tarde, alrededor de 15 años, una supervisora que había tenido durante los primeros años de mi reincorporación laboral me pidió que me fuera a trabajar con ella a un hospital que iba a abrir sus puertas en breve. Me dejó claro que no quería mis conocimientos, sino mis valores hacia mi profesión y hacia mis compañeros, y me ofreció

⁵ En el año 1992 el índice de supervivencia a este tipo de enfermedades era baja. Conocer a otras personas que habían conseguido salir adelante era un estímulo para luchar a pesar de todos los inconvenientes que iban surgiendo por el camino.

llevar unas especialidades en las que no tenía conocimientos, para las cuales me tuve que formar una vez acepté el cambio.

Me costó salir de mi zona de confort, pero uno de los motivos que más pesó en el cambio, junto con la ilusión del progreso profesional, era la posibilidad que me brindaba pertenecer al equipo de dirección de enfermería, de cambiar situaciones que siempre me había cuestionado desde mi puesto de enfermera de base. ¿Por qué las supervisoras a veces eran tan distantes y mostraban favoritismos por algunas compañeras, sin que hubiera un motivo justificado para ello, creando malestar en los equipos de trabajo? ¿Por qué no se podían hacer excepciones ante una situación determinada de un paciente? ¿Qué se podría hacer desde el puesto de supervisión para mejorar el servicio y la atención de enfermería? ¿Había alguna posibilidad de que la supervisión ejerciera un papel conciliador y no inquisitivo?

Todas estas preguntas volvieron a resurgir en mi interior, lo cual afianzó la decisión de cambiar mi rol profesional por el de gestora con la ilusión de empezar un nuevo proyecto. De este modo podría ejercer mi visión de la enfermería desde un punto de influencia y de ejemplo para otros profesionales.

Esta tarea no ha sido fácil y aún quedan muchos aspectos que mejorar tanto en la práctica de la profesión como en mi propio ejercicio personal. Pero debo reconocer que solo el hecho de ver que, cuando entro en una habitación, las personas que están atendiendo al paciente lo cubren y resguardan su desnudez, me siento satisfecha.

Por otro lado, intenté cambiar la relación con mi equipo, haciéndolo participe de los éxitos y los fracasos, pero intenté hacerles saber que me sentía orgullosa de trabajar con ellos, algo que nunca había hecho nadie conmigo. Espero haberlo conseguido.

1.3 Proceso de maduración durante el Trabajo Fin de Máster (TFM)

Se podría decir que, hasta este momento de mi vida, el interés que podía haber suscitado en mí el tema de los valores era una inclinación u opción personal.

En un afán de continuar mi formación y mejorar mis competencias, en 2011 tomé la decisión de iniciar un máster de investigación. Decidí cursar el Máster de Ciencias de la

Enfermería⁶, mediante el que pude desempeñar mi profesión desde el mundo académico⁷.

Coincidiendo con la realización del máster, la institución empresarial para la que entonces trabajaba solicitó a la universidad la creación de un curso sobre el pensamiento crítico en enfermería⁸. Con posterioridad también realicé esta formación.

Durante la orientación y elección del tema del TFM, desde la propia universidad se me propuso realizar un trabajo de investigación para mi institución centrado en el pensamiento crítico.

En un principio, desde mi posición de gestora tenía en mente realizar un proyecto en el que fuera posible estudiar el impacto de la humanización de la supervisión en los equipos de trabajo, por lo que me encontré ante un dilema: podía persistir en mi idea inicial y ver si todos los esfuerzos invertidos en llevar a cabo otro estilo de liderazgo tenían algún tipo de repercusión positiva o, por el contrario, aceptar la propuesta e investigar sobre un tema que era relevante para mi institución y con la que me sentía agradecida por la oportunidad de poder realizar el máster dentro de mi horario laboral.

Necesitaba sentirme identificada con el tema que iba a investigar, por lo que inmediatamente me interesé por los contenidos que se iban a tratar durante el curso de pensamiento crítico. Mi sorpresa fue inmensa al darme cuenta de que su eje central era la práctica de los valores profesionales en enfermería, un tema íntimamente relacionado con la competencia humanística del cuidado y en el que quedaba incluido, hasta cierto punto, el tema que me había planteado inicialmente.

Una vez tomada decidido el tema a investigar, esperé a la realización del curso para valorar qué opciones me ofrecía, así como las posibles preguntas que darían lugar al proyecto del TFM y a la bibliografía a revisar, la cual me situaría ante el estado de la cuestión.

⁶ Cursado en la universidad Internacional de Catalunya (UIC), donde actualmente realizo los estudios de doctorado a la par que formo parte del cuerpo docente del Departamento de Enfermería. Esta universidad también está sedimentada en la tradición cristiana, al igual que la UNAV.

⁷ Se me ofreció la oportunidad de colaborar en el *practicum* de enfermería de la UIC mientras cursaba el primer curso del máster.

⁸ He considerado oportuno resguardar la identidad de las instituciones que han tenido relación con mi vida laboral ya que son parte de la investigación y, por tanto, preservo de este modo el anonimato debido.

Como he mencionado anteriormente, las preguntas que se generaron entonces fueron muchas y desde los distintos paradigmas de la investigación. Sin embargo, el hecho de que, entre mis funciones como Supervisora, asumiera la docencia y la formación continuada de mi institución, acabó de marcar el carácter que le iba a dar a mi proyecto de investigación, que dio como fruto el inicio de mi tesis doctoral.

Para ello, inicié la revisión de planes de formación continuada en varios hospitales ubicados en la provincia de Barcelona, los cuales fueron facilitados por las distintas instituciones a modo personal⁹.

El análisis de estos planes puso de manifiesto que, dentro del marco de la formación continuada ofertada por las propias instituciones hospitalarias, no es fácil encontrar formación específica para enfermería que recuerde la importancia del cuidado humanizado a través de los Valores Profesionales, siendo predominante la formación de tipo biomédico (Tabla 1).

Tabla 1

Planes de formación continuada que incluyen valores en la provincia de Barcelona

<u>Provincia</u>	<u>Planes Revisados</u>	<u>Formación Valores Profesionales</u>
Barcelona	8	2

Fuente: Elaboración propia

⁹ Se ha respetado la voluntad de las instituciones de preservar su anonimato, tanto del nombre de la institución como de las acciones que se ofertan dentro de su plan de formación continuada. Se obtuvieron gracias a la colaboración de compañeras que conocía en estos hospitales, solicitando la colaboración a los profesionales referentes de formación de los mismos.

Esta predominancia de la formación biomédica por encima de la humana puede ser debida, tal como indican Fajardo Trasobares y Germán Bes (2004), a que los cuidados técnicos relacionados con los tratamientos médicos adquieren una mayor relevancia y una mayor valoración con respecto a los cuidados invisibles, los cuales son esenciales e imprescindibles y que, justamente, son los que desarrollan los profesionales de enfermería.

Ante la crisis económica que se está viviendo en la actualidad, los órganos directivos de las instituciones hospitalarias se ven en la necesidad de medir con total exactitud cualquier inversión que se realiza. Por tanto, se considera interesante poder mostrar qué cambios se pueden introducir para mejorar la percepción de los pacientes, usuarios de los servicios hospitalarios y, como consecuencia inmediata, aumentar la calidad del cuidado proporcionado.

A través de la revisión bibliográfica realizada y que será expuesta en el próximo capítulo, queda confirmada la estrecha relación entre el cuidado humanizado (conseguido a través de la formación en valores, dentro de los planes docentes de los estudios de grado de enfermería) y el aumento en la percepción de la calidad del cuidado, tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales.

En vistas de esta situación/panorama, surgió la pregunta de esta investigación:

¿Es necesario incluir, dentro de los planes de formación continuada de los profesionales de enfermería, una formación en valores profesionales?

Así mismo, tal y como se explicará con mayor detalle en el apartado de metodología, surgieron otras preguntas:

- ¿Qué conocimiento tienen los profesionales de enfermería acerca de los valores profesionales?
- ¿Qué valores incorporan los profesionales de enfermería en la práctica del cuidado?
- ¿Qué percepción tienen los profesionales de enfermería acerca del cuidado que ofrecen a sus pacientes?
- ¿A qué tipo de práctica del cuidado dan más valor los pacientes?
- ¿Qué percepción tienen los pacientes del cuidado recibido?

Con el fin de poder dar respuesta a todas las preguntas que surgieron, se decidió explorar el tipo de cuidado que se ofrece hoy en día en el marco de las unidades de hospitalización, así como valorar la necesidad de inclusión en los planes de formación continuada de las instituciones sanitarias de la formación específica en valores profesionales.

Se valoraron las acciones que sería necesario llevar a cabo para la obtención de las preguntas anteriores, así como el tipo de paradigma desde el que sería más adecuado abordar el objeto de la investigación¹⁰.

Para ello se concretaron las siguientes actividades a realizar por el investigador:

- Observación participante en unidades de hospitalización.
- Recogida de la información más relevante mediante anotaciones en un diario de campo.
- Realización de entrevistas a profesionales de enfermería que facilitaran el conocimiento de la práctica profesional.
- Realización de entrevistas a los pacientes a cargo de las enfermeras que consintieran participar en el estudio, con el propósito de complementar la información recogida desde la perspectiva del paciente.

En los próximos capítulos se procederá a desgranar cómo fue este proceso de planificación y de recogida de información, así como el análisis de los datos obtenidos con la finalidad de obtener respuestas a las preguntas formuladas.

¹⁰ Este punto será tratado ampliamente en el apartado de metodología.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

Introducción

En toda investigación es necesario que la literatura fundamente el tema de interés escogido. Profundizar en el conocimiento previo acerca de los valores profesionales es imprescindible para que el lector se sitúe y entienda la relación que existe entre estos y el cuidado de excelencia, que es al que deben aspirar todos los profesionales en el momento de brindar cuidado a las personas.

En este capítulo se han integrado los resultados de la revisión de la bibliografía y el marco teórico empleado para dar soporte a la investigación.

Para ello, nos adentraremos en el concepto de valor y en su evolución a lo largo de la historia del cuidado para finalmente centrarnos en la relevancia que posee en la actualidad. Una actualidad que da gran relevancia a los avances tecnológicos, lo que obliga a todos los profesionales de enfermería a una necesidad de actualización constante.

Abordaremos, de forma general, el motivo por el que numerosas investigaciones, tienen como objetivo el estudio de los valores profesionales, su evolución y su adquisición por los profesionales a lo largo de trayectoria profesional.

Así mismo, se pondrá en contexto tanto la necesidad social de una humanización de la enfermería como el nacimiento de teorías enfermeras y guías de conductas profesionales para ayudarles a desenvolverse en el ámbito sanitario de la forma que se espera de ellos, por el simple hecho de llamarse enfermeras¹¹.

Han sido tan numerosos los estudios encontrados que hacen referencia al estudio de los valores profesionales que ha resultado complicado organizarlos y agruparlos según la relevancia de su contenido. Igualmente ha sido difícil la decisión de excluir determinadas referencias, todas ellas interesantes, pero que hubieran dado lugar a un debate más amplio del que se pretendía, focalizando así el tema de la bibliografía en aquella que se

¹¹ Se hará referencia al término enfermera, en femenino, para designar a cualquiera de los géneros, masculino o femenino, pertenecientes a los profesionales de enfermería.

ha considerado relevante para dar respuesta a los objetivos y preguntas de esta investigación.

El esquema seguido en este capítulo ha sido el siguiente:

1. Conceptualización de los valores.
2. Relación del cuidado de enfermería y de los valores profesionales según la American Association Colleges of Nursing.
3. El modelo de Jean Watson como expresión de un cuidado basado en valores.

Es preciso destacar, del mismo modo, que la búsqueda de la bibliografía que se ha utilizado para contextualizar la investigación doctoral, si bien se inició en el momento de la realización del TFM, no se ha detenido hasta la redacción final de esta tesis.

2.1 Conceptualización de los valores

La palabra valor proviene del latín *valor-valoris*, cuyo significado, según la Real Academia Española, viene definido como el grado de utilidad o aptitud que poseen las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar (Diccionario de la lengua española, 2016). Es un concepto abstracto que, según Diego Gracia (2013), ha ido sufriendo un deslizamiento semántico que conviene tener en cuenta, especialmente, en el discurso sanitario.

Tal como explica Gracia (2013), la concepción clásica del término valor era una entidad o realidad objetiva de las cosas, noción que, a finales del siglo XVIII, quedó relegado al orden subjetivo, puesto que el lugar de lo objetivo pasó a ser ocupado por el hecho científico. Este proceso de cambio convierte al valor en mero instrumento al servicio de un fin que puede llamarse placer, bienestar o felicidad.

Estudios acerca del concepto de valor o de los valores en general lo definen en la actualidad como los ideales o las creencias que los individuos y grupos sociales mantienen (Glen, 1999; Altun, 2002) y que se reflejan en actitudes individuales. Así mismo, se puede decir que son realidades de carácter constructivista y hermenéutico, es decir, construcciones humanas con carácter subjetivo, social, cultural e histórico que dan sentido a las cosas, a las actividades (Campos Pavone Zoboli y Cabral Schweitzer, 2013).

La adquisición de estos valores se inicia durante la niñez, pero no únicamente, ya que se aprenden a lo largo de toda la vida. Este aprendizaje y su desarrollo se realiza de forma

gradual a través de la influencia de la cultura, la familia, la religión, la sociedad y la raza (Blais, Hayes, Kozier y Erb, 2006) y puede ocurrir a través de la observación o desde la enseñanza (Leners, Roehrs y Piccone, 2006).

Fronzizi, en 1986, afirmaba que los valores se pueden adquirir libremente durante la socialización de los individuos y que estos únicamente existen en función de que haya algún sujeto que los valore y crea en ellos. Son las relaciones familiares las primeras relaciones interpersonales y, por tanto, uno de los medios en los que la persona inicia su primer periodo de formación en valores.

Watson (2005), así mismo, también cree que los valores se aprenden a lo largo de la vida, empezando en la niñez y haciendo que las personas se comporten de una manera u otra a la hora de relacionarse con los demás, bien sea en el ámbito personal o en el laboral.

Durante los últimos años, y como consecuencia de la compleja realidad existente en el mundo cambiante en el que se encuentra inmerso el ser humano, el concepto de valor se ha ido adaptando a las necesidades originadas por los cambios, fundamentalmente de las costumbres, las cuales han dado lugar a un cambio en el sistema de valores (Castro Solano y Nander, 2006).

Este hecho ha conllevado que el concepto de valor y su significado se haya abordado desde distintas perspectivas, entre ellas la sociológica, la psicológica o la antropológica, tal como en su momento planteó Ross (2001), siendo la axiología la rama de la filosofía que tiene como objeto el estudio de su esencia y, por tanto, de la naturaleza de los valores.

No existe una clasificación única para los valores, sino que a lo largo de la bibliografía estudiada se pueden encontrar distintos autores (Fronzizi, 1972; Rokeach, 1973; Marín Ibáñez, 1976) que establecen diferentes modos de jerarquizarlos. Sin embargo, sí existe una característica común a todos ellos: incluyen en sus clasificaciones los valores éticos, los cuales se han diferenciado entre valores humanos o morales y valores profesionales.

2.1.1 Valores humanos o morales

Se entiende por valores humanos (Schwartz, 1996) aquellos en los que se fundamenta la conciencia humana y que están presentes en todas las filosofías y religiones. Entre sus características se encuentran las siguientes:

- Son inherentes a la condición humana.
- Liberan al ser humano de su individualidad.
- Enaltecen a la persona.
- Dignifican la vida.

Tradicionalmente, se han definido los valores humanos como aquellos que son acordes con la guía interior o conciencia y que son compartidos socialmente. Así mismo, se traducen en actitudes que rigen la vida de las personas (Schwartz, 1996), y por tanto son una guía e influencia en las actitudes y comportamientos propios del ser humano. Entre ellos se pueden identificar la igualdad, la justicia y la solidaridad.

2.1.2 Valores profesionales

En el marco de una profesión, se identifican los valores profesionales (*American Association of Colleges of Nursing*, 1986; Glen, 1999; Altun, 2002; Martin, Yarbrough y Alfred, 2003) como los estándares de acción que son representativos de un grupo profesional, los cuales marcan un determinado comportamiento y le confieren un valor a la profesión. De modo que, tal como afirman Campos Pavone Zoboli y Cabral Schweitzer (2013), constituyen ejes en torno a los cuales giran las actividades y la posibilidad de alcanzar la excelencia profesional.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta, tal como afirman López-Pereira y Arango-Bayer (2017), que los valores a nivel profesional son reflejados por cada individuo de diferentes modos en función de su experiencia, intereses y capacidades. Motivo por el que no existe una uniformidad de aplicación entre los profesionales de un determinado colectivo, y concretamente dentro de la enfermería.

Entre estos valores, relacionados directamente con la profesión, se encuentran la empatía, la responsabilidad y la compasión.

2.2 Cuidado de enfermería y valores profesionales

Trasladando este concepto de valores profesionales al ámbito de la enfermería, se debe tener en cuenta que estos determinan el desarrollo moral de los profesionales que la practican y marcan las bases para un cuidado orientado desde la ética (Lin, Wang, Yarbrough, Alfred y Martin, 2010), por lo que se podría afirmar que constituyen la identidad profesional debido a que son un referente en el comportamiento dentro del ámbito de la práctica del cuidado (Díaz Flores, Castro Ricalde y Cuevas Jaimes, 2012).

Distintas organizaciones a nivel internacional (American Association of Colleges of Nursing, 1986; Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería, 1988; American Nurses Association, 2001; Consejo Internacional de Enfermeras, 2005), han hecho de estos valores profesionales, las bases del cuidado a nivel profesional, convirtiéndolos de este modo en un elemento identitario de la enfermería.

Debido a que los valores se aprenden, es de vital importancia que los estudiantes de enfermería los estudien y los asimilen, puesto que se consideran de gran relevancia para el futuro de la profesión debido a que determinarán las decisiones que tomen como profesionales durante la práctica del cuidado (Weis y Schank, 2000). Es, en el acto de tomar una decisión, cuando la persona tiene la oportunidad de mostrar aquello que ha aprendido y en lo que cree (Leners, Roehrs y Piccone, 2006).

Tal como afirma Watson (2005), es en el ámbito de las relaciones interpersonales donde las personas tienen la oportunidad de aprender y poner en práctica aquellos valores propios de la profesión.

Para Watson (2005), al igual que para otros autores (Leininger, 1991; Morse, Bottorff, Neander et al., 1991; Weis y Schank, 2009; Schmidt, 2015) el cuidado es la esencia de la enfermería y como consecuencia el valor fundamental de la profesión. Por lo que los valores que lo sustentan pueden ser vistos como una dimensión del propio cuidado.

A través de la revisión de la literatura acerca de la historia de la enfermería (Hernández Conesa, 1995; García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001), se puede encontrar un constructo común a toda ella: el cuidado. Durante la práctica del cuidado tiene lugar el momento en que se establecen con mayor intensidad las relaciones interpersonales, motivo por el cual se sitúa como la principal protagonista de la práctica enfermera, obteniendo un valor y significado diferente, según la evolución de la sociedad en sí misma (García Martín-Caro y Martínez Martín 2001).

Una de las etapas históricas que más ha influido en la transformación del sistema de valores de enfermería es la etapa técnica de los cuidados, que tiene como punto de partida la Revolución Industrial. Este acontecimiento marcó un nuevo modo de entender y estudiar el cuidado mediante el que se le otorgó un significado y una relevancia distinta de la que había tenido hasta ese momento. Si hasta ese momento la sociedad esperaba de las enfermeras una actitud maternal, es a partir de la Etapa Técnica de los cuidados cuando la profesión se desarrolla al amparo del progreso científico-tecnológico. Esto produce un cambio en el modo de cuidar, en el que se le dará más importancia a los procesos de enfermería sustentados en las nuevas tecnologías en vez de a la atención integral del paciente tal como era hasta el momento. Este hecho implica que tareas como la toma de constantes vitales, las técnicas de las curas o la administración de medicamentos pasaran a adquirir mayor importancia (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001; Marriner Tomey y Allgood, 2007).

Coincidiendo con el auge del uso de los nuevos avances tecnológicos, se inicia la aparición de teorías de enfermería humanistas como las de Leininger o Watson (Marriner Tomey y Allgood, 2007) entre otras, que recuperan la necesidad y la importancia de un cuidado humanizado teniendo en cuenta la ética y los valores para ofrecer un cuidado de calidad a las personas.

La propia Watson (Marriner Tomey y Allgood, 2007) enfatiza tanto los valores del cuidado como la necesidad de formarse por parte de los profesionales de enfermería, los cuales están obligados a aplicar con la mayor calidad la tecnología utilizada durante sus cuidados. La utilización de las nuevas tecnologías, sin embargo, no debería ir en detrimento de la relación enfermera-paciente durante la práctica del cuidado. Es en esta interacción terapéutica donde es exigible la presencia de los valores profesionales.

2.2.1 Valores en la historia del cuidado

Para encontrar el origen del cuidado es necesario que nos remontemos hasta el origen de la historia de la humanidad. Desde entonces, ya se encuentran muestras evidentes de la preocupación por el cuidado del cuerpo por parte de las distintas civilizaciones. Mientras que para unas se asociaba el cuidado a un estado de salud y felicidad, para otras obtenía un significado de armonía y vida saludable (Martins, 2008).

Por tanto, el cuidado forma parte de la humanidad desde el principio de los tiempos, como una necesidad tanto del cuidar como del ser cuidado (Arenas, 2006).

La importancia de incorporar valores a la práctica del cuidado responde por una parte a la naturaleza antropológica del cuidado, y por otra parte a la consideración de ciencia práctica atribuida a la enfermería (Medina, 2005).

El estudio del cuidado se ha llevado a cabo a través de distintas perspectivas, siendo la filosófica una de las que más importancia ha adquirido. No se puede hablar del cuidado como algo ajeno a los seres humanos, sino que el hombre forma parte de él con él da sentido a su existencia (Ramió Jofre, 2005).

El estudio del concepto del cuidado muestra que pasó por distintas fases. García Martín-Caro y Martínez Martín (2001) estudiaron las diferentes etapas por las que ha pasado el cuidado enfermero basándose en la clasificación ya definida por Collière:

- Etapa **doméstica**, caracterizada por ser la mujer desde el hogar la responsable del cuidado. Este cuidado se distingue por estar encaminado hacia el mantenimiento de la vida, haciendo frente a las adversidades del contexto, procurando una vida más agradable con la ayuda de la higiene, la alimentación y el vestido, contempladas hoy en día dentro de las llamadas “necesidades básicas de cuidado”. Esta etapa cuidadora se encuentra reflejada en los papiros, que son los primeros documentos escritos por la humanidad (Hernández Conesa, 1995). El de Ebers (1550 a.C.) es junto con el de Hearst (1550 a.C.), Ramesseum (1950 a.C.) y el de Smith (1500 a.C.) uno de los más conocidos. Es en esta etapa cuando el cuidado adquirirá un valor como fuente de supervivencia del ser humano.
- Etapa **vocacional**, que surge con la aparición del cristianismo y dura hasta el final de la Edad Moderna. En ella se le da un nuevo significado al cuidado: un valor espiritual, puesto que surge la idea de enfermedad y sufrimiento como Gracia del Todopoderoso, y la enfermedad como sanadora del alma a través del sacrificio (Hernández Conesa, 1995). De esta idea surge un concepto de cuidado relacionado con las actitudes a mostrar y mantener durante la acción del cuidado. Aparece la idea de mujer consagrada (Collière, 1993), que centra su vida en la oración y en la dedicación a los demás a través del cuidado. Durante esta etapa no se precisan conocimientos teóricos para el ejercicio del cuidado, puesto que los procedimientos que se llevaban a cabo eran muy sencillos, únicamente se requería formación religiosa. Lo importante eran las actitudes hacia los enfermos y necesitados.

- Etapa **tecnológica**, que se inicia lentamente desde el Renacimiento. La medicina centra su conocimiento en la búsqueda de las causas que producen las enfermedades y el modo de tratarlas. Centra su paradigma en la salud como ausencia de enfermedad. A su vez, se produjo un incremento de la tecnología y del instrumental utilizado, lo cual acrecentó la complejidad de los cuidados. Esto conllevó la necesidad de delegar, por parte de los médicos, funciones que hasta la fecha habían desempeñado ellos mismos. La necesidad de unos cuidados más especializados marcó el inicio de la profesionalización de los cuidados de enfermería, que a su vez tienen como referente a Florence Nightingale (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001). Es con la aparición de este paradigma científicista, con el que la persona pierde su identidad como fin en sí mismo y se instrumentaliza como un medio, cayendo de esta manera en un reduccionismo antropológico (Szczeklik, 2010).
- Etapa **profesional**, durante la cual España adquiere una mayor relevancia durante la segunda mitad del siglo XX con la aparición de los Ayudantes Técnicos Sanitarios¹² (ATS). Surge entonces un nuevo concepto de salud, en la que deja de ser entendida como la ausencia de enfermedad para pasar a comprenderse como el equilibrio entre los individuos y su ambiente (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001). El impacto moral de la segunda guerra mundial coincide con el desarrollo de las ciencias humanas y el paradigma interpretativo, donde el sujeto recupera protagonismo. En el ámbito de la enfermería, el nuevo paradigma se manifiesta en las teorías de Watson, Leininger, Rogers o Parse, entre otros, en las cuales el eje vertebrador es el cuidado centrado en el paciente (Kérouac et al, 1996).

Durante este periodo de auge tecnológico, se han incorporado nuevas tecnologías en el ámbito sanitario tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Se ha dado una mayor importancia a los medios que se han utilizado para diagnosticar y curar que al modo en que se ha percibido el cuidado por parte de los pacientes, así como al modo de llevarlo a la práctica por parte de los profesionales. Es por ello que Szczeklik (2010) siente la necesidad de recordar que, en determinadas ocasiones, las palabras ayudan a sanar donde las medicinas fallan.

¹² Nombre por el que son conocidos los primeros profesionales de la enfermería, según la denominación que les adjudicó la antigua Ley de Sanidad Española de 1986.

Sin embargo, no se puede olvidar que el punto de partida del cuidado de enfermería es el paciente y, por tanto, el ser humano (Raatikainen, 1989), motivo por el que es considerado de gran valor aquello que favorece el mantenimiento y la preservación de la salud.

Raatikainen (1989) afirma que tanto la tecnología como la especialización de los profesionales han favorecido un incremento en la eficiencia de los resultados en salud. No obstante, enfatiza el hecho de que se pueda dar una mayor relevancia a la monitorización del equipo técnico en detrimento de las relaciones humanas propias del cuidado de enfermería. Así mismo, destaca que esta identificación de la tecnología como mejora de los resultados puede llevar a una visión parcializada del paciente, a no ser que los equipos trabajen en estrecha colaboración, proporcionando una visión holística e integrada en un todo respecto al paciente.

2.2.2 Valores profesionales de enfermería

Con anterioridad se han definido los valores profesionales como las actitudes y comportamientos que caracterizan a un mismo grupo profesional. Por tanto, en el momento en que la enfermería se convierte en una profesión surge la necesidad de definir los valores profesionales que van a guiar la actuación de los profesionales que la componen.

Con esta finalidad, la American Association of Colleges of Nursing (AACN, 1986) planteó, por primera vez, aquellos valores que consideró necesarios y representativos del colectivo de enfermería. Los enumeró y los definió del siguiente modo:

- **La estética:** expresión personal armónica, interés por las cosas amables.
- **El altruismo:** interés por el bien ajeno, aún a costa del bien propio.
- **La igualdad:** capacidad para identificarse con los demás, considerándolos semejantes y con los mismos derechos.
- **La libertad:** libre determinación de la capacidad de elección y selección que tiene un individuo, la cual presupone un compromiso consigo mismo y con los demás.
- **El respeto a la dignidad humana:** consideración, deferencia y atención en el trato hacia el otro, que merece ser reconocido y estimado.
- **La justicia:** actitud moral o voluntad decidida a dar a cada uno lo que se suyo. Es la virtud de la equidad, de la medida, la igualdad y el orden.
- **La verdad:** nitidez y claridad en juicios y razonamientos

- **La prudencia:** saber actuar con tacto, cautela, prevención y moderación.
- **La discreción:** guardar lo que pueda hacer daño a otro.
- **La tolerancia:** consideración hacia la manera de ser, obrar y pensar de los demás, aunque sea contraria a la propia.
- **La responsabilidad personal y profesional:** capacidad de sentirse obligado a dar una respuesta o a cumplir un trabajo sin presión externa alguna. Responder por los actos propios y de otros.
- **El cuidado y la salud:** esmero y atención para fomentar, prevenir, evitar el deterioro y recuperar el estado óptimo que permita al individuo ejercer todas sus funciones.

Estos valores profesionales descritos fueron asociados a unos comportamientos y a unas determinadas actitudes, las cuales hacen posible su evaluación bien sea a través de una metodología cualitativa o cuantitativa (Tabla 2).

Los valores profesionales definidos en el año 1986 fueron revisados y actualizados en 1998 y en 2008. En esta revisión se reconocían, al igual que hiciera la ANA en 2001, unos valores esenciales de imprescindible cumplimiento por todos los profesionales de enfermería. Estos valores han sido considerados esenciales en el desempeño de la profesión debido a que son los únicos que se han considerado inamovibles en la práctica de la enfermería, indistintamente de la cultura o religión del profesional que los ponga en práctica.

Tabla 2

Valores, actitudes y conductas profesionales

(American Association of Colleges of Nursing, 1986)

VALORES	DEFINICIÓN	ACTITUD	CONDUCTAS PROFESIONALES
Estéticos	Proporcionar bienestar	Creatividad	Adaptar el ambiente
		Sensibilidad	Crear ambiente de trabajo agradable
		Apreciación	Proyectar una imagen positiva del cuidar
Altruistas	Involucrarse en el bienestar de otros	Compasión	Prestar toda la atención
		Compromiso	Incorporar tendencias sociales en el cuidar
		Ayuda	
Igualdad	Mismos derechos	Aceptación	Proporcionar cuidados basados en las necesidades individuales
	Mismos privilegios	Tolerancia	Expresar ideas sobre el acceso a recursos
		Asertividad	
Libertad	Capacidad de ejercer la opción	Confianza	Licencia de la persona a negarse al tratamiento
		Independencia	Soporte en el diálogo durante problemas en la profesión
		Autodisciplina	
		Autonomía profesional	
Dignidad humana	Valor inherente y singular de toda persona	Humanidad	Derecho a la privacidad
		Respeto	Confidencialidad de la persona
		Consideración	
Justicia	Principios legales y morales	Objetividad	Actuar como abogado al asignar recursos con justicia
		Integridad	Informar sobre prácticas incompetentes
Verdad	Fidelidad al hecho	Autenticidad	Documentar con comprensión y honestidad
		Responsabilidad	Obtener datos suficientes
		Honestidad	Informar del cuidado

Tras la actualización de los valores esenciales por la AACN en 2008, se establecieron los siguientes (Tabla 3):

1. **Altruismo:** valor que guía al profesional a preocuparse por el bienestar de los demás a través del cuidado, el compromiso, la compasión y la perseverancia. Todo ello manifestado a través de la comprensión de las diferentes culturas y creencias, la defensa de los pacientes en – particular de los más vulnerables-, la tutorización de estudiantes de enfermería y de la asunción de riesgos acerca del comportamiento de pacientes y compañeros.
2. **Autonomía:** definida como el derecho a la autodeterminación y la capacidad de ejercer la opción a través de la confianza, la esperanza, la autogestión o la autodisciplina, entre otras actitudes. Se indican, entre otros ejemplos de su práctica, la realización de los planes de cuidado en colaboración con el paciente, el amparo del derecho de los pacientes y sus familias a tomar sus propias decisiones en las cuestiones referentes a su cuidado, facilitando la información necesaria para que esta elección se pueda realizar en base a un criterio informado.
3. **Dignidad humana:** significa el respeto debido e inherente hacia el paciente por el hecho de ser un ser humano, lo cual le confiere el valor característico de ser único como individuo. Este respeto es un derecho tanto del paciente como de la sociedad. Para ello, los profesionales deben proteger la privacidad y la confidencialidad de los pacientes que atienden, así como de sus compañeros de trabajo, dirigirse a ellos del modo que más les agrade, mostrar respeto por sus colegas o planificar cuidados culturalmente competentes.
4. **Justicia social:** utilización de los principios morales o legales que promueven un trato justo. Entre las actitudes y cualidades que debe mostrar el personal de enfermería para llevar a la práctica este valor entre sus pacientes, podemos encontrar el coraje, la objetividad, la aceptación, el cuidado de la autoestima o la equidad. Algunos de los comportamientos que reafirman estas actitudes pueden ser: la distribución justa de los recursos, el trato igualitario a los pacientes, sin importar sus características personales o conductas anteriores, o una interacción no discriminatoria hacia otros proveedores.

5. **Integridad:** descrita como la fidelidad al hecho o a la realidad rindiendo cuentas de lo realizado de manera honesta, con racionalidad, minuciosidad y reflexividad. Para ello los profesionales de enfermería deberían realizar, entre otras actividades, la documentación al detalle y con veracidad de sus registros, incorporando los principios éticos de su código deontológico durante la práctica del cuidado, y enmendar los errores realizados por ellos o por los demás, así como esforzarse en dar a conocer las competencias de enfermería a aquellos individuos que puedan estar en posesión de información errónea sobre la profesión.

Trasladando los valores profesionales a la práctica del cuidado, no se puede obviar que los propios valores y creencias morales de cada persona están inmersos en el proceso de cuidar (Arenas, 2006) y que, asimismo, deben respetarse los de la persona cuidada mediante la aplicación del principio de autonomía. Sin embargo, autores como Badcott (2011) o la misma AACN (2008) afirman que debería existir una congruencia entre los valores personales de cada profesional con los propios de la profesión. Esta afirmación ha generado un debate acerca de si, actualmente, las enfermeras están poniendo en práctica los valores de la profesión, así como sobre la necesidad de una congruencia de estos con los valores personales.

En el caso de las instituciones hospitalarias, son los valores o misión de las mismas los que definirán el modo de trabajar en la organización. En función de los valores que prevalezcan en la cultura organizacional, el modo de entender el cuidado variará desde un estilo biomédico a un estilo humanista. No obstante, no cabe duda del gran beneficio para la satisfacción y la salud de los trabajadores que aporta la existencia de una congruencia entre los valores de la organización y los personales de los trabajadores (Brown, Lindell, Dolansky y Garber, 2014).

En la enfermería, son los valores profesionales los que confieren el carácter humanista a la profesión. Estos mismos influyen en la habilidad de resolver y priorizar las situaciones. Por tanto, si los valores ayudan a humanizar el cuidado, podría ser necesario que se deban incluir en el marco de la formación, tanto en la de los nuevos profesionales como en la de los que ya poseen una larga trayectoria.

Estos valores profesionales, tal como señalan Scammell y Tait (2014), deberían enfocarse hacia el servicio a los pacientes y compañeros de trabajo, de modo que respeten su humanidad y se conviertan en un modo de ser, más que en una guía a seguir.

Tabla 3
Valores esenciales de enfermería
(American Association of Colleges of Nursing, 2008)

VALORES ESENCIALES	ACTITUDES Y CUALIDADES PERSONALES	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
<p>ALTRUISMO Preocupación por el bienestar de los demás</p>	<p>Cuidado Compromiso Compasión Generosidad Perseverancia</p>	<p>Demuestra comprensión de culturas, creencias y perspectivas de los demás. Defensores de clientes, particularmente los más vulnerables. Toma riesgos en nombre de clientes y colegas. Mentores de otros profesionales.</p>
<p>AUTONOMÍA Derecho a la autodeterminación Capacidad de ejercer la opción</p>	<p>Confianza Esperanza Independencia Apertura Autogestión/ Autodisciplina</p>	<p>Planes de cuidado en colaboración con los clientes. Honra el derecho de los pacientes y familias a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. Proporciona información, por lo que los pacientes pueden tomar decisiones informadas.</p>
<p>DIGNIDAD HUMANA Respeto por el valor inherente y la singularidad de los individuos y la sociedad</p>	<p>Consideración Empatía Humanidad Amabilidad Respeto Confianza</p>	<p>Protege el derecho a la privacidad del individuo. Se dirigen a los individuos como ellos prefieren. Mantiene la confidencialidad de clientes y personal. Trata a otros con respeto, sin importar antecedentes o características personales. Muestra respeto por los compañeros. Diseña y provee cuidado culturalmente competente.</p>
<p>JUSTICIA SOCIAL Utiliza los principios morales y legales para promover el trato justo</p>	<p>Valor Objetividad Aceptación Asertividad Equidad Autoestima</p>	<p>Actúa como defensor de la salud para fomentar políticas legislativas favorables a la salud de calidad. Asigna recursos justamente. Trata a todos los clientes igual, independientemente de antecedentes o características personales. Interactúa con otros proveedores de forma no discriminatoria.</p>
<p>INTEGRIDAD Fidelidad al hecho o a la realidad</p>	<p>Rendición de cuentas Honestidad Curiosidad Racionalidad Reflexividad</p>	<p>Documenta los cuidados de enfermería con precisión y honestidad. Incorpora el código de ética en la prestación de atención y demuestra responsabilidad por sus acciones. Busca remediar los errores cometidos por sí mismo o hacia otros. Participa en los esfuerzos profesionales para proteger al público de información errónea sobre enfermería.</p>

Fuente: Arnold, E.C., y Boggs, K.U. (2015). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*. Elsevier Health Sciences.

2.2.3 Valores y humanización del cuidado

La utilización creciente de la alta tecnología, el culto al consumo y el énfasis por lo inmediato conllevan a que las relaciones humanas se deterioren y provoquen que no se vea al paciente como un ser integral y como centro de atención, que es el modo en que la enfermería debería contemplar a las personas (Cañadas Núñez, 2005; Raatikainen, 1989). Esta actuación se vería favorecida por la necesidad de incrementar la eficiencia a través del empleo de la tecnología, así como de la priorización de su utilización en detrimento de la dimensión interrelacional que debería establecerse durante la práctica del cuidado.

Según Brera (2004) la deshumanización se entiende como una posibilidad humana que puede afectar a cualquier esfera, bien sea social, artística o científica. De este modo, las ciencias también pueden deshumanizarse, concretamente mediante un trato que se encuentre por debajo del respeto y la atención inherentes a la dignidad humana, como consecuencia de la finalidad o el uso que se les otorgue a estas disciplinas.

Todres, Galvin y Dahlberg (2007) identifican la especialización en tecnologías, por parte de los profesionales de enfermería, como una mejora de la práctica que, a su vez, la aleja de las dimensiones humanas del cuidado. Definen la deshumanización como la mala utilización de la tecnología, situándola por encima de la dimensión humana. Con la finalidad de subsanar esta carencia, desarrollaron una teoría (Galvin y Todres, 2013), consistente en humanizar a través del marco de los valores. Galvin y Todres afirman que el tipo de atención que hace sentir más humanos a los pacientes no está contemplado en el cuidado de hoy en día. Llegaron a esta conclusión mediante la investigación acerca del significado de ser humano, y aplicándola a la práctica del cuidado.

Por tanto, es comprensible que a pesar de toda la tecnología que se aplica hoy en día, se pueda observar una cierta insatisfacción por parte de los pacientes, lo cual aumenta cada vez más la demanda de un cuidado más humanizado, en el que se trate al paciente por lo que es en sí, no por la situación de enfermedad en la que se encuentre en un determinado momento (Hospital Ibáñez, 2004).

Desde el entramado sanitario actual, así como desde la responsabilidad asistencial que posee el profesional de enfermería, se ha evidenciado una fuerte necesidad de humanización de la asistencia a través del diálogo, el consenso, la adopción de valores y principios éticos y la evidencia científica que se encuentra al alcance de los profesionales de enfermería (Falcó Pegueroles, 2005).

Arredondo-González y Siles- González (2009) recogen que es la figura de la gestora la que debe contribuir a humanizar la asistencia, principalmente. A pesar de esto, los profesionales, y en cierta medida los pacientes, también deben contribuir a ello debido a que los tres son responsables del funcionamiento del sistema sanitario.

Partiendo de este punto, es necesario destacar que a pesar del fuerte peso que posee la dimensión tecnológica dentro de la enfermería, esta no se vale por sí sola y necesita ser reforzada a través de la valoración de la naturaleza humana, aportando sentido a la tecnología y a su uso mediante la ética (Arone y Cunha, 2007), por lo que se considera necesario establecer una constante interacción entre tecnología y humanismo.

Se podría definir a la humanización, por tanto, como el proceso de transformación de la cultura social que necesita reconocer y valorar los aspectos subjetivos, históricos y socioculturales tanto de los clientes como de los profesionales, con la finalidad de mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de la asistencia prestada mediante la integración de los valores humanos y los científicos (Backes, Lunardi y Lunardi, 2006). Para conseguir esta integración es preciso destacar la importancia del significado de los valores y principios en que debemos basar la práctica de los profesionales, con la finalidad de descubrir los valores que son característicos dentro del proceso de humanización.

En 1985, Watson ya reflejaba la necesidad de rescatar tanto el aspecto humano y espiritual como el transpersonal del cuidado, ya que ambos integran los procesos del cuidado humano y ayudan a producir crecimiento y evolución.

Este cambio debe comenzar desde la propia organización hospitalaria, puesto que ésta no se podrá considerar humana, si no es capaz de identificar cuáles son las necesidades de sus clientes. Un hospital humanizado respeta a la persona en todas sus dimensiones y se pone al servicio de ella, suministrando una atención de calidad (Backes, Lunardi y Lunardi, 2006). Por tanto, al hablar de persona y atención de calidad, se refuerza la idea del cuidado humanizado¹³.

Collière (1993), así mismo, puso de manifiesto la importancia **del modo** en que se cuida, siendo para la enfermería su **ideal moral** e implicando a los valores como parte principal del cuidado humano.

A modo de resumen, se puede concretar que el cuidado humanizado es aquel que proporciona el profesional de enfermería cuando presta el cuidado en base a los valores

¹³ Entendiendo el concepto de cuidado humanizado como la práctica de un cuidado basado en valores.

profesionales, a partir de los cuales se ponen al servicio de las personas los conocimientos y los medios profesionales para alcanzar la salud.

2.3 Modelo humanista del cuidado

En el sistema sanitario actual se están produciendo cambios importantes que obligan a las organizaciones sanitarias a modificar sus políticas de gestión. Esta reestructuración puede exponer a los profesionales de enfermería a una deshumanización del cuidado que ofrecen a sus pacientes. En los últimos años, dicha deshumanización o la misma posibilidad de ella han facilitado la aparición de nuevos modelos y teorías en vistas a ayudar a los profesionales a preservar la esencia del cuidado (Cara, 2003).

Entre las teóricas que han mostrado una preocupación por recuperar o mantener un cuidado humanizado, se puede destacar a Madeleine Leininger, a Rogers o a Jean Watson, entre otras, tal como han sido mencionadas anteriormente (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major, 1996).

2.3.1 La Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson

Watson representa a la Escuela del Caring (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major, 1996), a partir de la que surge una propuesta de un cuidado que sea a la vez humanista y científico, teniendo en consideración aspectos del ser humano como la espiritualidad y la cultura. Watson propone como objetivo de los cuidados enfermeros el ayudar a conseguir el nivel óptimo de armonía entre el alma, el cuerpo y el espíritu.

Según Watson y Foster (2003), la enfermera y el paciente se encuentran concretamente en el momento del cuidado, y a través de su interacción se produce el cuidado humano.

Al profundizar en su teoría puede observarse que posee una clara fundamentación en las teorías humanistas lideradas por Rogers, Maslow y Erikson, basadas en las Ciencias Psicosociales. Estas ciencias se caracterizan por tener como fin el crecimiento de la persona y por basar sus valores en la libertad personal, la responsabilidad del individuo, la igualdad de oportunidades y la protección del entorno (Marriner Tomey y Alligood, 2007). El origen de su teoría emergió de la necesidad de dar un nuevo significado y una dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado del paciente (Watson, 2006). Los conceptos teóricos derivaron y surgieron de su experiencia profesional y personal,

gracias a ir entrelazando sus propios valores, creencias y percepciones acerca de los significados de ser humano o del cuidado.

Watson afirma que la situación actual de la sociedad precisa la exaltación del aspecto humano, espiritual y transpersonal de la práctica clínica personalizada en el cuidado realizado por los profesionales de enfermería a sus pacientes (Marriner Tomey y Alligood, 2007).

La teoría de Watson recibe el nombre Teoría Transpersonal del Cuidado Humano, y esta define diez factores del cuidado (Watson, 2006) en los que el personal de enfermería puede y debe apoyarse para ayudar al paciente en la búsqueda de la salud. Sin embargo, estos factores no son los únicos elementos que componen su teoría, puesto que esta se basa en tres elementos fundamentales (Watson, 2001):

1. Los factores del cuidado
2. El momento de relación interpersonal
3. La ocasión o el momento del cuidado en sí.

2.3.1.1 Factores del cuidado

Estos factores fueron desarrollados por Watson en 1979 (2006) como los aspectos esenciales del cuidado en enfermería sin los que, quizás, los profesionales de enfermería no estarían desempeñando una disciplina profesional. Por tanto, estos diez factores aportan una ayuda para definir el marco en que se sustentan la disciplina y la profesión enfermera. Suponen un marco a través del cual se le proporciona al profesional la ayuda necesaria, bien sea a nivel individual o a nivel colectivo, para la preservación de la humanidad. La teoría de Watson sirve de estructura y fundamento filosófico a la disciplina de la profesión de enfermería (Watson, 2006).

Como ya se ha indicado, Watson y Foster (2003), indican que es en el momento del cuidado donde la enfermera y el paciente se encuentran, y que es a través de su interacción como se produce el cuidado humano. No se establece como requisito únicamente la interacción con el otro, sino que la enfermera debe tener conocimientos suficientes para gestionar esta interacción y ofrecer un cuidado de calidad.

Los factores que define Watson en su teoría son los siguientes:

1. **Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas.** De este modo los cuidados se convierten en una práctica amable y le confieren sentido al acto de cuidar. Estos valores se aprenden al principio de la vida, pero pueden verse influenciados a lo largo de ella. Los valores altruistas surgen de la satisfacción de recibir a través de dar, por lo que proporcionan la base del cuidado humano y promueven un cuidado profesional de calidad. Son estos valores los que constituyen el factor básico de la ciencia y la ética del cuidar.
2. **Instilación de fe y esperanza** que sostengan las creencias tanto del que cuida como del que es cuidado. Es en este punto en el que se precisa volver a los aspectos ancestrales del cuidado explicados anteriormente, en las que el ser humano sustenta sus creencias tanto para la salud como para su curación.
3. **Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás**, considerando clave la relación que se establece con el paciente para lograr unos buenos resultados en salud. La comunicación entre profesional y paciente es un encuentro persona a persona.
4. **Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza**, de modo que los cuidados sean auténticos y se basen en una confianza mutua. Para ello es preciso que la enfermera vea al paciente como ser humano y no como objeto de sus cuidados.
5. **Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos**, lo cual lleva a cultivar la sensibilidad de uno mismo y de los demás. La enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación y ser capaz de establecer la diferencia.
6. **Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones**, por el que el cuidado de enfermería adquiere un carácter científico basándose en un método organizado y sistemático.

7. **Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal**, enlazando enseñanza y aprendizaje como una unidad de ser y con significado. Por tanto, los profesionales de enfermería tienen la obligación de prepararse para educar y conseguir la autonomía del paciente.
8. **Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual**, con lo que el bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas ya establecidas en los centros hospitalarios.
9. **Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas**, satisfaciendo las necesidades básicas, procurando un cuidado humano como si el paciente fuera un ser único en todos los aspectos del cuidar.
10. **Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas**, atendiendo las necesidades espirituales y existenciales de la vida y de la muerte, cuidando tanto el alma del que cuida como la del cuidado. Este último factor nos acerca al fenómeno de lo desconocido, todo aquello que no se puede explicar científicamente.

Para Watson, los diez factores del cuidado ayudan a la enfermería a delimitar lo que es el cuidado profesional debido a que, a pesar de que la enfermera puede ayudar a sus pacientes a resolver problemas y promover a restaurar la salud, no está capacitada para curar (Urra, Jana y García, 2011).

A su vez, los factores del cuidado, tal como afirman Ferré-Grau, Rodero Sánchez, Cid Buera y Vives Relats (2008), ofrecen a las enfermeras un marco conceptual capaz de entender la experiencia del paciente y, como consecuencia, facilitarle unos cuidados técnicos y humanos que sean favorables para obtener unos resultados positivos.

Watson (2001), en un continuo desarrollo de su teoría, introdujo el concepto de caridad en su proceso de cuidado, el cual no ha supuesto un abandono de sus factores del cuidado, sino que ha facilitado la introducción de una nueva dimensión, como es la espiritual, en la práctica del cuidado.

2.3.1.2 El momento de relación interpersonal

Según describe Cara (2003), para Watson la relación interpersonal en el cuidado es una clase de relación humana que se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y enaltecer la dignidad humana.
- La comunicación consciente de la enfermera con el paciente, no reduciendo su situación de persona a mero objeto.
- La conciencia de cuidado por parte de la enfermera, teniendo el potencial de curar desde la experiencia, la percepción y la conexión intencional con el paciente.

El significado del término transpersonal, tal como lo entiende Watson (1999), permite a la enfermería profundizar en las conexiones espirituales promocionando el confort y la curación del paciente y protegiendo su dignidad.

2.3.1.2 La ocasión o el momento del cuidado en sí

Este momento de cuidado es entendido por Watson (1988) como el instante preciso en que paciente y enfermera tienen la oportunidad de establecer una relación en la que se va a dar el cuidado humanizado.

Por todo ello el cuidado, para la enfermería, no es únicamente un procedimiento o una acción, sino que se podría definir como un proceso de intercambio entre el profesional y el paciente.

Los modelos de cuidado humanizado han vuelto a adquirir relevancia en los sistemas de salud en los últimos años. Es el propio usuario el que proyecta la demanda de ser respetado y valorado como ser humano, hecho que evidencia la necesidad que tiene el propio paciente de un cambio en la práctica enfermera, añadiendo al cuidado basado en un modelo bioético una humanización y una ética (Carbelo Baquero, Romero Llorca, Casas Martínez, Ruiz Ureña y Rodríguez de la Parra, 1997; Scammell y Tait, 2014; Romero Massa, Contreras Méndez y Moncada Serrano, 2016).

2.3.2 Aplicación práctica del modelo humanista

La cita con que se inicia esta tesis (*No solamente se trata de saber qué son los valores. La verdadera pregunta está en cómo vivirlos*) pretende anunciar la necesidad de profundizar en el tipo de cambios que son necesarios, así como el determinar de qué modo se puede llevar a cabo una mejora en la aplicación práctica del cuidado, con el fin de ayudar a los profesionales de enfermería a proporcionar un cuidado humanizado.

Anteriormente se ha mostrado la preocupación existente por la revalorización ética de los servicios de salud, así como la aparición de teorías humanistas que, a través de su aplicación, acerquen a los usuarios ese tipo de cuidado que tanto profesionales como pacientes tienen necesidad de dar y recibir, respectivamente. En otras palabras, la humanización mejora la calidad del cuidado (Poblete Troncoso y Valenzuela Suazo, 2007; Almeida Silva, Lima y Seidl, 2017).

Ante la existencia de numerosos modelos de cuidado humanizado, se ha preferido enfocar esta aplicación práctica en base al modelo humanístico de cuidado concebido por Watson, ya que en él se ha sustentado parte del marco teórico de este estudio. El hecho de que la teoría de Watson sea conocida en 29 países pone de manifiesto la relevancia que ha adquirido en las últimas décadas (Urra, Jana y García, 2011).

Desde los hallazgos encontrados a través de la revisión de la literatura, se ha podido observar que no hay un único ámbito o especialidad concreta en la que exista la preocupación de sus profesionales por ofrecer un cuidado humanizado, y por tanto centrado en el paciente. Entre las especialidades interesadas, destacan la salud mental (Ferré-Grau, Rodero Sánchez, Cid Buera y Vives Relats, 2008), la patología digestiva (Childs, 2006) o las unidades de cuidados intensivos (Castañeda Valencia, Orozco Giraldo y Rincón Mancera, 2014), entre otras.

En el estudio llevado a cabo por Ferré-Grau, Rodero Sánchez, Cid Buera y Vives Relats (2008), y a través de un estudio etnográfico, se constató la utilidad de los factores del cuidado propuestos por Watson en el tratamiento de los pacientes con depresión. Se identificó que el relato de la experiencia puede ser valorado también como una herramienta terapéutica, ya que contribuye al proceso de mejora y curación del paciente, lo que demuestra que la comunicación es una gran herramienta en el cuidado de los pacientes.

A su vez Childs (2006), a través de la exposición del caso de un paciente con un proceso de neoplasia intestinal, verificó del mismo modo que el estudio expuesto anteriormente

que la aproximación holística propuesta por Watson permite una mejor aproximación al cuidador, y por tanto una mayor comprensión de los problemas y necesidades. Este mejor conocimiento de las necesidades del paciente posibilita establecer un cuidado personalizado, que ofrece un mejor soporte o intervención ante sus circunstancias. También facilita la relación de ayuda y confianza entre el paciente y la enfermera que lo atiende, respetando las decisiones del paciente en referencia a su enfermedad, es decir, haciéndolo participe de la planificación de sus tratamientos y cuidado. Otro aspecto que destaca Childs en su estudio es la aplicación de la evidencia científica en la planificación de los cuidados, garantizando una toma de decisiones basada en los valores y creencias del paciente.

En otro estudio realizado en Colombia (Castañeda Valencia, Orozco Giraldo y Rincón Mancera, 2014) en el contexto de una Unidad de paciente crítico, constataron que el empoderamiento del personal de enfermería mejoraba el afrontamiento de las dificultades propias del rol de las enfermeras y aumentaba la adherencia a la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson. Esta circunstancia se dio en detrimento de la utilización de la Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros, lo que convierte al cuidado en un ejercicio singular para cada uno de los pacientes, algo especialmente necesario en el ámbito del paciente crítico, y que ofrece por tanto una humanización del mismo.

Así mismo, Cara (2003) relata su experiencia personal en la aplicación de la teoría de Watson al cuidado de un paciente que va a ser sometido a una amputación. Cara, va explicando los pasos seguidos para alcanzar una visión holística acerca de su paciente. En primer lugar, describe el acercamiento y **conocimiento en profundidad de la persona** bajo su cuidado. Para ello, inicia su acercamiento con preguntas como, “¿Me cuenta cosas sobre usted?; ¿Qué tipo de experiencias tiene en su vida?; ¿Cuáles son sus creencias espirituales y culturales?”, etc. En segundo lugar, propone el **conocimiento de la salud del paciente**, destacando que no se trata solo de la ausencia de enfermedad. Para ello aborda la situación con preguntas como, “¿Qué siente al estar en su situación?; ¿Me podría explicar cuáles son sus prioridades?”, etc. En último lugar, invita al propio profesional a reflexionar acerca de su visión de la enfermería y del papel que juega en el cuidado humanizado.

Paralelamente a la aplicación de este cuidado humanizado, surge la necesidad de evaluar la eficacia y la repercusión que tiene, así como de conocer el valor que otorgan los propios profesionales de enfermería al cuidado humano transpersonal (Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo y Merino, 2012). A través de esta evaluación, surge la posibilidad de detectar aquellos aspectos que son necesarios reforzar tanto en la

enseñanza como en la práctica del cuidado. Para ello han sido validadas varias escalas que han servido de ayuda en diversas investigaciones, basadas en el abordaje de la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson (Nyberg, 1990; Coates, 1997; Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo y Merino, 2012).

Entre las escalas mencionadas se ha decidido destacar a dos (Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo y Merino, 2012). Por un lado, la **Caring Efficacy Scale** (Coates, 1997), que fue desarrollada con la finalidad de evaluar, en la Universidad de Colorado, la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera para la práctica del cuidado y la interrelación con sus pacientes, a través/en la experiencia de los alumnos que recibían formación basada en la Teoría de Autoeficacia de Bandura y la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson (Watson, 2002. Bandura, 1995).

Por otro lado, se encuentra la **escala de Nyberg** (1990), la cual fue desarrollada también en la Universidad de Colorado, en el marco de una tesis doctoral. La escala fue diseñada con la finalidad de medir las características del cuidado basándose en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano, haciendo hincapié en el respeto por las necesidades del paciente, sean de origen espiritual, de comunicación o cualquier otro.

Es importante destacar, asimismo, que no se considera suficiente la humanización de la práctica enfermera para la transformación de los servicios de salud, ya que su humanización debe llevarse a cabo de forma coherente dentro de las organizaciones a través del diseño de programas por y para las personas (Castañeda Valencia, Orozco Giraldo y Rincón Mancera, 2014).

Es en casos de incongruencia, frutos del choque de intereses entre el profesional y la empresa, donde el empleado tiene que contar con la valentía de anteponer una práctica humanizada. Para ello, la enfermera debe poseer coraje moral.

El coraje moral, o su correspondiente *moral courage* en inglés, se ha ido considerando desde los últimos años como un elemento valioso de la ética humana, así como una virtud en el contexto del cuidado de enfermería (Gallagher, 2011; Numminen, Repo y Leino-Kilpi, 2016). Este concepto ha resurgido como resultado de un interés por la moral de los profesionales de la salud y de la sociedad en general.

En tiempo de Aristóteles y Platón ya se hacía uso del término “coraje” para referirse al carácter que se mostraba en el campo de batalla. En concreto, Aristóteles debatió acerca de la capacidad de ir a la guerra aun conociendo la posibilidad de resultar herido o de incluso morir (Miller, 2005; Lachman, 2007; Murray, 2010).

El concepto de coraje moral ha sido definido por diversos autores (Lindh, Silva, Berg et al., 2010; Gallagher, 2011; Hawkins y Morse, 2014) como un modo de abordar la situación contraria, es decir, el sufrimiento moral o *moral distress*, como se denomina en inglés.

Se ha definido, así mismo, como la virtud moral que nos capacita para enfrentarnos a los dilemas éticos con firmeza y confianza (Kidder, 2005), haciendo lo correcto o no escogiendo la práctica incorrecta. Por ello, se podría afirmar que el coraje moral consistiría en la puesta en acción de las decisiones morales (Vesilind, 2006).

A su vez, Lachman (2007) la definió como la capacidad de los individuos para sobreponerse a los miedos y defender sus valores esenciales y obligaciones éticas, así como la voluntad de afrontar un problema que otros profesionales están ignorando. Lanchman enfatiza la multitud de oportunidades que se presentan ante las enfermeras, diariamente, para hablar y abogar por un cuidado de calidad. Entre ellas destaca la problemática de los familiares, el *bullying*, la falta de ética en los mandos de la institución o los dilemas que pueden presentarse ante la muerte de un paciente. Se sitúa entonces el coraje moral como una forma de afrontar estas situaciones.

No obstante, hay que destacar que el coraje moral no ha sido objeto de tantos estudios como los que ha inspirado el sufrimiento moral (Peter, 2015; Sadooghiasl, Parvizi y Ebadi, 2016), a pesar de la repercusión que tiene en la excelencia de la práctica enfermera.

Una revisión de la literatura llevada a cabo por Numminen et al. (2016), ensalza la necesidad de buscar estrategias que mejoren la capacidad de actuar éticamente, con la finalidad de proporcionar un buen cuidado de enfermería. La búsqueda de esta estrategia no estaría solo centrada en la capacidad del propio profesional, sino que el peso también recaería en los líderes de enfermería, así como en el contexto profesional, contribuyendo a un empoderamiento del coraje moral (Day, 2007; Lachman, 2010; Lachman, Murray, Iseminger et al., 2012; Hawkins y Morse, 2014).

Numminen et al. (2016), recogen la idea de la enfermería como una profesión basada en la ética, debido al gran número de problemas éticos que la enfermera debe enfrentar y resolver en su práctica diaria para alcanzar el bien del paciente.

Cabe resaltar que son los valores profesionales los que constituyen la ética de nuestra profesión, por lo que el coraje moral se podría levantar como el estandarte de nuestro

comportamiento profesional ante las adversidades éticas que se presentan durante el desempeño de la práctica cotidiana de los profesionales de enfermería.

La ANA (2001) y la AACN (2008), con sus valores esenciales para la práctica enfermera, ofrecen una guía para el comportamiento profesional de todo el colectivo en base a unos principios éticos comunes, además de animar a las enfermeras a mantener esos principios en su práctica (Murray, 2010).

Debido a que los valores morales se pueden aprender (Miller, 2005) a través de la enseñanza y la práctica, existe la posibilidad de reforzarlos también en el área del coraje moral.

Tal como reconoce Murray (2010), existen numerosas estrategias de aprendizaje a través de las cuales los profesionales pueden adquirir las habilidades que guíen una toma de decisiones basadas en la ética. Sin embargo, es necesario el compromiso y la reflexión de los profesionales sobre los valores y comportamientos que influyen en esta toma de decisiones.

Como resumen, podríamos decir que el coraje moral es la virtud necesaria para una buena praxis de enfermería.

2.3.4 Relación entre el modelo de Watson y los valores profesionales

Una vez presentados los dos argumentos que sostienen el marco teórico de este estudio, el modelo humanista de Watson y los valores profesionales, cabe preguntarse la relación existente entre ellos y que justifique que sean los dos paradigmas, en coexistencia, los que den soporte a la investigación.

Con anterioridad ha quedado demostrada la necesidad de un cuidado humanizado. Para ello, tal como especifican Olivé Ferrer e Isla Pera (2015), Watson hace uso de herramientas como la empatía, la comunicación o la dignidad humana para conferir el cuidado humanístico.

Resumiendo algunos de los puntos más relevantes del modelo de Watson (2005), se podría concluir que:

- Es preciso estar formado en valores humanistas y altruistas.

- La comunicación es un concepto relevante, fundamentalmente la que se establece entre paciente y profesional.
- El cuidado debe basarse en la confianza.
- El profesional de enfermería debe ser comprensivo con la situación emocional e intelectual del paciente.
- Se considera necesaria la creación de un entorno adecuado que ayude a la sanación del paciente.
- La enfermería debe procurar la autonomía del paciente.

Entre todas estas acciones, deseables en un profesional de enfermería o esperadas durante el proceso de cuidado, se pueden identificar algunas de las conductas y comportamientos descritos entre los valores esenciales de enfermería (AACN, 2008):

- El propio altruismo como uno de los valores esenciales.
- La comunicación como una herramienta para que el paciente esté informado en todo momento y pueda tomar sus propias decisiones, por tanto, siendo autónomo.
- La confianza como una conducta para el respeto del valor de la autonomía.
- La empatía para comprender la situación del paciente.

Por tanto, esta relación ayuda a corroborar la afirmación realizada con anterioridad acerca de la competencia humanística del cuidado: un cuidado que no se base en los valores de la profesión distará de ser un cuidado humanístico.

El hecho de que los valores hayan sido descritos por distintas organizaciones (AACN, 1986, 2008; ANA, 2001; CNA, 2008), ha colaborado a que estos puedan ser estudiados y evaluados, lo cual permite, en cualquier ámbito de la enfermería, detectar los puntos fuertes y débiles de cada profesional en la práctica de un cuidado humanizado.

2.4 Limitaciones en la práctica de los valores

Los valores profesionales, tal como se ha visto anteriormente, no son de aplicación exclusiva durante la interrelación con el paciente, sino que estos empiezan con la vivencia personal y se trasladan también a la convivencia con los miembros del equipo.

En el contexto sanitario actual, donde la edad de la población requiere de frecuentes ingresos y cuidados más complejos como consecuencia de las múltiples patologías asociadas, puede ser frecuente, tal como reconoce William (2014), la aparición de

situaciones de crisis para los profesionales de enfermería. A esta situación puede asociarse la demanda de cuidado originada por los familiares, una escasa interrelación multidisciplinar o incluso una estructura de soporte insuficiente, que pueden comprometer el buen quehacer profesional.

William (2014) identifica cuatro situaciones críticas que comprometen la actuación de los profesionales de enfermería y, por tanto, una práctica basada en los valores de la profesión:

- *Compassion fatigue*
- *Burnout*
- Sufrimiento moral
- *Bullying* o acoso laboral

2.4.1 *Compassion fatigue*

Este término, que en español podría traducirse como “hastío de la compasión”, fue referido por Joinson (1992) para describir, dentro del paradigma de la enfermería, a lo que habitualmente se conoce como “estrés traumático” en el marco de otras profesiones.

La literatura lo describe como un proceso acumulativo en el que se produce una combinación de agotamiento físico, emocional y espiritual, asociados a la exposición repetitiva de los pacientes en el contexto de sufrimiento emocional y físico (Lombardo y Eyre, 2011; Coetzee y Klopper, 2001). Este agotamiento, según Thompson (2013), puede desencadenarse por la imposibilidad del profesional para disociar y separar sus sentimientos de estrés y ansiedad en relación a la condición de paciente.

Entre las manifestaciones que la suelen acompañar, podemos encontrar la ira, el cinismo, la irritabilidad, la desesperanza, la apatía o el sueño, entre otros. Así mismo, se pueden encontrar consecuencias a nivel intelectual que provocan aburrimiento o incluso un deterioro de la concentración, y que impiden prestar una atención detallada (Coetzee y Klopper, 2001; Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, y Kazanjian, 2013).

Se han realizado numerosos estudios con la finalidad de identificar qué profesionales son más propensos a sufrirlo y se han obtenido diferentes resultados. Por un lado, Yoder (2010) resaltó que son los profesionales que trabajan en planta en horarios de 8 horas los que tienen más propensión respecto a los que trabajan en turnos de 12 horas. Su hallazgo muestra que aquellos que trabajan en turnos más largos, posteriormente, tienen

más horas de descanso seguidas, lo que permite al profesional alejarse durante más tiempo de la fuente de estrés y, por tanto, disponen de más tiempo para recuperarse.

Por otro lado, otros estudios evidenciaron un mayor nivel de satisfacción relacionada con la compasión en aquellas unidades en las que se dispone de mayor tiempo para establecer relaciones interpersonales con el paciente, resaltando de este modo el valor que tiene para la enfermería. O que las enfermeras con una mayor experiencia son más vulnerables a padecer *compassion fatigue* que aquellas que tienen menos experiencia, debido a la exposición prolongada al factor del estrés (Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, y Kazanjian, 2013; Coetzee y Klopper, 2001; Yoder, 2010).

2.4.2 Síndrome de *burnout*

El término *burnout* fue introducido por primera vez en el año 1974 por el psicólogo Herbert Freudenberger, quien lo definió como una respuesta psicosomática prolongada ante la exposición reiterada a factores estresantes de carácter emocional e interpersonal en el lugar de trabajo.

Han sido identificadas tres dimensiones esenciales que englobarían las principales situaciones en las que se ven envueltos aquellos trabajadores en situación de *burnout*. Tal como Cheng, Meng y Jin (2015) describieron, estas serían:

- Agotamiento emocional, entendido como un sentimiento de cansancio y una debilidad en el ámbito laboral.
- Despersonalización, en la que el profesional siente que ha perdido la identidad personal.
- Disminución del sentimiento de realización, a través del cual el trabajador no se siente productivo, por lo que no consigue sus objetivos con éxito.

En el ámbito de la enfermería, los profesionales se encuentran constantemente en contacto con elementos estresantes, lo que los transforma en un colectivo especialmente vulnerable a sufrir *burnout* (Cheng, Meng y Jin, 2015) por encima de otros profesionales de la salud. Por este motivo, y con la finalidad de definir qué fenómenos son los que contribuyen al padecimiento profesional, se han llevado a cabo numerosos estudios acerca de los factores contribuyentes a su desarrollo entre las enfermeras (Freudenberger, 1986; Altun, 2002; Hayes, Bonner y Pryor, 2010; Cheng, Meng y Jin, 2015), identificando un incremento de la *compassion fatigue* entre los factores más

influyentes en la aparición del *burnout* (Kim y Choi, 2012; Bruce, Conaglen y Conaglen, 2005; Joinson, 1992).

Algunas de las investigaciones llevadas a cabo se han centrado en profundizar en la relación existente entre la práctica basada en los valores profesionales y la aparición del *burnout*. La llevada a cabo por Cheng, Meng y Jin (2015), al igual que la realizada por Altun (2002), concluyen en la existencia de una estrecha relación entre los valores profesionales de las enfermeras y el síndrome de *burnout*. Reconoce una menor aparición del síndrome en aquellos profesionales que consideran valioso e importante su trabajo y que, por tanto, se sienten profesionalmente satisfechos. Otro estudio (Liselotte, Massie, Eacker, 2010) demostró el caso inverso. Se reveló que aquellos estudiantes de enfermería con síndrome de *burnout* tenían más propensión a realizar comportamientos poco profesionales que aquellos que no lo padecían.

Teniendo en cuenta que los valores profesionales están definidos como un conjunto de comportamientos y actitudes, quedaría justificado que sean los profesionales que no utilizan una práctica basada en valores aquellos que son más propensos a sufrir el síndrome de *burnout*.

2.4.3 Sufrimiento moral

El sufrimiento moral es uno de los grandes problemas con los que la enfermería se enfrenta, en todos los contextos del sistema sanitario, a día de hoy. Corley (2002) identifica como detonantes la carencia de profesionales, la falta de experiencia de los profesionales que componen la plantilla, así como las políticas y procedimientos organizacionales, los cuales dificultan que las enfermeras identifiquen las necesidades de los pacientes y de sus familias. Esta situación a la que se ven abocadas, y su mantenimiento en el tiempo, da como resultado la aparición del sufrimiento moral.

En 1984, Jameton definió el sufrimiento moral en el contexto de enfermería como un sentimiento doloroso que puede conllevar asociado un desequilibrio psicológico, provocado por el impedimento de una actuación ética cuando se es consciente del camino a seguir según las directrices morales de la profesión. Las barreras que identificaba Jameton (1984, 1993) son: la falta de tiempo, la falta de soporte de los mandos de enfermería, el sometimiento al poder médico, la política institucional y los términos legales que limitan la actuación profesional (Corley, 2002). Estos impedimentos no son otros que los obstáculos propios de la gestión de las instituciones sanitarias.

Con posterioridad, numerosos autores se han interesado en profundizar con sus investigaciones, desde distintas perspectivas, en el sufrimiento moral al que se ven sometidos los profesionales de enfermería (Gallagher, 2010; McAndrew, Leske y Garcia, 2011; Bao, Vedina, Moodie y Dolan, 2013; Oh y Gastmans, 2015), y que comporta grandes consecuencias en los profesionales que lo padecen. Entre las graves consecuencias profesionales que puede comportar el sufrimiento moral, se ha destacado el compromiso a la integridad moral. Esto implica que la situación ante la que se encuentran les lleve a traicionar sus valores y creencias, puesto que les pone ante el conflicto de escoger entre lo qué es lo mejor para la institución, el colectivo médico, la familia o incluso los propios pacientes. El sufrimiento moral aparece en el profesional cuando la enfermera es consciente de no poder proporcionar aquello que ha identificado como lo mejor para el paciente.

2.4.4 *Bullying* o acoso laboral

El *bullying* ha sido definido como una hostilidad repetitiva entre compañeros, con la finalidad de humillar, amenazar o romper la confianza (Vessey, DeMarco, Gaffney y Budin, 2009).

Según William (2014), esta situación de acoso causa una debilidad en los trabajadores que la sufren y, por tanto, supone una grave repercusión para la institución en la que se produce, puesto que, según este autor, un trabajador enfermo conlleva un sistema o una institución enferma. Esta situación de vulnerabilidad acarrea una incapacidad para soportar un compromiso ante la compasión con los pacientes, ofrecer un ambiente favorable para los trabajadores e incluso tomar decisiones organizacionales en base a un cuidado ético, basado en los valores, en la vulnerabilidad y en la autenticidad.

Esta situación de acoso laboral ha llevado a organizaciones como la ANA (2015), que la define, como “una situación repetida de acciones perjudiciales, deseos de humillar y ofender al que recibe la acción”, a posicionarse al respecto incluyéndola en su estatuto con el fin de evitar estos comportamientos. La ANA fundamenta el principal motivo para trabajar este tema en la grave amenaza que supone para la seguridad del paciente, la enfermera, e incluso para el conjunto profesional de la enfermería.

El hecho de ser una situación recurrente ha llevado al estudio reiterado de la situación por parte de numerosos investigadores, los cuales han permitido, a través de sus

averiguaciones, identificar la situación en la que se encuentran los profesionales de enfermería en sus contextos laborales.

De este modo, ha sido posible constatar que, desde el comienzo de los estudios, una enfermera ya es susceptible de sufrir abuso por parte de compañeros o tutores (Foster, 2007). Con posterioridad a la finalización de los estudios, Berry et al. (2012), comprobaron que el 73% de las enfermeras recién graduadas habían sufrido acoso en el último mes y que el 58% de estos casos estaban directamente relacionados con un puesto de trabajo.

En cuanto a las enfermeras experimentadas, Vessey y DeMarco (2007) cuantificaron en un 44% aquellas enfermeras que habían declarado haber sufrido acoso por otra compañera de trabajo, de su mismo nivel profesional, durante el año anterior. Situaciones que a través de un estudio llevado a cabo por Stringer (2001), pudo confirmar que el 35% de las enfermeras abandonaban sus puestos de trabajo y que el 70% de las profesionales que habían reportado abuso por parte de algún profesional del estamento médico cometían errores y tenían una baja productividad. Situaciones que repercuten, claramente, en una conducta negativa hacia el cuidado del paciente.

Una vez analizados estos fenómenos, que pueden afectar negativamente a la praxis de los profesionales de enfermería, y profundizado en los estudios anteriormente mencionados, se puede considerar un hecho que los profesionales pueden llegar a desarrollar frustración o incluso desencadenar un síndrome de *burnout* —llegando incluso a la resolución del abandono de la profesión—, como consecuencia de la *compassion fatigue*, el sufrimiento moral o el *bullying*. Esta relación es importante, ya que está estrechamente ligada a una deshumanización de la profesión de enfermería, como consecuencia del deterioro de los valores profesionales en caso de padecer cualquiera de las situaciones anteriormente explicitadas.

Incluso en épocas de escasez de enfermería, las cuales han originado una necesidad de retención de profesionales en los centros hospitalarios, y a pesar de los intentos por parte de algunas instituciones en la actualidad, es un hecho que no se han conseguido frenar estas situaciones de vulnerabilidad profesional. Por tanto, se considera un reto para las instituciones sanitarias, así como una fuente de investigación para ayudar a vislumbrar posibles soluciones.

2.5 Formación en valores profesionales

La existencia de distintos organismos que coinciden en la descripción de los valores profesionales (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería, 1988; American Nurses Association (ANA), 2001; Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), 2005; American Association of Colleges of Nursing (AACN, 1986) ofrece la posibilidad de afirmar que estos valores son universales, estableciendo únicamente diferencias relacionadas con el marco cultural en el que se aplican (Basurto Hoyuelos et al., 2010).

Sin embargo, aunque las diferencias culturales marcan los valores profesionales en cada país, todos coinciden en que son estándares de actuación en el conjunto de un grupo profesional y que proporcionan un marco seguro para la evaluación del comportamiento profesional (Weis y Schank, 2000).

Estudios, como los llevados a cabo por Rassin en Israel (2008); Lui, Lam, Lee, Chien, Chau e Ip en Hong Kong (2008); Lin, Wang, Yarbrough, Alfred y Martin (2010) y Shih, Lin, Smith, Liou, Chiang, Lee y Gau (2009) en Taiwán, o como el de Leners, Roehrs y Piccone en Estados Unidos (2006), ponen de manifiesto el interés por identificar los valores profesionales en las diferentes culturas.

A su vez, muestran la inquietud y el reto existente a nivel internacional hacia la educación y la identificación del nivel de adquisición de los valores profesionales con anterioridad a la finalización de los estudios de enfermería.

Estos estudios ponen de manifiesto, también, la preocupación que existe en las universidades desde dos puntos de vista claramente diferenciados. Por un lado, desde la importancia de educar en valores profesionales, tal como explican Fahrenwald, Bassett, Tschetter, Carson, White y Winterboer (2005), Bond, Mandelco y Warnick (2004) y Díaz Flores, Castro Ricalde, y Cuevas Jaimes (2012), desde el ámbito universitario, resaltando que es en el seno de la propia institución educativa desde donde los alumnos aprenden a cuidar, velando por la ética del cuidado al paciente, a la vez que adquiriendo los conocimientos necesarios para aplicar de un modo correcto los avances de la alta tecnología. Y por otro, desde la necesidad de evaluar las acciones formativas específicas en valores profesionales, como el estudio llevado a cabo por Falcó Pegueroles y Tomás-Sábado (2004), en el que se demuestra la eficacia de esta formación en el ámbito universitario.

A pesar de que autores como Fetzer (2003) asumen que el nivel de adquisición de valores profesionales por parte de los estudiantes crece con el número de cursos realizados dentro de los estudios de enfermería, investigaciones como la de Martin, Yarbrough y Alfred (2003) demuestran que entre los estudiantes existe un nivel de valores muy similar, y que es dentro de la práctica enfermera donde se produce el incremento y la integración de estos valores (Cragg, Plotnikoff, Hugo y Casey, 2001).

Otros estudios, como el de López-Pereira y Arango-Bayer (2015), resaltan el ejemplo del profesor como camino de aprendizaje de los valores de enfermería por parte de los estudiantes. De este modo, el alumno percibe y aplica con mayor intensidad aquellos valores a los que el profesor ha dado mayor relevancia.

Rubio-Domínguez (2008), desde el ámbito de la educación, recoge asimismo las dificultades que presenta formar profesionales que sean capaces de asumir e integrar en su práctica la complejidad de la tecnología actual con las relaciones interhumanas hacia el paciente y su familia para ofrecer un cuidado de calidad, puesto que la calidad posee una dimensión humana y otra técnica. Del mismo modo, destaca la necesidad de una educación de enfermería en valores humanos, los cuales, se supone, tienen como punto de partida una formación sólida.

Si por un lado la sociedad admite un cambio en los valores, reconociendo una superficialidad hacia lo humano, por el otro pone de manifiesto una exigencia en actitudes éticas y humanitarias sobre los profesionales de enfermería que la atiende (Backes, Lunardi y Lunardi, 2006). Es este uno de los motivos por el que se cree conveniente explorar como están cuidando en la actualidad las enfermeras, reflexionar sobre la práctica profesional, y poner de manifiesto si se están vulnerando los valores humanos a través del ejercicio de la profesión.

La necesidad de ensalzar los valores profesionales, coincide con la importancia que se da desde las universidades a la educación en valores. A raíz de esta inquietud, en los últimos años surgen estudios que demuestran la eficacia de la educación en valores profesionales desde el seno de los estudios universitarios, justificando de este modo las intervenciones educativas concretas, como el de Falcó Pegueroles y Tomas- Sábado (2004). Hay que destacar que estas intervenciones no se utilizan habitualmente dentro del plan docente de la universidad, sino que únicamente han sido creadas para la realización del mencionado estudio.

Con la finalidad de tener una visión actualizada de la importancia que se da, en el ámbito universitario español, a la formación en valores profesionales, se realizó una revisión de

las guías docentes de los estudios de Grado en Enfermería durante el año 2012-2013 en 15 universidades repartidas por el territorio. Estas muestran la competencia humanística¹⁴ como un objetivo a conseguir, sin existir no obstante un programa educativo concreto para su consecución, sino que la proponen de manera indirecta.

Únicamente se ha encontrado una universidad en Estados Unidos, la Hunter-Bellevue School of Nursing, que propone dicha competencia como una asignatura integrada en el plan de formación de los estudios de Enfermería (Shaw y Degazon, 2008).

Evaluar el grado de adquisición de estos valores no resulta sencillo debido a la escasez de instrumentos existentes para medir la eficacia de las metodologías aplicadas (Basurto Hoyuelos, Fraile, Weis, Urien, Elsdén y Schank, 2010).

Se conocen escalas que evaluaban los valores humanos en la vida diaria (Garvin, 1976; Garvin y Boyle, 1985) o los valores laborales (Ulrich, 1987). Sin embargo, únicamente se ha encontrado un instrumento validado que permita conocer el grado de asimilación de los valores profesionales, la Nurses Professional Values Scale (NPVS) (Weis y Schank, 2000), el cual se basa en los valores profesionales que quedan recogidos en el Code of Ethics for Nurses de la American Nurses Association (ANA). Estos valores recogidos en la ANA son muy similares a los recogidos en el código de ética español (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería, 1988). Según la ANA (2001), los valores profesionales que optimizan el cuidado son: el altruismo, la autonomía, la dignidad humana, la integridad y la justicia social. Esta herramienta está constituida por 44 ítems que evalúan cada uno de los valores.

La utilización de esta escala ha permitido tanto la evaluación como la comparación de los valores profesionales antes y después de una actividad educativa (López-Pereira y Arango-Bayer, 2015; Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, 2010; Fahrenwald, Bassett, Tschetter, Carson, White y Winterboer, 2005) y la comparación del nivel de valores profesionales entre diferentes culturas (Weis y Schank, 2000;). Así mismo, ha proporcionado una guía a los docentes en función de las necesidades de formación detectadas.

Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, (2010) realizaron en Taiwán un estudio cuantitativo, basado en la NPVS, para detectar los cambios producidos en la asimilación de los valores profesionales antes de ingresar en los estudios de enfermería, así como en

¹⁴ En las guías docentes analizadas no aparece reflejada la competencia humanística como tal, sino que hace referencia a que el alumno adquirirá los valores de la profesión o los valores humanos orientados a la profesión. De este modo, se establece una relación entre los valores personales y los concretos de la profesión.

los que se tenían al finalizar los estudios. Este estudio longitudinal se realizó en una muestra de 100 estudiantes y los resultados obtenidos fueron satisfactorios, demostrando un cambio significativo desde el inicio hasta el final de los estudios de enfermería. Además, reflejó la importancia de formar en valores desde la universidad.

La metodología predominante en los estudios sobre valores profesionales es la cuantitativa, como en el caso llevado a cabo por Haigh y Johnson (2007), en el que se utiliza una encuesta tipo *Likert* para identificar los valores y actitudes de los educadores. La importancia de este estudio radica en la justificación de los valores que tenga con anterioridad el educador, puesto que ejercerá un tipo de influencia u otra en el aprendizaje de determinados valores por parte del alumno. Por ejemplo, constata que las universidades de tipo religioso dan una mayor relevancia a la formación en valores.

Sin embargo, a pesar de que la mayor parte de estudios revisados son cuantitativos, se debe destacar la idoneidad de los estudios cualitativos en el estudio de los valores profesionales. Todres, Galvin, y Holloway (2009) justifican esta afirmación argumentando que los estudios cualitativos inciden con mayor énfasis en la humanidad de la práctica del cuidado.

Estudios como el llevado a cabo en la Brigham Young University (Bond, Mandleco y Warnick, 2004), demuestran la posibilidad de valorar cualitativamente los valores profesionales aprendidos a través de los relatos expuestos por los alumnos sobre experiencias en la práctica diaria. Estos relatos evidencian la presencia de los valores profesionales en las pautas de actuación de los alumnos acerca de la dignidad humana, la justicia social, la integridad, el altruismo y la autonomía, que son parte de los valores descritos por la American Association of Colleges of Nursing (AACN).

Del mismo modo, Shih et al. (2009) utilizaron la metodología cualitativa, concretamente a través de la formación de grupos focales, para detectar cuáles eran los valores profesionales predominantes en la cultura taiwanesa. Formaron la muestra profesionales y alumnos. El análisis de los datos obtenidos mostró que los profesionales son conscientes de sus propios valores y que estos influyen en su comportamiento, siendo esencial en la práctica del cuidado, humanizándolo. Así mismo, pone de manifiesto la necesidad de desarrollar, por parte de los educadores, mejores estrategias para integrar los valores personales con los profesionales.

A su vez, Clark (2016) remarca la idea de una necesidad de formación introduciendo un nuevo concepto, el de la experiencia, puesto que sin esta entiende que es complicado

ofrecer un cuidado humanizado. Por este motivo cree que los profesores deberían incorporar, en los estudios de enfermería, sus propias vivencias.

2.5.1 Necesidad de formación de los profesionales de enfermería

Debido a la constante evolución de la tecnología, los profesionales se ven en la necesidad de una formación continuada que actualice sus conocimientos y los capacite para la utilización de la tecnología emergente.

Dentro del código de ética de la profesión de Enfermería (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1988), se contempla la obligación del profesional de enfermería de estar actualizado constantemente, así como la de detectar las necesidades de esta formación.

Sin embargo, no es únicamente obligación del profesional estar actualizado, sino que tal como recoge el Real Decreto 395/2007 acerca de la formación tripartita, las empresas están obligadas a facilitar la formación necesaria a sus trabajadores para el correcto desempeño de sus funciones y para proteger los valores de la vida y la salud.

Como dice Medina (1999), es desde el ámbito de la formación que debería empezarse a cuestionar si la práctica de enfermería es solo la aplicación de principios para la resolución de problemas, o por el contrario va más allá y precisa de una aplicación más reflexiva de todos los conocimientos adquiridos para la mejora en la aplicación de un cuidado.

Durante los últimos años, la formación se ha centrado básicamente en el desarrollo de habilidades técnicas de escaso contenido humanista, lo que ha dado lugar a la formación de profesionales con elevado saber científico y gran pericia, pero en ocasiones incapaces de reconocer a la persona enferma en sí misma (Santos Hernández, 2001). Pero tal como ya reconocía Collière (1993), la importancia de los valores en la profesión de enfermería se debe a que es una ocupación cuyas claves son los comportamientos y las actitudes necesarias para su desempeño.

De la integración de una buena técnica y la práctica de esta con valores, surge el cuidado de calidad y, a través de los valores y las actitudes adoptadas por un colectivo, surge la identidad profesional (Ramió, 2005). Pero no se debe olvidar que son los valores los que están al servicio de la vida, y no la vida al servicio de los valores, como parece entenderlos la sociedad de hoy en día.

Dentro de la disciplina enfermera, los cuidados a las personas y la consideración de estos como una interacción han sido un supuesto básico para la profesión (Carbelo Baquero, Romero Llord, Casas Martínez, Ruiz Ureña y Rodríguez de la Parra, 1997).

Será después de los sesenta del siglo XX cuando surjan las teorías humanistas en enfermería, a través de las cuales se revela una gran preocupación por parte de las enfermeras por todos los aspectos relacionados con las vertientes humanísticas y filosóficas del cuidado, siendo la concepción humanista la que se centra en la persona, es decir, en una visión de esta como un ser integral.

Es a partir de este momento cuando empiezan a aparecer diferentes visiones del significado del cuidar en su versión humanista. Por ejemplo, según Leininger (1991) cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus convicciones y sus creencias; o según Watson (1985) no se entiende el cuidado sin tener en cuenta los aspectos espirituales y culturales del ser humano.

Con anterioridad se ha definido el cuidado humanizado como aquel que proporciona el profesional de enfermería cuando cuida en base a los valores profesionales, a partir de los cuales se pone al servicio de las personas los conocimientos y los medios profesionales para alcanzar la salud. Como consecuencia, no es de extrañar que diversos autores (González, 2006; Lescaille, 2006; García, Lozada y Lugones, 2005) contemplen la necesidad e importancia de la formación de los valores como parte indispensable de la vida en sociedad, especialmente en profesiones como enfermería, que precisan reconocer a las personas en su totalidad durante la práctica del cuidado.

Sin embargo, tal como hace Gallagher (2016), hay que reflexionar acerca de lo que realmente significa y cuenta como formación, en el contexto de la ética profesional. Gallagher, a través de su investigación, constata que diferentes enfoques de programas formativos obtuvieron diferentes resultados. En función de la actividad formativa recibida, los participantes daban más importancia a un tiempo y espacio de reflexión para poder trabajar en base a los aspectos éticos; eran menos capaces de llevar a cabo una práctica ética a pesar de que podían hablar con más facilidad acerca del significado de un cuidado de calidad por la experiencia adquirida sobre la dignidad y sus sentimientos acerca de la dependencia y la vulnerabilidad. Estos resultados la llevan a preguntarse por la mejor manera de formar a los estudiantes y profesionales en valores profesionales.

Para concluir conviene resaltar que, si bien queda clara la importancia que adquieren los valores dentro de la práctica enfermera, así como la posibilidad y eficacia de su formación, sorprende que la literatura únicamente recoja esta necesidad de formar en

valores dentro de las guías docentes de las universidades o en estudios llevados a cabo en distintos países (Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, 2010), no encontrándose estudios que hablen acerca de valorar si existe necesidad de formación continuada en valores más allá de los estudios universitarios. A pesar de que los valores se aprenden y se consolidan con la práctica, es fácil que caigan en desuso como consecuencia o con el pretexto de la falta de tiempo o de recursos, tanto materiales como humanos, algo que muy común en el contexto actual de la profesión.

2.6 Perspectiva de los pacientes en la práctica del cuidado

El paciente es, junto a la enfermera, uno de los protagonistas del cuidado por motivo de la interacción necesaria que se produce entre ambos en el acto del cuidado y de la atención de las necesidades del enfermo. Por este motivo, se considera importante profundizar en la percepción del paciente acerca del cuidado que recibe, así como en conocer el cuidado que éste espera recibir de los profesionales que le atienden.

A raíz del interés surgido por aproximarse a la experiencia del propio paciente, surgen durante la última década numerosos estudios (Findik, Unsar y Sut, 2010; Zhao Akkadechanunt y Xue, 2008; Mira, Galdón, García, Velasco, Lorenzo, Vitaller y Buil, 1999; Palacio Lapuente, Marquet Palomer y Oliver Esteve, 2003; González-Valentín, Padín López, y de Ramón Garrido, 2005; Mira et al., 2002; Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg y Wadensten, 2011) que han orientado sus objetivos a estudiar el cuidado desde la perspectiva del paciente, así como a evaluar el grado de satisfacción que presentan ante los cuidados recibidos y percibidos.

El abordaje metodológico para descubrir las causas de satisfacción o insatisfacción de los pacientes en el ámbito sanitario se ha llevado a cabo a través de técnicas tanto cualitativas (Mira et al., 2002;) como cuantitativas (Findik, Unsar y Sut, 2010).

Estudios como el de Findik, Unsar y Sut (2010) resaltan diversos factores relacionados con el grado de satisfacción de los pacientes, destacando los hospitales de gestión privada como los que tienen una mayor satisfacción entre los pacientes. No destaca únicamente el tipo de gestión, sino que lo relaciona con características de los pacientes, mostrando diferencias sustanciales en la satisfacción en función del sexo, la edad, el nivel cultural y los ingresos económicos, todos ellos factores ligados al propio paciente; pero, por otro lado, explica la existencia de factores externos como los relacionados con la duración del ingreso o el tipo de unidad en la que está ingresado. En todos los estudios

se puede apreciar una nota común: la relación esencial que existe entre el profesional de enfermería y el cuidado que proporciona con el grado de satisfacción del paciente.

En general se puede concluir que los pacientes están satisfechos de los cuidados de enfermería que reciben (O'Connell, Young y Twigg, 1999; Akin y Erdogan, 2007; Hekkert Cihangir, Kleefstra, Van den Berg y Kool, 2009), siendo indiferente el país en el que se haya llevado a cabo el estudio. Todos reflejan un nivel de satisfacción aceptable. Los pacientes estudiados valoran positivamente (Findik, Unsar y Sut, 2010) tanto el cuidado proporcionado como las habilidades necesarias para proporcionar los cuidados.

Sin embargo, otras investigaciones, como la de González-Valentín (2005), ponen de manifiesto la necesidad de modificar el modo y la cantidad de información que proporcionan los profesionales a los pacientes, así como la cercanía en el trato que proporcionan las enfermeras, expresada fundamentalmente en el conocimiento del nombre de la enfermera que les va a atender.

La expectativa de cuidado manifestada por el paciente es la que debería marcar tanto el aprendizaje como la práctica dentro de la disciplina enfermera, adecuando constantemente los valores profesionales a las necesidades de la sociedad.

No obstante, del mismo modo en que se considera relevante conocer las expectativas y las percepciones de los pacientes, el estudio llevado a cabo por Souza, Brêtas y Matheus, (2009) pone de manifiesto la necesidad de comprender lo que el término humanización significa para los profesionales de enfermería. Este estudio destaca tanto el desconocimiento por parte de los profesionales sobre el significado del término "humanización", como la relación de éste con la tecnología y la falta de comunicación entre los profesionales y los pacientes. Pero no únicamente señala como responsable a la falta de interrelación, sino que también responsabiliza a las propias instituciones hospitalarias por la falta de tiempo y de recursos con los que los profesionales deben desempeñar sus tareas, implicando a las áreas gestoras en la humanización del cuidado.

Los estudios mencionados tienen en común diversos conceptos que, según los profesionales, ayudan a humanizar la enfermería. Entre ellos se pueden destacar:

- Tratar como a uno mismo le gustaría ser tratado
- Pensar en la persona y no en la enfermedad
- Compromiso con la persona cuidada
- Comunicación interpersonal

Según los artículos mencionados, la percepción de la calidad del cuidado de las enfermeras difiere sustancialmente de la percibida por los pacientes (Zhao Akkadechanunt y Xue, 2008; Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg y Wadensten, 2011). Mientras los profesionales de enfermería ponen sus expectativas y supeditan sus valores de cuidado a la cantidad de personal, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, los pacientes valoran la competencia y las habilidades técnicas del personal que le atiende.

Sin embargo, hay que destacar en contraposición, otros estudios como el de Daza de Caballero, Torres Pique y Prieto de Romano (2005), en el que sí se evidencia por parte de los pacientes una necesidad de ser cuidado desde una perspectiva más humana, ya que valoran más el trato que reciben por parte de los estudiantes de enfermería que de los propios profesionales, debido a un distanciamiento entre lo teórico y lo práctico como consecuencia de las vivencias personales en el ámbito hospitalario.

Por tanto, se evidencia una necesidad de reorientar el tipo de cuidado en función de las expectativas del paciente para alcanzar un nivel óptimo en la calidad del cuidado percibido, pero incluyendo valores humanos y profesionales que recuperen el sentido de la práctica de enfermería.

A modo de conclusión a todo lo expuesto en este capítulo, es necesario resaltar la importancia de ofrecer un cuidado centrado en el paciente y en valores por parte del personal de enfermería. Este cuidado humanizado se debe, tal como explica Watson, a que los pacientes necesitan que se les atienda de una forma integral, de modo que se les preste una atención que fomente el humanismo, ya que se podría afirmar que el cuidado de los pacientes únicamente resulta eficaz cuando se practica de forma interpersonal.

Sin embargo, no se puede olvidar, tal como apunta Medina (2005), que para que exista una humanización de los cuidados de enfermería es imprescindible que el propio profesional de enfermería sea el que detecte esta necesidad de cambio, a la par que se dé en un cambio de paradigma en el estudio, la reflexión, la voluntad y el deseo de mejora.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Introducción

En este capítulo procederé a explicar aquellas reflexiones que me llevaron a la selección del enfoque etnográfico como el método más adecuado para abordar el tema planteado. Así mismo, profundizaré en los métodos y estrategias adoptados para llevar a cabo la recogida de datos y el posterior análisis de los mismos.

3.1 Orientación del diseño de la investigación

A la luz de la bibliografía planteada anteriormente, llegó el momento de decidir en qué paradigma situar la investigación, el cual marcaría la metodología a emplear para la recogida de datos y posterior análisis de los mismos.

El diseño de la investigación es un procedimiento crucial para el éxito de la investigación, y siguiendo a Medina (2005) en su reflexión sobre la necesidad de que este método no sea únicamente una decisión técnica, sino que es preciso tener en cuenta aquellos supuestos éticos y teóricos a partir de los cuales el investigador fundamenta la investigación, se realizó una profunda reflexión al respecto, del mismo modo que hizo Tort (2015), teniendo en cuenta la relación epistemológica, ontológica y metodológica que guían el proceso de la investigación.

Por un lado, debía decantarme entre enmarcar mi investigación en una línea positivista, o ser yo misma el instrumento de recogida de datos y centrarme en el paradigma cualitativo para dar respuesta a las preguntas que me había formulado.

Debido a que la pretensión de este estudio era profundizar en los valores profesionales de enfermería, para orientar el modo en que se expresarían los resultados obtenidos se consideró importante, en primer lugar, concretar el objeto de estudio y seleccionar el paradigma desde el que profundizar en el fenómeno.

Por este motivo me pregunté si mi pretensión era descubrir el grado de asimilación de los valores profesionales entre los profesionales inmersos en el mundo laboral, o bien pretendía profundizar en el modo en el que los ponían en práctica, puesto que cabía la

posibilidad de tenerlos arraigados como conocimiento, pero no utilizarlos en la relación cotidiana que se establece con los pacientes.

Tal como indica Medina (2005), el debate entre lo cuantitativo y lo cualitativo posee unas connotaciones profundas y unas diferencias fundamentales acerca de ontologías, epistemologías, valores e intenciones. Esta reflexión fue una aportación para la toma de decisión acerca del paradigma en el que enmarcar la investigación.

No obstante, esta decisión fue uno de los momentos más difíciles del diseño de la investigación, ya que esta elección tiene una gran repercusión en el papel que va a desempeñar la figura del investigador, sobre todo en el caso de la investigación cualitativa.

Decantarse por un enfoque cualitativo significa adentrarse en la incertidumbre, puesto que a pesar de la cantidad de literatura que existe acerca de este tipo de investigación, no son muchos los trabajos que detallen claramente cómo realizar un estudio cualitativo (Hammersey y Atkinson, 1994). Sin embargo, sí hay que contemplar algunas consideraciones que otorgan sentido y validez a este tipo de diseño, ya que según Eisner (1998), la flexibilidad, la interacción y el ajuste permanente son tres características del método cualitativo. Estos rasgos confieren a la investigación la posibilidad de cambiar el propósito de la misma en función de la situación y el contexto en que se desarrolle la investigación. Sin ellos, no se podrían considerar válidos los resultados obtenidos durante el estudio.

Sin embargo, esta incertidumbre no era el único obstáculo que planteaba una investigación cualitativa. Del mismo modo, me enfrentaba a romper con mis ideas preconcebidas y en línea con el positivismo, dentro del cual ha estado enmarcada siempre mi trayectoria profesional. El hecho de haberme formado hasta entonces dentro de un paradigma claramente biomédico cuestionaba mi propia visión sobre la validez de una investigación cualitativa.

Finalmente, una revisión de la literatura acerca de los diseños de investigación, así como mi propio interés personal, me hicieron decantarme hacia un paradigma cualitativo. Este me permitiría adentrarme en los comportamientos de las enfermeras, pudiendo permanecer a su lado y profundizando en el modo en que ponían en práctica los valores profesionales de un modo objetivo, teniendo en cuenta la subjetividad propia de la investigación cualitativa.

3.2 Reflexión *emic* acerca de la aproximación del estudio

Otro aspecto que tuve en cuenta en el diseño del proyecto fue, tal y como expresó Garfinkel (1967), que en un supuesto de la vida cotidiana se podía encontrar el escenario principal para el estudio del modo de actuar de las personas. Esta afirmación reforzó mi elección por un acercamiento al paradigma cualitativo o naturalista.

Es relevante destacar el papel que juega este paradigma en la investigación en salud, y concretamente en la investigación de enfermería. Su importancia principal es que contribuye a la comprensión de las distintas realidades enfrentadas, ayudando a esclarecer los significados de la experiencia humana, y la proporción de una gran proximidad en el momento de captar y entender los elementos subjetivos y contextuales que forman parte de los procesos sociales.

Maciá Soler (2014) afirma que una visión integradora acerca de la salud nos obliga a considerar aquellos espacios sociales e intersubjetivos que así mismo forman parte de la enfermedad. De este modo, se enriquece la investigación ofreciendo otro tipo de aproximación, diferente al biomédico, a través de la visión de las dimensiones de la enfermedad en su totalidad.

Desde un primer momento, mi intención fue investigar acerca de la necesidad de incluir acciones formativas, relacionadas con los valores profesionales, dentro de los planes de formación continuada de las instituciones hospitalarias de las que yo formaba parte. De este modo, pretendía disminuir la predominancia de la formación biomédica, a favor de una formación más alineada con la parte más humanística del concepto de cuidado.

Por tanto, y para concretar la metodología que diera respuestas a mis pretensiones, formulé aquellos interrogantes que me sirvieron como orientación durante mi proceso de investigación, tal y como se ha explicado en el primer capítulo y que se vuelven a reflejar en este apartado, con la finalidad de que el lector recupere la finalidad de la investigación:

- ¿Qué conocimiento tienen los profesionales de enfermería acerca de los valores profesionales?
- ¿Qué valores aplican los profesionales de enfermería en la práctica del cuidado?
- ¿Qué percepción tienen los profesionales de enfermería acerca del cuidado que ofrecen a sus pacientes?

- ¿A qué tipo de práctica del cuidado dan más valor los pacientes?
- ¿Qué percepción tienen los pacientes del cuidado recibido?

A estas preguntas de investigación se asociaron unos objetivos, que a su vez contribuirían a guiar la investigación. De este modo se definió como objeto fundamental del estudio **explorar la percepción de los profesionales de enfermería sobre los valores profesionales, así como su impacto en la práctica, y conocer el significado del cuidado desde la perspectiva profesional y del paciente.**

3.3 Etnografía como metodología de elección

Tras plantear el objeto del estudio y decantarme por una aproximación cualitativa, surgieron más preguntas acerca del enfoque más adecuado para llevar a cabo la investigación. Esto resulta de gran importancia si se tiene en cuenta que investigar desde el paradigma cualitativo permite diversos enfoques metodológicos (Garfinkel, 1967; Glasser y Strauss, 1967; Woods, 1987), permitiendo todos ellos profundizar en los procesos asistenciales, entre los que se encuentra enmarcado el cuidado.

Interesaba abordar el tema desde una metodología que permitiera un acercamiento y hasta una posible participación en la cotidianidad de los profesionales de enfermería con tal de recoger los datos necesarios para profundizar en el objeto de investigación.

Finalmente, escogí como método la **etnografía** debido a la posibilidad que ofrece esta metodología a los investigadores de llevar a cabo una descripción detallada y minuciosa (Medina, 2005), con la finalidad de comprender de un modo holístico el fenómeno que se pretende estudiar.

Al igual que Medina, Geertz (1987) reconoce que el objeto de la etnografía es la descripción de los significados que las personas utilizan para comprender su mundo, término que ha dado lugar a diferentes enfoques etnográficos (Hammersley y Atkinson, 1987).

Atendiendo a la clasificación que hacen Taylor y Bogdan (1987) acerca de los tipos de enfoque desde los que se pueden realizar los estudios etnográficos, y según el objetivo que pretende este estudio, se consideró adecuado dar un enfoque más descriptivo que

conceptual. Esto se debe a que, desde el punto de vista descriptivo, existía la posibilidad de aproximarse con mayor intensidad a la realidad que se pretendía estudiar y se ofrecía, por tanto, una mayor posibilidad de interpretar los significados, los cuales únicamente pueden ser entendidos en el propio contexto (Hammersley y Atkinson, 1994).

3.4 Estrategias de recogida de información

El hecho de optar por un estudio cualitativo de corte etnográfico me obligaba a situarme en una posición que permitiera observar los comportamientos diarios de los profesionales de enfermería. Esta necesidad implicaba una dificultad por los siguientes motivos: En primer lugar, por el hecho de ser nativa en el campo y pertenecer al equipo de dirección, lo cual me podía situar como un sujeto de observación acechador entre los profesionales de enfermería, algunos de los cuales conocía personal y profesionalmente desde hacía muchos años. Este hecho podría modificar el comportamiento de los mismos, si mi presencia les hacía trabajar en base a un modelo que creían que se podía esperar de ellos, o bien hacerles sentir cohibidos, quizá temiendo que el motivo de la investigación fuese otro que el de explorar la relación existente durante el momento del cuidado.

Por otro lado, y como consecuencia de haberlo vivido en primera persona, la relación de intimidad que se establece en el acto de cuidar, así como la espontaneidad en el trato con el paciente, se puede ver alterado ante la presencia de terceros, ajenos a la interrelación enfermera–paciente, y este aspecto podía dificultar la observación.

Sin embargo, en las instituciones hospitalarias, y tal como recoge la literatura mencionada en el capítulo anterior, no solo importan las interacciones enfermera–paciente, sino que son igualmente importantes las de los profesionales de enfermería con el resto de profesionales del equipo sanitario y con la misma institución, puesto que todo redundaba en un beneficio o un perjuicio hacia el paciente.

Por fortuna, estos peligros menguaron a causa del nuevo puesto que se me ofreció dentro de la dirección de enfermería, como Coordinadora de Docencia, Formación e Investigación, que me apartaba de cualquier relación jerárquica que pudiera tener con los profesionales que iban a ser muestra de mi estudio.

Es necesario resaltar, en este apartado, un aspecto de sobras conocido: el enfoque etnográfico, entendido como modelo de investigación, va asociado a unas estrategias de recogida de datos mediante las cuales se pueden obtener todas aquellas referencias que

son consideradas relevantes para la investigación (Medina, 2005). Entre ellas, destacan dos: la observación participante y las entrevistas en profundidad. Sin embargo, no son las únicas. En base al objeto de estudio y de los objetivos definidos para la investigación, así como del enfoque escogido y de las posibilidades que ofrece la etnografía como herramienta de recogida de datos, se han seleccionado las siguientes estrategias, expuestas a continuación:

3.4.1 Cuestionario sociodemográfico

Junto con la entrega del consentimiento informado (Anexo 1 y 2), se administraría un cuestionario (Anexo 3 y 4) en el que se debían registrar los datos personales, profesionales y académicos de los participantes en el estudio, con la finalidad de obtener una visión descriptiva del perfil de los participantes en el estudio.

3.4.2 Observación participante

Numerosos autores (Goetz y LeCompte, 1988; Hammersley y Atkinson, 1994; Taylor y Bogdan, 1987) coinciden en que la **observación participante** es la estrategia principal mediante la que se realiza la recogida de información. Estos datos son utilizados con posterioridad por los investigadores en el enfoque etnográfico. Para ello, es necesaria la interacción entre el investigador y las personas a las que se va a investigar, lo que explica la necesidad de la presencia del investigador en el campo de estudio.

Es a través de la observación participante, característica principal de la etnografía, desde donde el etnógrafo tiene la posibilidad de participar de la vida cotidiana de las personas durante un periodo más o menos extenso, con la finalidad de ver, escuchar y preguntar datos que ayuden a explicar el tema de estudio (Hammersley y Atkinson, 1994). Esta técnica se considera importante dentro de la etnografía debido a que tiene lugar dentro de un contexto particular, a través del que se puede entender un comportamiento determinado de las personas. Por ello no puede ser restringida la información que sobre ellas se recoge de forma artificial o a través de las entrevistas.

Al igual que Hammersley y Atkinson (1994), Patton (1990) afirma que la observación participante es el elemento principal por el que el investigador pretende comprender el modo de actuar de los demás, olvidando su propio punto de vista. Taylor y Bogdan (1987)

definieron la observación participante como un elemento clave para el contraste de otros datos obtenidos, fundamentalmente a través de las entrevistas.

Para que la observación sea efectiva, se precisa estar en el campo de observación durante un periodo prolongado, ya que en caso contrario no es posible aprender los modos de comportamiento y los valores de las personas investigadas, ni se consiguen mitigar los efectos que la presencia del investigador produce en la unidad de observación. En el caso de este estudio, se estimó un periodo de permanencia en el campo de seis meses aproximadamente.

Sin embargo, tal como señalan Denzin y Lincoln (2005), como observación participante no se entiende únicamente al propio hecho de observar, sino que implica al mismo tiempo un análisis documental, la entrevista a informantes, la participación directa, la observación y la introspección (Bardallo, 2010). Lo que servirá como herramienta para hacer emerger los aspectos más significativos y que servirán de guía para las posteriores observaciones.

A pesar de la posibilidad de ejercer esta observación de modo encubierto, nunca se sopesó tal idea para este estudio, ya que al igual que Taylor y Bogdan (1987) o Lincoln y Guba (1985), considero que la práctica encubierta de la observación participante desdice los postulados del paradigma cualitativo. Sin embargo, también debía considerar que el método de observación del cuidado de las enfermeras me impedía compaginar la observación, con la realización de una actividad asistencial.

Se pretendía que la interacción que se iba a establecer con los profesionales fuese amplia, pero desde un principio se acordó que mi presencia en el campo sería de mero observador, ya que no era conveniente que se contase conmigo como una ayuda profesional para las enfermeras con las que estuviera. Se trataba por tanto de una interacción que no suponía un compartir tareas de trabajo, pero que sí resultaba fundamental, como se ha expresado anteriormente, para crear un ambiente de confianza con los profesionales que pudiera mitigar o eliminar mi efecto en el escenario como investigadora. El hecho de que la metodología cualitativa emplee el método inductivo para hallar respuestas, y por tanto desaconseje la utilización de un guion predeterminado que oriente la observación, me situaba en una situación compleja dada mi falta de experiencia como investigadora. Al final, decidí elaborar un escueto guion que me facilitase la sistematización de la recogida de datos (Anexo 5) y orientase mi observación, de modo que no perdiera de rumbo del objeto de mi investigación. Como punto de

partida, se evaluarían una serie de comportamientos y actitudes del profesional de enfermería durante el desempeño de su jornada laboral.

Así mismo, decidí comenzar la contextualización del campo de observación de un modo más holístico, incorporando registros más descriptivos al principio para dar paso, posteriormente, a observaciones más precisas que se focalizaran sobre aspectos que serían más relevantes para el objetivo de la investigación.

Para ello establecí una secuencia, al igual que hizo Medina (2005) durante su investigación:

1. Familiarizarme con el contexto y personas donde iba a desarrollar mi investigación durante la primera etapa de la recolección de datos.
2. Amoldarme a las rutinas profesionales de las enfermeras que iba a observar.
3. No buscar protagonismo en la interacción con el paciente.
4. Antes de establecer una relación estrecha con los informantes, indagar sobre las relaciones ya existentes en el contexto de observación.
5. Mantenerme al margen de la práctica asistencial, ya que sería un impedimento para realizar una observación profunda de los participantes.

Se dispondría de un cuaderno de campo para registrar las observaciones de una forma minuciosa, tanto de lo percibido como de los comentarios y sentimientos derivados de las situaciones que iba a presenciar.

Como se ha indicado antes, esta observación se realizaría principalmente a través del estudio del comportamiento de los profesionales de enfermería hacia sus pacientes.

3.4.3 Entrevistas en profundidad

La entrevista es “una conversación, el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas” (Denzin y Lincoln, 2005. P.643), la cual se puede ver fuertemente influenciada en función de las características personales del investigador (Vargas Jiménez, 2012).

Este tipo de técnica permite obtener información directamente del participante en la investigación, acerca de los hechos o fenómenos que son objeto de investigación (Vallés, 1997).

Según Fontana y Frey (2005), a pesar de que esta adquirió mayor relevancia durante la primera guerra mundial, no era una técnica nueva en la obtención de información puesto que se venía utilizando desde la época egipcia. Sin embargo, no es hasta el siglo XIX que la entrevista se convierte en una herramienta relevante para la recogida de información en el contexto de la investigación (Lucca y Berrios, 2003, citados en Vargas Jiménez, 2012). No sería hasta principios de los 80 cuando comenzaría a tener relevancia en la investigación cualitativa, marco en el que se empieza a utilizar la entrevista en profundidad no solo como herramienta de obtención de datos sino también para la construcción de conocimiento.

Tal como se ha comentado anteriormente, y a pesar de que el método de recogida de datos por excelencia en la etnografía es la observación participante, no hay que despreciar la información aportada a través de la entrevista ya que, según Taylor y Bogdan (1987) es un buen elemento para el contraste de información junto con la observación realizada. Así mismo, permite profundizar en aquellos planos en que la observación no es capaz de llegar. Ellos mismos definen estas entrevistas en profundidad como:

“Reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como expresan en sus propias palabras”. (Taylor y Bogdan, 1987, p. 101)

Se considera que la entrevista cualitativa debe tener una serie de características distintas a las de cualquier otro tipo de entrevista. Debe ser abierta y permitir al participante expresar libremente las experiencias que puedan ser de interés para el entrevistador (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Existen diversas modalidades de entrevistas. Para la investigación que nos ocupa, se escogió la **entrevista semiestructurada** con la finalidad de hallar lo importante y significativo de los informantes, tal como son sus significados, sus perspectivas y sus interpretaciones. Este tipo de entrevista se consideró relevante por dos razones: por un lado, gracias a la flexibilidad que permite para reconducir la entrevista, a medida que van surgiendo nuevos temas y por tanto nuevos interrogantes. Por otro, por la cercanía que se produce entre el investigador y el entrevistado ya que, como explican Taylor y Bogdan (1986), se entiende como una conversación entre iguales, llegando a ser más que un mero intercambio de información a través de preguntas y respuestas.

A pesar de que no se parte de temas predeterminados, sí se espera el abordaje de temas relacionados con el objetivo de la investigación. En un primer momento se elaboró una pequeña guía de entrevista, dejando un espacio para añadir nuevos interrogantes que fueran saliendo a través de las observaciones en el trabajo de campo. Por ello se tomó la decisión de iniciar las entrevistas una vez transcurridos dos meses desde de la iniciación de la observación participante, previendo que tras ese tiempo ya se dispondría de la información suficiente y relevante para conseguir unas entrevistas exitosas. Tal como dice Medina (2005), se partiría de una cierta ignorancia como investigador, pero con el conocimiento suficiente como para poder recoger toda la riqueza de los significados que serían advertidos.

Las entrevistas fueron planificadas para realizarse a las enfermeras y a los pacientes que estaban a su cargo, por lo que se crearon dos guiones de entrevistas, uno para profesionales de enfermería (Anexo 6) y otro para los enfermos (Anexo 7).

En el caso de las **enfermeras**, se hizo una división de la entrevista en varias partes, si bien era consciente de que la cronología de abordaje de las mismas dependería del entrevistado.

Para iniciar las entrevistas se harían preguntas generales con la finalidad de crear un clima distendido y de confianza que permitiera expresarse con naturalidad al entrevistado. A continuación, se exponen los temas de abordaje:

- Una parte indagaría su manera de cuidar y la evolución que había experimentado su concepto de cuidado en función de su experiencia profesional.
- Por otro lado, se mostraría interés en profundizar en los obstáculos e impedimentos con los que se encontraban los profesionales para cuidar en base a su concepto de cuidado.

- Por último, se haría referencia a la percepción que pudieran tener los pacientes acerca del cuidado que ejercían hacia ellos los profesionales.

En cuanto a los **pacientes**, también se tendría interés en indagar acerca de diversos temas que ayudaran a la resolución de las preguntas planteadas en la investigación, como eran las expectativas de cuidado que tenían, así como aquello que les hacía sentirse bien cuidados.

Se previó la grabación de todas las entrevistas para el posterior análisis de su transcripción literaria. Además de la grabadora se utilizaría un cuaderno durante la entrevista, el cual pretendía facilitar que el entrevistador pudiera anotar lo que considerara necesario resaltar, por ejemplo, a nivel de comunicación no verbal, como gestos, cambios de posición, o un especial énfasis en la expresión al tratar sobre conceptos o situaciones determinadas.

3.4.4 Conversaciones informales

Otra de las herramientas que se previó utilizar fueron las conversaciones informales, que según Patton (1987) y Valles (1997) se caracterizan por su forma espontánea de surgir y de realizarse, sin que en ningún momento haya una selección previa de temas o preguntas. Son conversaciones que “emergen del contexto inmediato y que se formulan durante el curso natural del fenómeno” (Avellaneda García, 2009).

Por tanto, tendrían lugar durante la estancia del investigador en el campo y servirían para aclarar situaciones e indagar, de manera inmediata, circunstancias que fueran surgiendo. Estas conversaciones podrían tener lugar en el mismo momento de la observación o bien de manera posterior, si la circunstancia lo requiriere, pero siempre en un transcurso de tiempo lo menos espaciado posible para no perder la esencia de la acción realizada.

Serían objeto de estas conversaciones tanto las enfermeras como los pacientes. La información que aportaran sería totalmente espontánea, por lo que no estaría prevista la grabación de las mismas.

3.5 Análisis de los datos

Con la información obtenida de los participantes, a través de la observación participante y de las entrevistas, se procedería al análisis cualitativo de los datos.

Este análisis se inicia con el comienzo de la observación participante, a través de pequeñas unidades de significado. No se parte de categorías establecidas con antelación al inicio del estudio, sino que se establecerán a partir de los primeros datos recogidos a través de la observación.

Se previó utilizar el método propuesto por Glasser y Strauss (1967) de comparaciones constantes para establecer categorías a través de un método constructivo-inductivo, el cual combina la generación de categorías a través de la combinación entre ellas, con la finalidad de recoger todos los aspectos de la realidad que se pretende estudiar y por tanto que pueda aportar un modo diferente de reconocerla (Bardallo, 2010).

Una vez se dispusiera del *corpus* de datos, se utilizaría el programa informático Atlas.ti en su versión 7.1.4.

A medida que se fueran analizando y clasificando los fenómenos en categorías, se irían comparando entre sí con la finalidad de ir depurando las categorías que puedan aparecer, y de este modo conferirles una mayor fiabilidad.

Se esperaban alcanzar varios niveles progresivos de reducción y estructuración teórica de la información (Hammersley y Atkinson, 1994):

- Primer nivel: Segmentación de la información, así como identificación de unidades de significado.
- Segundo nivel: Agrupación de las unidades de significado en categorías descriptivas. Para conseguir este nivel, se leerían los *corpus* de datos de manera recurrente y, una vez acabado el proceso de segmentación, se establecerían categorías que se identificaran con códigos.
- Tercer nivel: Formación de unidades más complejas de información mediante la agrupación de distintas categorías, llamadas metacategorías.

Si en este capítulo se hace referencia al diseño realizado de la investigación, será en el capítulo dedicado al procedimiento de análisis donde se explicarán ampliamente los pasos realizados para la obtención de los resultados.

3.6 Criterios de rigor

La investigación cualitativa, a diferencia de la cuantitativa, se centra en el estudio de los fenómenos en el marco de su contexto original, de modo que procura encontrar un sentido o una interpretación de estos fenómenos, partiendo de los significados que las personas les otorgan (Calderón, 2002).

Debido a que la metodología cualitativa no fija una exhaustiva rigidez en cuanto al procedimiento, sino que busca el rigor en el grado de coherencia entre el marco teórico y la idoneidad de la pregunta de investigación, a la cual se pretende dar respuesta mediante los datos obtenidos, según la literatura se cree conveniente una evaluación de la investigación desde el punto de vista del paradigma cualitativo.

Por otro lado, el rigor permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos. A pesar de que en la investigación cualitativa los criterios de rigor más extendidos son los de Lincoln y Guba, basados en los criterios de Credibilidad, Confirmabilidad, Transferibilidad y Consistencia, actualmente han adquirido relevancia los descritos por Calderón (2002). Los criterios a los que hace referencia Calderón son: adecuación epistemológica, relevancia, reflexividad y validez.

3.6.1 Adecuación epistemológica

La adecuación epistemológica mide el grado de adecuación entre el estudio propuesto y el tipo de enfoque metodológico. Esta adecuación se valora mediante la idoneidad de la pregunta de investigación, la cual debe permitir una respuesta adecuada desde la metodología cualitativa (Calderón, 2002).

En este estudio se considera que existe coherencia entre la pregunta y la metodología escogida puesto que, al pretender estudiar un comportamiento y unas percepciones, no se puede hacer una valoración sin la observación y la voz de los protagonistas (entrevistas); ambas técnicas forman parte de este estudio.

Así mismo, los verbos utilizados para la formulación de las preguntas de investigación permiten profundizar en el fenómeno que se va a analizar.

3.6.2 La relevancia

Hace referencia a la importancia que se prevé que tendrá el estudio una vez finalizado. En espera de los resultados finales, se pensó que este estudio tendría una repercusión positiva en el ámbito de la formación continuada, rompiendo con una formación puramente biomédica en el ámbito de la enfermería para dar paso al reconocimiento de una necesidad formativa desde la perspectiva de los valores profesionales de enfermería, y relacionándolos positivamente con la mejora de la percepción por parte de cuidadores y pacientes.

No se han encontrado estudios que revelen la necesidad de incluir estos valores en los planes de formación continuada de los hospitales, por lo que los resultados que se obtengan serían novedosos y justificarían la necesidad de incluirlos junto a la formación biomédica.

Del mismo modo, se espera que tenga un gran impacto en el aumento del cuidado humanizado que se da a los pacientes, repercutiendo positivamente tanto en la calidad del cuidado asistencial como en el prestigio del centro hospitalario.

3.6.3 La reflexividad

Esta condición se encuentra presente en cualquier proceso de investigación cualitativa. Se considera necesaria para dar a la investigación una coherencia epistemológica.

Es un modo de producir conocimiento social a través de la capacidad reflexiva, lo que facilita la comprensión de las interpretaciones que se han hecho, dentro del contexto social en el que se encuentran. Este criterio de rigor cualitativo se justifica mediante la interactividad que se produce entre el investigador y su objeto de estudio, tal como dice Calderón (2002).

Por tanto, representa el esfuerzo del investigador por explicitar los efectos que tiene esta interactividad con la finalidad de reconocerlos, así como de hacer posible que sean

tenidos en cuenta tanto por el investigador como por las personas a las que va dirigida la investigación (Bardallo, 2010; Calderón, 2002).

Con el fin de preservar la reflexividad en el estudio y de no permitir que la opinión del investigador principal produzca un sesgo en la información obtenida y en su posterior análisis, se solicitará el intercambio de aproximaciones al objeto de estudio entre diferentes investigadores, obteniendo así una triangulación entre investigadores. Esta triangulación conlleva, en sí misma, una práctica reflexiva.

3.6.4 La validez

A pesar de que el criterio de validez se asocia mayoritariamente a la investigación cuantitativa, también se utiliza dentro del marco de la investigación cualitativa, puesto que en ambos enfoques de la investigación se busca preservar la mayor fidelidad respecto al comportamiento de un determinado fenómeno dentro de la realidad (Bardallo, 2010).

Esta validez no busca una representación numérica, sino que, enmarcada en la investigación cualitativa, la validez está representada por la pertinencia y la cualidad interpretativa de los resultados, los cuales buscan explicaciones profundas y lógicas a través de los datos obtenidos (Calderón, 2002).

Este criterio se conservaría, inicialmente, a través de una selección de la muestra congruente con el objeto del estudio. En el momento de la recogida de datos, y una vez transcrita las entrevistas, estas se devolverían a cada participante con la finalidad de que puedan verificar que la transcripción se ajusta a su discurso y se mantiene en el tiempo.

3.7 Consideraciones éticas

Con la finalidad de garantizar la eticidad de la investigación, se decidió tener en cuenta La Declaración de los Derechos Humanos, La Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica Española 15/1999 para proteger y garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos.

Se solicitaría:

- La aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) (Anexos 6 y 7) de las instituciones hospitalarias donde se va a proceder a realizar la investigación,

así como la aprobación del Comitè d'Ètica en Recerca (CER) (Anexo 10), de la Universitat Internacional de Catalunya.

- La autorización de las Direcciones de Enfermería correspondientes.

Se administraría un formulario de Información y Consentimiento informando a todos los participantes en el estudio con la posibilidad de revocar libremente su decisión en cualquier momento.

El profesional de enfermería podría revocar su decisión sin que ello afectase a su circunstancia en la empresa, y en el caso de los pacientes, estos serían libres de revocar su participación en el estudio sin que el cuidado que estuviesen recibiendo se pudiera ver afectado bajo ninguna circunstancia.

Debido a que la investigadora principal formaba parte del equipo de la Dirección de Enfermería, se garantizaría a los participantes que la relación laboral entre los profesionales de enfermería y el investigador principal no se viera afectada bajo ningún concepto por las opiniones, actitudes o grado de colaboración mantenido durante el estudio.

Para preservar el anonimato de los datos recogidos durante la observación y las entrevistas, se procedería a la codificación de las mismas.

CAPÍTULO 4: TRABAJO DE CAMPO

CAPÍTULO 4: TRABAJO DE CAMPO

Introducción

En este capítulo se explicará detalladamente el modo en que se procedió a la recogida de datos y la fase de análisis de los mismos.

Tal como dijo Erikson (1989), el hecho de que el investigador relate de una forma minuciosa el proceso investigador contribuye a garantizar la credibilidad de las investigaciones cualitativas. Para ello, profundizaré de modo retrospectivo en el trabajo llevado a cabo antes y después de llegar al campo de estudio, así como los pasos seguidos para la realización del análisis del *corpus* de datos que permitieron llegar a la obtención de los resultados. Por tanto, y para entender cuál fue el proceso seguido, detallaré de forma cronológica los aspectos relevantes de cada una de las etapas que han tenido lugar durante la investigación, tal como Medina (2005), que me ha servido como guía, hizo en su momento.

En una **primera fase**, que tuvo lugar entre febrero de 2014 y junio de 2016, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Revisión de la literatura sobre el tema de objeto de la investigación, los valores profesionales, que permitiría un acercamiento a su situación actual. Así mismo, interesaba explorar los tipos de enfoque más utilizados para su estudio y que me ayudarían a centrar el abordaje de mi tema de investigación.
- Elaboración del primer diseño de la investigación¹⁵. En esta fase se acabó de perfilar: la especialidad en la que se iba a centrar el trabajo; cuáles serían las instituciones en las que se procedería la investigación; las estrategias tanto de recogida de datos como del análisis de la información que se recogería durante el trabajo de campo.
- Desarrollo del trabajo de campo, en el que se incluye información acerca de: la negociación con los centros; la solicitud a los comités de ética; el acceso al campo; el transcurso de la observación durante la estancia; la realización de las entrevistas; y por último la retirada del campo.

¹⁵ A pesar de que el primer diseño del proyecto tuvo lugar durante la redacción del TFM, el espacio de tiempo transcurrido obligó a la redacción de un nuevo proyecto, acorde a la situación actual de las instituciones en las que se iba a llevar a cabo la investigación.

- Aprendizaje del funcionamiento del programa Atlas.ti, que favoreció el análisis de los datos obtenidos y con el cual no había trabajado antes. A la par, se realizaron dos cursos: uno acerca del análisis de datos cualitativos, que favoreció un acercamiento desde mi perspectiva como investigador a los datos que iba a analizar, y otro acerca de la ética de la investigación, que me ayudó a profundizar en aquellos dilemas morales que implicaba el diseño escogido.
- Transcripción de los datos y creación de la unidad hermenéutica, que fueron las utilizadas durante el análisis de datos.

Durante la **segunda fase**, que tuvo lugar entre julio y diciembre de 2016, las actividades realizadas, en orden cronológico, fueron:

1. Resumen de las notas de campo y de las primeras transcripciones.
2. Elaboración, lectura y segmentación del *corpus* de datos: codificación y categorización de las unidades de significado.
3. Triangulación y convergencia de datos, con la finalidad de garantizar el rigor científico.
4. Análisis de los datos, según el método propuesto por Glasser y Strauss (1967), de las comparaciones constantes.
5. Interpretación de los datos en base al marco teórico utilizado.

4.1 Trabajo de campo

Durante esta fase, el objetivo principal fue el de recoger la información necesaria para dar respuesta a los objetivos marcados con anterioridad. Para ello, se llevaron a cabo los contactos con las direcciones de enfermería de los centros hospitalarios, a fin de presentar el proyecto de investigación y obtener el permiso necesario para acceder al campo, con el fin de realizar la observación participante y las entrevistas.

Empezaba esta tarea con cierta inquietud, ya que era la primera vez que iba a llevar a cabo este complejo trabajo. Era plenamente consciente de que, a pesar de toda la planificación que había realizado, al principio me iba a costar un gran esfuerzo mantener

el cien por cien de mi atención para no dejar escapar el más mínimo detalle que pudiera ser útil en mi investigación y diera una mayor validez a mis resultados.

Por otro lado, también me preocupaba cómo iba a ser aceptada por el personal de los centros ya que, debido a la enorme carga laboral que existe actualmente en las unidades de hospitalización, podían verme como una carga y no estar interesadas en participar en mi investigación.

Por último, debe mencionarse otro aspecto que no estaba segura de saber identificar: el nivel de saturación de los datos. ¿Realmente no habría más observación o entrevistas que pudieran aportarme otros puntos de vista, si prolongara la estancia en el campo?

4.1.1 Ámbito de estudio

El estudio se ha llevado a cabo en cuatro centros hospitalarios de la provincia de Barcelona. Tres de ellos son privados y pertenecientes a una misma institución, siendo el último una institución de ámbito público.

Pude presentar con una mayor facilidad mi proyecto de investigación —el cual obtuvo una gran aceptación— en las instituciones privadas donde iba a realizarse el estudio, gracias al hecho de ser nativa del campo de observación, así como al hecho de formar parte del equipo de Dirección de Enfermería, común para los tres hospitales pertenecientes al mismo grupo institucional.

El proyecto de tesis fue presentado a la dirección en el mismo formato que se entregó al CEIC, y se decidió presentarlo del mismo modo a la subdirección de enfermería de cada uno de los otros dos centros para pactar, con cada uno de ellos, el modo en que se iba a acceder a los profesionales.

El acceso al hospital público se me planteaba más complicado, ya que no conocía a la dirección, y existía la posibilidad de que el formar parte de la Dirección de Enfermería de otro centro me pudiera crear dificultades. Sin embargo, a través del director de investigación de la institución, que era padre de una de mis alumnas de grado, pude acceder a la dirección de enfermería y presentarles mi proyecto. Ante mi sorpresa, en todo momento encontré facilidades para llevar a cabo mi investigación. Presenté el proyecto ante la directora de enfermería, a la responsable del área de Medicina Interna y la gestora de la planta. Entre las tres me ayudaron a solventar el inconveniente que suponía, para un investigador ajeno a la empresa, querer llevar a cabo una investigación

en su centro. Para ello me facilitaron el nombre de una enfermera que me serviría de enlace y de investigadora principal¹⁶, a fin de que el CEIC pudiera darme su conformidad. Una vez obtenido el permiso para desarrollar la investigación, se siguió el mismo proceso en los dos casos, solicitando y obteniendo la correspondiente aprobación del CEIC.

En un principio se contempló únicamente la participación de los tres hospitales privados. Estos tres centros tenían en común, además de pertenecer al mismo grupo sanitario, poseer un concierto con el Servei Català de la Salut. El hecho de que la adscripción de los tres centros a la empresa fuese relativamente reciente dio lugar a la posibilidad de que podían aportar la diversidad requerida, en cualquier estudio cualitativo, para profundizar en el fenómeno de estudio dado que sus políticas de gestión no estaban absolutamente integradas.

Sin embargo, y basado fundamentalmente en que el tiempo discurrido entre el diseño de la investigación y la posibilidad de acceso al campo se dilató excesivamente, se dio una cierta homogeneización en el modo de trabajar de los profesionales de enfermería. Esto se debió a que la dirección de enfermería de los tres hospitales estaba centrada en una única figura, la cual estableció un único criterio de expectativa de cuidado para todos los profesionales que formaban parte de su dirección. Esta circunstancia llevó a plantear la inclusión en el estudio de un centro perteneciente a la administración pública, en vistas a obtener una visión más amplia sobre las diferentes perspectivas de ofrecer el cuidado.

Con el fin de situar cada uno de los centros para entender sus circunstancias y su disponibilidad asistencial, procederé a realizar una breve reseña de cada uno de ellos¹⁷:

- Hospital A. Es un centro privado situado en la provincia de Barcelona. Posee unos 900 trabajadores, de los cuales 310 son profesionales de enfermería. Tiene una capacidad máxima de 272 pacientes.
- Hospital B. Situado en Barcelona, es un centro privado que tiene un total de 780 trabajadores, de los cuales 260 son profesionales de enfermería. Posee una capacidad máxima para acoger 215 pacientes.

¹⁶ Era requisito para realizar la investigación en un centro ajeno a mi centro de trabajo, que una enfermera de esa institución fuese la investigadora principal, pasando yo a ser la promotora de la investigación.

¹⁷ Se ha obviado en la descripción de cada uno de ellos, el nivel de hospital al que pertenecen, así como el área geográfica en el que están ubicados, puesto que los haría fácilmente identificables.

- Hospital C. Localizado en la provincia de Barcelona, es también un centro privado cuya plantilla total de trabajadores es de 145 personas, siendo 57 los profesionales de enfermería. Posee una capacidad máxima de 100 pacientes.
- Hospital D. Se encuentra situado en la provincia de Barcelona y es un hospital perteneciente a la red de hospitales públicos (XHUP). Posee 3239 trabajadores, de los cuales 983 son enfermeras y posee una capacidad de ocupación máxima de 753 camas.

4.1.2 Identificación y selección de participantes

Para la realización del estudio se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, de conveniencia, hasta alcanzar la saturación teórica de datos.

Los sujetos participantes han sido:

- Diplomadas/os de Enfermería de la planta de Medicina Interna de los cuatro centros mencionados. Se escogió esta especialidad por ser una de las más demandadas de cuidados de enfermería.
- Pacientes al cuidado de estas enfermeras.

El número final de sujetos participantes, así como la proporción definitiva de cada uno de los grupos, ha venido determinada por la saturación teórica de los datos (Hammersley y Atkinson, 1994). La selección se hizo teniendo en cuenta los criterios de mejor informante y variabilidad de la muestra, tal como aconseja Patton (1987). Esta selección se realizó en base a unos criterios de inclusión y exclusión, detallados a continuación, y que se consideró que ayudaban a garantizar el éxito de la investigación.

4.1.2.1 Criterios de inclusión

Se siguieron diferentes criterios para la selección de los participantes, en función de si eran profesionales de enfermería o pacientes.

Personal de enfermería

- Trabajar como Diplomado/a de Enfermería en la unidad de Medicina Interna de cualquiera de los centros seleccionados.
- Poseer un contrato superior a 6 meses para evitar pérdidas previsibles correspondientes a la finalización del contrato.
- Poseer un mínimo de tres años de experiencia, puesto que, a través de la literatura expuesta con anterioridad, se sabe que los profesionales noveles poseen interiorizados estos valores gracias a la enseñanza en el marco de la formación universitaria.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Pacientes

- Pacientes mayores de edad sin distinción de sexo.
- Pacientes con capacidad de comunicarse y participar en una conversación.
- Haber firmado el consentimiento informado.

4.1.2.2 Criterios de exclusión

Los criterios que se han seguido para la exclusión de los participantes en la investigación han sido los siguientes:

- Profesionales que tengan dependencia jerárquica con el investigador principal.
- Previsión de ingreso menor de 5 días.
- Pacientes en fase terminal.
- Pacientes aislados.

4.1.2.3. Descripción sociodemográfica de las enfermeras participantes

El número de enfermeras que dieron su consentimiento para la participación en el estudio fue de 36. Sin embargo, y debido a imprevistos como el cambio de servicio o turno, bajas laborales o bajas por maternidad, únicamente se pudo realizar observación a 27 de ellas.

Así mismo, 12 de estas enfermeras son parte de la plantilla de la institución pública en la que se llevó a cabo la investigación.

A continuación, se presenta una tabla (Tabla 4) con la descripción de cada una de las 28 enfermeras participantes, con la información recogida a través de las encuestas sociodemográficas, entregadas conjuntamente con el consentimiento informado.

Tabla 4
Descripción sociodemográfica de los profesionales de enfermería participantes

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE	DESCRIPCION SOCIODEMOGRÁFICA
E1	Enfermera de 40 años. Casada y con un hijo. Desempeña su profesión desde hace 19 años, y desde hace más de 4 años lo hace en el puesto actual. Ha realizado un postgrado en <i>counselling</i> y <i>mindfulness</i> . Actualmente está realizando el Máster de Investigación en Salud.
E2	Enfermera de 31 años. Soltera. Finalizó sus estudios de enfermería hace 8 años y desde los últimos 4 ejerce en su actual puesto de trabajo. Ha obtenido un postgrado de atención primaria en pediatría y ha realizado formación continuada en asertividad y resolución de problemas facilitada por la empresa donde trabaja. No ha recibido ningún tipo de formación en valores.
E3	Enfermera de 50 años. Separada y madre de un hijo. Desempeña su profesión desde hace 22 años y lleva 11 meses en su actual puesto de trabajo. No ha realizado ningún tipo de formación en valores.
E4	Enfermera de 32 años. Soltera. Desempeña su profesión desde hace 6 años. No ha realizado ningún tipo de formación en valores
E5	Enfermera de 27 años. Casada, sin hijos. Finalizó los estudios de enfermería hace 6 años. Lleva 5 años en su puesto actual. Posee la titulación del Master en Cuidados Intensivos. No ha realizado ningún tipo de formación en valores.

E6	Enfermera de 32 años. Soltera. Finalizó los estudios de enfermería hace 12 años y está en el puesto actual de trabajo desde que finalizó los estudios. No ha realizado ningún tipo de formación en valores.
E7	Enfermero de 29 años. Soltero. Finalizó sus estudios de enfermería hace 5 años. Realizó un postgrado en oncología y no ha recibido ningún tipo de formación en valores.
E8	Enfermera de 39 años. Casada y madre de dos hijos. Finalizó los estudios de enfermería hace 18 años, y desde entonces trabaja en la misma empresa. Realizó un postgrado en cardiología y no ha recibido ningún tipo de formación en valores.
E9	Enfermera de 47 años. Casada y madre de dos hijos. Lleva trabajando en la institución desde que finalizó los estudios de enfermería, hace 20 años. Realizó hace 2 años un postgrado sobre el duelo. No ha cursado ningún tipo de formación en valores.
E10	Enfermera de 31 años. Casada y madre de un hijo. Finalizó los estudios de enfermería hace 10 años, y desde entonces trabaja en la misma institución. Realizó un postgrado en paciente crítico. No ha cursado ningún tipo de formación en valores.
E11	Enfermera de 34 años. Soltera. Trabaja en la institución desde que finalizó los estudios de enfermería, hace 9 años. No ha realizado ningún tipo de formación con posterioridad.
E12	Enfermera de 51 años. Casada y madre de dos hijos. Finalizó los estudios de enfermería hace 29 años, y durante los últimos 8 ejerce en el mismo centro. Ha realizado una formación continuada en valores facilitada por la institución sobre inteligencia emocional, gestión de las emociones y trabajo en equipo.
E13	Enfermera de 50 años. Casada y madre de tres hijos. Trabaja como enfermera desde hace 30 años, de los cuales los últimos 6 en la unidad actual. Ha recibido una formación en valores facilitada por la institución sobre inteligencia emocional, gestión de las emociones y trabajo en equipo.
E14	Enfermera de 39 años. Casada y madre de un hijo. Finalizó los estudios de enfermería hace 15 años. Ha cambiado de ubicación laboral hace menos de un año. Cursó estudios de máster en paciente crítico. Ha realizado una formación en valores facilitada por la institución sobre <i>counselling</i> , empatía y trabajo en equipo.
E15	Enfermera de 55 años. Casada y madre de dos hijos. Finalizó los estudios de enfermería hace 35 años y desempeña su rol de enfermera en el centro desde hace 2 años. Ha realizado la siguiente formación en valores, facilitada por su institución: comunicación y empatía.

E16	Enfermera de 50 años. Divorciada y madre de dos hijos. Trabaja en la institución desde que finalizó los estudios hace, 23 años. Es licenciada en Antropología Social y Cultural. Actualmente no está ubicada en una unidad fija, su turno oscila entre dos plantas. Ha realizado la siguiente formación en valores: programación neurolingüística y terapia humanística Gestalt.
E17	Enfermera de 37 años. Soltera y madre de un hijo. Finalizó sus estudios de enfermería hace 15 años y trabaja en el centro desde hace 5. No ha realizado ningún tipo de formación en valores.
E18	Enfermera de 29 años. Casada y sin hijos. Ejerce en el mismo puesto desde que finalizó sus estudios, hace 8 años. Realizó un postgrado en paciente crítico. No ha recibido ningún tipo de formación en valores.
E19	Enfermera de 36 años. Soltera. Trabaja en la institución desde que finalizó sus estudios de enfermería, hace 12 años. Ha realizado una formación en valores facilitada por su institución: gestión del estrés.
E20	Enfermero de 36 años. Soltero. Finalizó sus estudios de enfermería hace 11 años y hace 6 realizó un máster de urgencias. No ha recibido nunca una formación en valores.
E21	Enfermera de 57 años. Soltera. Finalizó los estudios de enfermería hace 9 años y trabaja para la institución desde hace 8. Realizó un postgrado en enfermería comunitaria. Ha cursado la siguiente formación en valores: gestión del estrés.
E22	Enfermera de 29 años. Soltera. Finalizó sus estudios de enfermería hace 8 años y hace 2 realizó un postgrado en enfermería quirúrgica. No forma parte de la plantilla fija de la unidad, pero la ubican en la planta de medicina interna con cierta asiduidad. Ha recibido una formación continuada en valores a través de cursos relacionados con la felicidad
E23	Enfermera de 34 años. Casada y madre de dos hijos. Hace 13 años finalizó los estudios de enfermería y trabaja en la institución desde hace 10. No forma parte de la plantilla fija de la unidad, pero últimamente ha estado ubicada durante bastante tiempo en la planta. Ha realizado un postgrado en psicoterapia y psicología en el cáncer y cursos relacionados con la felicidad.
E24	Enfermera de 36 años. Soltera. Finalizó los estudios de enfermería hace 8 años y desde entonces trabaja en la institución. No forma parte de la plantilla fija de la unidad. Se mueve entre dos plantas, pero ejerce gran parte de su jornada en la Unidad de Medicina Interna. Realizó un máster de medicina alternativa y ha cursado formación continuada en valores sobre ecología emocional.
E25	Enfermera de 39 años. Divorciada y madre de dos hijos. Finalizó los estudios de enfermería hace 18 años y trabaja en la unidad actual desde hace 7 meses. Postgrado en medicina interna y Máster ecología emocional; <i>coaching</i> enfermería al paciente cardiológico.

E26	Enfermera de 26 años. Soltera. Finalizó sus estudios de enfermería hace 6 años y realizó un postgrado en paciente politraumático hace uno. Desde que finalizó los estudios trabaja en la institución, pero no forma parte de la plantilla fija de la unidad. No ha realizado ningún tipo de formación en valores.
E27	Enfermera de 57 años. Separada y madre de tres hijos. Desempeña su rol profesional desde hace 36 años. Desde hace 23 años trabaja en la unidad actual. Ha realizado un máster en logopedia y ha realizado formación en valores, facilitada por la institución: psicología emocional.

Fuente: elaboración propia

4.1.2.4. Descripción sociodemográfica de los pacientes participantes

En cuanto al número de pacientes que han participado, han sido un total de 17 entre los cuatro centros.

Se presenta a continuación una tabla con la descripción de participantes (Tabla 5). Sus datos han sido recogidos a través de las encuestas sociodemográficas entregadas en el momento de firmar el consentimiento informado.

Tabla 5
Descripción sociodemográfica de los pacientes participantes

CÓDIGO PARTICIPANTE	DESCRIPCION SOCIODEMOGRÁFICA
P1	Mujer de 57 años. Casada y madre de dos hijos. Posee estudios superiores y actualmente está en situación laboral activa. Vive en los alrededores de la institución en la que se encuentra ingresada. No ha sido ingresada, en ninguna ocasión, durante el último año. Volvería a ingresar otra vez en esta institución por motivos de calidad y comodidad.
P2	Hombre de 72 años. Casado y padre de tres hijos. Posee estudios básicos. Actualmente está jubilado. Vive en los alrededores de la institución en la que se encuentra ingresado. Durante el último año ha estado ingresado en otras dos ocasiones. Volvería a ingresar otra vez en esta institución por la cercanía respecto a su domicilio.

P3	Mujer de 81 años. Casada y madre de cinco hijos. No posee ningún tipo de estudios. Jubilada. Vive en los alrededores de la institución en la que se encuentra ingresada. Ha estado ingresada una vez durante los últimos 12 meses. Volvería a ingresar en esta institución por el trato recibido de los profesionales y por las instalaciones del centro.
P4	Mujer de 56 años. Casada y madre de cinco hijos. Posee estudios básicos. Su situación laboral es activa. Vive en la misma ciudad en la que se encuentra ubicado el centro hospitalario. Ha estado ingresada una vez durante los últimos 12 meses. Volvería a ingresar en este centro porque considera que hay una atención de calidad y el personal es cualificado.
P5	Mujer de 63 años. Soltera. Posee estudios universitarios. Vive en los alrededores del centro donde se encuentra. Ha estado ingresada una vez durante los últimos 12 meses. Volvería a ingresar en esta institución por el trato personal y profesional.
P6	Mujer de 65 años. Viuda y madre de dos hijos. Jubilada. Posee estudios hasta bachillerato. Vive lejos del centro hospitalario. Ha estado ingresada hasta en cinco ocasiones durante el último año. Volvería a ingresar en esta institución por la profesionalidad en el trato y su interés en recuperar la salud.
P7	Hombre de 62 años. Casado y padre de dos hijos. Nivel de estudios básico. Jubilado. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. Ha estado ingresado veinte veces durante el último año. Volvería a ingresar por la calidad del ambiente: "aquí hay personas y no máquinas. Dan cariño y amistad".
P8	Mujer de 69 años. Viuda y madre de tres hijos. Posee un nivel medio de estudios. Jubilada. Vive en la misma población en la que se encuentra ubicado el centro hospitalario. Ha ingresado en dos ocasiones durante los últimos 12 meses. Volvería a ingresar en esta institución porque "se siente muy bien atendida siempre y enseguida están por ella porque tienen su historial". Incluye que "el personal es muy cariñoso".
P9	Mujer de 59 años. Casada y madre de tres hijos. Posee estudios superiores. En la actualidad se encuentra en activo. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. Ha estado ingresada en tres ocasiones durante el último año. No sabe si volvería a ingresar en este hospital, ya que muestra satisfacción con respecto al personal que lo ha atendido, pero piensa que es "caótico en cuanto al funcionamiento logístico, administrativo y económico".
P10	Hombre de 78 años. Viudo y padre de cinco hijos. Nivel de estudios básico. Jubilado. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. Ha estado ingresado en dos ocasiones durante los últimos 12 meses. Volvería a ingresar en este centro por "el buen trato, el servicio y la amabilidad del personal".

P11	Mujer de 91 años. Viuda y sin hijos. Nivel de estudios básico. Jubilada. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. Ha estado ingresada en 2 ocasiones en el último año. Volvería a ingresar en este hospital por “la calidad del trato” recibido por parte de “todos los profesionales”.
P12	Hombre de 78 años. Casado y padre de dos hijos. Nivel de estudios medio. Jubilado. Vive en la misma población en la que se encuentra ubicado el hospital. Ha estado ingresado en una ocasión durante el último año. Volvería a ingresar porque está cerca de su casa y considera que el servicio es “aceptable”.
P13	Mujer de 70 años. Casada y madre de cuatro hijos. Nivel de estudios medio. Jubilada. Vive en la misma población en la que se encuentra ubicado el centro hospitalario. Durante el último año ha estado ingresada en dos ocasiones. Volvería a ingresar en este centro porque “le parecen bien los médicos y el trato recibido”.
P14	Mujer de 84 años. Casada y madre de tres hijos. Nivel de estudios básico. Jubilada. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. Ha estado ingresada en tres ocasiones durante los últimos 12 meses. No volvería a ingresar en este centro porque “siempre que viene de urgencias la tienen 24h. En una camilla”.
P15	Hombre de 45 años. Casado y padre de dos hijos. Nivel de estudios universitarios. Profesional en activo. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. Es la primera vez que ingresa. Volvería a ingresar en el centro porque “el trato ha sido el adecuado a la situación”.
P16	Hombre de 67 años. Casado y padre de tres hijos. Nivel de estudios medio. Jubilado. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. Ha estado ingresado en dos ocasiones durante el último año. Volvería a ingresar en el centro “porque le han tratado muy bien”.
P17	Hombre de 72 años. Viudo y padre de seis hijos. Nivel de estudios básico. Jubilado. Vive en el área geográfica de influencia del hospital. No ha estado ingresado durante el último año. Volvería a ingresar porque “la asistencia de médicos, médicas y personal auxiliar, enfermeras y enfermeros merece un notable”.

Fuente: elaboración propia

4.1.3 El acceso y permanencia en el campo

Gracias a la colaboración de los mandos intermedios, tuve la posibilidad de acceder y presentarme a los profesionales ubicados en las plantas de Medicina Interna de cada uno de los centros.

Sin embargo, en uno de los centros encontré cierta dificultad para que los profesionales participaran en el estudio. Como consecuencia de haber sido su supervisora con anterioridad, les preocupaba que pudiera trasladar cualquier tipo de información a la dirección de enfermería. Por fortuna, una vez aclarado el carácter confidencial de la participación y resuelto las dudas que plantearon, no tuve problemas en obtener un número de participantes por centro que pudiera facilitarme la saturación de los datos.

El número de pacientes asignados a cada enfermera variaba en función del centro, por lo que algunos días de observación pude advertir la diferencia sustancial del número de ellos, pudiendo oscilar hasta en cuatro pacientes más en los centros privados, ya que el volumen de pacientes a cargo de enfermería en el centro público no superaba nunca los trece.

Otro obstáculo que encontré durante mi permanencia en el campo fue la alta rotación del personal de enfermería que había en alguno de los centros. Esta circunstancia me obligó a observar durante menos tiempo a más profesionales o a prolongar la estancia en el mismo, ya que las plazas que estaban vacantes por la baja o las vacaciones del personal habitual no se cubrían siempre con la misma enfermera.

La permanencia en el campo duró hasta la saturación de datos por una doble finalidad: en primer lugar, para lograr la saturación global en el conjunto de la investigación; en segundo lugar, para obtener la saturación de datos recogidos en el centro público en el que se realizó la observación.

Esta actuación estuvo motivada por el requerimiento por parte de una de las direcciones de obtener, a cambio del permiso para llevar a cabo la investigación, las impresiones sobre el tipo de cuidado que ofrecen sus enfermeras, tanto a la institución, como a las enfermeras participantes. Dicha solicitud obligó a prolongar la recogida de datos, a pesar de haber alcanzado la saturación global de los mismos.

La observación tuvo lugar entre julio de 2014 y mayo de 2016. Hay que tener en cuenta que se detuvo la observación durante los periodos vacacionales, así como durante el

tiempo que se requirió hasta obtener el acceso, permiso y aceptación del CEIC para la recogida de datos en el hospital público.

Las entrevistas se fueron realizando a medida que se iba accediendo a la observación en los distintos centros, por lo que las últimas entrevistas realizadas tuvieron lugar en junio de 2016.

Una vez que se tuvo constancia de la proximidad del fin de la permanencia en el campo debido a la saturación de datos, se fue avisando a los profesionales. Para ello, se les hizo saber que la recogida de datos iba a finalizar aproximadamente dos semanas antes de retirarme definitivamente.

Con la finalidad de no desaparecer bruscamente del campo, se disminuyeron las horas de observación y se procedió a la realización de las entrevistas de los pacientes, así como a pactar las entrevistas de las enfermeras.

Una vez finalizada la recogida de datos se contempló la posibilidad de retomar la observación en el campo, en el caso de que fuese necesario ampliar la información recogida hasta ese momento.

4.1.4 La recogida de la información

La recogida de datos se inició con la observación participante, puesto que serían los datos que proporcionara la observación los que darían lugar a la guía de las entrevistas que se realizarían con posterioridad.

Una vez los profesionales se hubieron habituado a mi presencia como investigadora en el centro, surgió el clima de confianza idóneo para iniciar las entrevistas en profundidad, tanto a los profesionales de enfermería como a los pacientes. La realización de estas conversaciones se daba de manera intercalada para poder aprovechar al máximo la información obtenida por parte de los pacientes y poder contrastarla con la proporcionada por sus enfermeras, así como con la observación llevada a cabo en la investigación.

Así mismo, se utilizó un cuaderno de campo donde se recogió toda la información recogida durante la observación y durante las conversaciones informales que tenían lugar con pacientes y enfermeras.

A pesar de tener una estricta planificación de entrada y salida del campo, fueron los acontecimientos del día a día y la saturación de los datos los que marcaron el ritmo de la

investigación. La observación estuvo marcada por acontecimientos ajenos al investigador, propios del funcionamiento y la gestión de las unidades de cada una de las instituciones; por ejemplo, una alta rotación del personal, cuya consecuencia fue una permanencia mayor en el campo de la que en un principio se planificó, y que no ha repercutido en el rigor de la documentación de la misma.

4.1.4.1 La observación participante

Tal y como se ha explicado, la técnica de recogida de datos más relevante en la etnografía es la observación participante. Por esta razón se preparó de manera minuciosa, también teniendo en cuenta la inexperiencia del investigador.

Para ello, al principio, se siguió el guion de recogida de datos que se había elaborado en un primer momento, para poder obtener la información que se consideraba relevante.

Esta información quedó reflejada en el cuaderno de campo utilizado, que se convirtió en objeto de deseo para muchas personas. En ocasiones, representó una gran dificultad ocultar las anotaciones realizadas, ya que, a pesar de haber explicado y entregado la hoja informativa a las enfermeras, sentían una gran curiosidad por saber qué es lo que me interesaba sobre su actuación profesional.

Sin embargo, para mi investigación era fundamental que el profesional actuara con espontaneidad, para que no se viera afectado el comportamiento habitual de la enfermera en su entorno laboral.

Si bien, al principio, consideraba que todo era importante y me parecía imposible reflejar los acontecimientos que sucedían en la planta con el rigor y precisión que eran requeridos, poco a poco aprendí a concretar y a centrarme en aquellos aspectos que realmente eran relevantes. De este modo, el tipo de información recogida en un primer momento dejó paso a otra más focalizada.

Debido a la alta rotación de personal que existe en todas las instituciones sanitarias, la permanencia en el campo se vio prolongada. O bien era difícil hacer un seguimiento continuado a una misma enfermera, debido a que la insertaban en otras especialidades a las que no hace referencia el tema de investigación, o bien no cumplían con los criterios de inclusión.

Finalmente, se realizaron un total de 158 horas de observación, correspondiendo 70 de ellas al centro público, que solicitó la recogida de las impresiones de manera individualizada.

Se intentaron estandarizar los días y horarios durante los que se realizaría la recogida de datos. Sin embargo, esto no fue posible debido a que las responsabilidades profesionales asociadas a mi puesto de gestora obstaculizaron la posibilidad de establecer una rutina, a pesar de haber solicitado una reducción de jornada para compatibilizar ambas actividades.

Sí se incorporaron a la observación distintos horarios de recogida de los datos, dejando de lado, finalmente, el turno de noche por no ser factible para el investigador.

El interés en abarcar el máximo de franjas horarias en las que realizar la observación residía en las diferentes actividades que llevan a cabo las enfermeras, en función de la hora del día. De este modo, me aseguré de estar presente en cada una de ellas, desde el pase de guardia del turno anterior hasta el pase de guardia al turno de relevo. Cualquier actividad o conducta despertaba interés por la información de carácter único que podía aportar a la investigación.

Así mismo, tuve la oportunidad de acompañar a las enfermeras durante el reparto de la medicación, la realización de higienes y curas, de observar cómo realizaban los registros de enfermería y el modo en que se dirigían y relacionaban con los pacientes.

Los periodos de tiempo que se dedicó a observar a cada una de las enfermeras, variaron entre los 90 y los 180 minutos por cada una.

Con el fin de poder analizar rigurosamente la información recogida, se hizo la transcripción de la observación realizada en una matriz de doble entrada. Por un lado, se anotaron en una columna las descripciones de la observación, y por otro, se escribieron en otra aquellas aportaciones que yo, como observador, interpretaba de la actuación de las enfermeras o que suponía que podían incidir en el modo de actuar de las mismas.

A continuación (Tabla 6), se presenta a modo de ejemplo, cómo se han recogido las observaciones realizadas para la elaboración de uno de los documentos primarios, el cual ha formado parte de la unidad hermenéutica utilizada para el análisis de los datos.

Tabla 6
Matriz de observación

Notas de campo descriptivas	Memos
<p>Ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llama a la puerta antes de entrar. • Se dirige al paciente por su nombre. 	<p>Ejemplo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar acerca de la intimidad, durante la entrevista, para comprobar coherencia con la práctica

Fuente: elaboración propia

4.1.4.2 Las entrevistas informales

Con anterioridad se ha hecho referencia a la inclusión de las entrevistas informales en el cuerpo de la investigación, por la información adicional que proporcionan durante el momento anterior o posterior a la observación.

Debido precisamente a la espontaneidad con la que surgían durante el trascurso de la observación, no fue posible grabarlas.

Así mismo, y dado el momento de su aparición, fueron incorporadas a la matriz de observación, ya que la mayor parte de ellas se dieron coetáneamente. Fueron de utilidad, bien para afirmar o para refutar cualquier actuación que daba lugar a una doble interpretación por mi parte.

Se procuró que el espacio de tiempo entre lo observado y la entrevista informal fuera lo más breve posible, a fin de no perder la esencia del acto.

4.1.4.3 Las entrevistas en profundidad: diseño, proceso y realización

En vistas a obtener la máxima información posible, las entrevistas se iniciaron una vez pasados dos meses del inicio de la observación participante. De este modo, se podría partir no solo de los conocimientos que se habían obtenido a la luz de la literatura, sino que los datos recogidos a través de la observación servirían para contrastar la información obtenida a través de las entrevistas.

Las entrevistas tenían la finalidad de triangular la observación realizada y obtener información que no era posible advertir a través de la observación únicamente.

Era factible analizar el modo de poner en práctica el cuidado que tenían las enfermeras, sin embargo, no era posible saber sin la entrevista, los conocimientos acerca del tema por parte de las enfermeras, así como las emociones que suscita, tanto en enfermeras como en pacientes, un determinado estilo de cuidado.

Para ello, se elaboró un modelo de entrevista en función de si la persona entrevistada era enfermera (Anexo 4) o paciente (Anexo 5), puesto que la información que se pretendía obtener precisaba de un enfoque diferente, según el papel que desempeñaba el participante.

En el orden cronológico de realización de las entrevistas, los pacientes fueron los primeros por un motivo fundamental: intenté que la realización de las entrevistas no modificara las conductas de las enfermeras hacia los pacientes, y como consecuencia, que sus declaraciones pudieran verse alteradas por un cambio en sus hábitos de cuidado.

Sin embargo, la primera entrevista se realizó a una profesional a modo de excepción (lo cual justificaré a continuación) y es por este motivo que comenzaré por profundizar en las entrevistas realizadas a enfermeras y abordaré con posterioridad la de los pacientes.

4.1.4.4 Las entrevistas a las enfermeras

La inquietud que me ocasionaba la primera entrevista era similar a la que me produjo el primer día de observación. Nunca había tenido la oportunidad de llevar a cabo ninguna de las dos experiencias. Por este motivo, decidí iniciar tanto la observación como las entrevistas con una enfermera que era de mi absoluta confianza, puesto que con ella había un ambiente distendido y un conocimiento más profundo. Había sido su supervisora¹⁸ durante cuatro años y habíamos desarrollado una gran complicidad en la gestión del cuidado que se brindaba en la unidad en la que trabajábamos en equipo.

¹⁸ En el momento de iniciar la observación hacía un año que no existía dependencia jerárquica con la investigadora.

Antes de iniciar la observación y, posteriormente, antes de iniciar la entrevista, le hice partícipe de mis preocupaciones, que comprendió a la perfección puesto que en aquel momento ella se encontraba en la fase de diseño de su proyecto de TFM.

En un principio, tanto la observación como la entrevista a esta profesional se realizaron a modo de entrenamiento, pero finalmente tomé la determinación de incluirla en el *corpus* de datos debido a la valiosa información que pude obtener mediante ellas.

La realización del resto de entrevistas se dio en circunstancias diferentes, según se realizaban a personal de los hospitales privados o del público. Con las enfermeras de los hospitales privados, se pactó un momento fuera de su horario laboral y un lugar cercano a su puesto de trabajo, ya que ellas escogían realizarlas antes de iniciar su jornada o al finalizarla. Por este motivo, se realizaron en mi despacho o en una sala en el hospital, con tal de preservar el anonimato de la conversación y a fin de que la profesional se sintiera en un clima de confianza. El objetivo era que la información trasladada fuera fiel a los pensamientos y sentimientos surgidos durante el transcurso de la entrevista.

Por otro lado, y como consecuencia del interés que mostró la dirección de enfermería del hospital público desde el comienzo, se me facilitó la realización de las entrevistas dentro de la jornada laboral. Las que se llevaron a cabo dentro del turno de la mañana tuvieron lugar en miércoles, día que disponían en la planta de un refuerzo; en cuanto a las de las enfermeras del turno de la tarde, que no disponen ningún día de personal adicional, se realizaron gracias al compañerismo del equipo, que fue haciendo turnos para cubrirse entre ellas durante el espacio de tiempo preciso para la realización de la entrevista. Todo ello con el beneplácito de la dirección, que me facilitó la reserva de salas o despachos para la efectuar las conversaciones.

Con la finalidad de mejorar la calidad de las entrevistas, se dejó un espacio de tiempo entre la primera entrevista y las posteriores, utilizando esta distancia para estudiar de qué modo se podría obtener más información en las siguientes propiciando la afluencia de ideas o recuerdos que ayudaran a esclarecer los conceptos tratados durante los diálogos.

Al inicio de cada una de las entrevistas se recordó a la participante el carácter confidencial de la información, para dar pie a preguntas con una posibilidad de respuesta más amplia para dar lugar a un ambiente relajado que propiciara el intercambio de información. Para ello se formularon, por ejemplo, estas preguntas: ¿Cómo es tu día a día en el hospital? O ¿Qué son para ti los valores profesionales?

Se realizaron, tal como se ha expuesto con anterioridad, un total de 20 entrevistas a enfermeras cuya duración osciló entre los 45 y los 90 minutos, siendo la duración habitual de las entrevistas de 60 minutos, aproximadamente.

Todas ellas fueron grabadas con el consentimiento previo de los participantes. Además, se utilizó un cuaderno de notas en el que se fueron anotando las reacciones de las entrevistadas, así como aquellos conceptos que iban surgiendo y que me interesaba aclarar o ampliar una vez finalizara su exposición.

4.1.4.5 Las entrevistas a los pacientes

El hecho de iniciar las entrevistas a los dos meses de permanecer en el campo facilitó el contacto con los pacientes. Se habían acostumbrado a verme mientras “persegua a las enfermeras”¹⁹.

En el momento de realizar la observación, se les pedía autorización verbal para permanecer en la habitación durante la actuación de la enfermera. Sin embargo, para la realización de las entrevistas se les explicó con mayor detalle la investigación y se les solicitó la firma del consentimiento informado.

En un principio tenía previsto concretar la realización de las entrevistas una vez el paciente fuera dado de alta. Sin embargo, el paciente no estaba interesado en quedar *a posteriori*. Por tanto, se realizaron durante su estancia hospitalaria²⁰.

Las entrevistas fueron grabadas y su duración dependió del cansancio mostrado por el paciente durante el transcurso de las mismas. En ocasiones, fue el propio paciente el que solicitó finalizar la entrevista, y en otras fui yo misma la que decidí ponerle fin²¹.

La mayor parte de ellos mostraron satisfacción durante la realización de las entrevistas, ya que les servía de distracción.

¹⁹ Según las propias palabras de los pacientes.

²⁰ El hecho de compartir habitación no supuso impedimento para que el paciente se expresara libremente. Únicamente en una ocasión el paciente refirió tener quejas que no me podía explicar. Con el gesto que hizo con la cara y los ojos, me hizo entender que las quejas eran acerca de su compañero de habitación, motivo por el que no me las podía decir.

²¹ Hubo un caso que me llamó la atención. En un momento de la entrevista, el paciente se levantó rápidamente, salió de la habitación y se fue a hablar con la enfermera. Estuve largo rato esperando que volviera a la habitación, y al ver que no lo hacía, decidí dar por terminada la entrevista.

4.1.4.6 La transcripción de la observación y de las entrevistas

Conforme se obtenían los datos, provenientes de la observación y de las entrevistas, se fueron transcribiendo.

La transcripción literal de la observación fue realizada íntegramente por la investigadora. Sin embargo, se solicitó la colaboración de las becarias del departamento de enfermería de la UIC para la transcripción de las entrevistas, debido al gran volumen de información obtenida. La rapidez con la que se precisaba la transcripción para añadir mejoras en las siguientes entrevistas marcó esta necesidad de ayuda.

De este modo se transcribieron un total de tres documentos primarios:

- Un primer documento donde quedan recogidas todas las entrevistas realizadas a los pacientes, ordenadas cronológicamente según su realización.
- Un segundo documento donde se recoge la matriz de observación, que no sigue ningún tipo de orden cronológico y se encuentra organizado por centros de observación.
- Por último, un tercer documento donde se recogen todas las entrevistas realizadas a las enfermeras, ordenadas cronológicamente.

Con la finalidad de especificar el contenido de cada uno de los documentos primarios, se ha elaborado una tabla en la que se especifican el número horas correspondientes a las observaciones por institución y las entrevistas realizadas tanto a pacientes como a enfermera.

Tabla 7

Relación de documentos primarios y horas totales dedicadas a la recogida de datos

Documentos primarios	Horas
Observación de enfermeras	158
Entrevistas a enfermeras	35
Entrevistas a pacientes	18.5
Total	211,5

Fuente: elaboración propia

4.2 Procedimiento de análisis de los datos

Si bien surgieron dificultades a la hora de realizar la observación, de concretar y desarrollar las entrevistas y de identificar la saturación de datos, el procedimiento del análisis ha generado todavía más obstáculos. No se trató simplemente de la dificultad que entraña el procedimiento en sí, sino que se ha requerido una gran cantidad de tiempo para realizarlo.

Se ha utilizado el método propuesto por Glasser y Strauss (1967) de comparaciones constantes para la construcción conceptual de la investigación. Este método favorece la construcción inductiva de categorías y su comparación permanente.

Cabe destacar que, si bien el análisis en detalle se ha centrado en el último momento de la investigación, un primer análisis se ha ido desarrollando desde el primer momento en que se han recogido los datos de la observación, que a su vez se han ido ampliando con el del análisis de las entrevistas. La finalidad de este análisis, desde el origen de la recogida de datos, ha sido decisiva para la reconducción tanto de la observación como de las entrevistas, ya que iban surgiendo temas que se consideraban de imprescindible estudio. La profundización de estos nuevos temas no hubiese sido posible sin el primer análisis de los datos obtenidos.

Para la realización de este análisis se ha precisado del programa informático Atlas.ti, en su versión 7.5.13, con la ayuda del cual se ha procedido a realizar el almacenamiento y la fragmentación de los datos.

Se decidió crear una única unidad hermenéutica, constituida por tres documentos primarios: la observación, la entrevista a enfermeras y la entrevista a pacientes. Sobre ellos se organizaron los siguientes niveles de reducción:

Primer nivel: Se realizó una segmentación minuciosa de la información a través de la lectura repetida de los documentos que dieron lugar a las unidades de significado, y que posteriormente se agruparon en categorías.

Segundo nivel: Se procedió a la agrupación de las categorías en unidades más complejas, llamadas metacategorías.

Tercer nivel: En el que se agruparon las metacategorías en dimensiones cualitativas, utilizando como referencia el marco teórico en el que se basa la investigación.

Los dos primeros niveles se pueden relacionar con la parte más descriptiva del análisis. Para ello, se ha realizado una aproximación minuciosa y detallada que intenta reflejar de la manera más fidedigna posible la realidad de lo vivido en el campo y durante las entrevistas.

Sin embargo, no ocurre de este modo en el tercer nivel, donde se ha incorporado una dimensión interpretativa y deductiva, ya que he procedido a relacionar el marco teórico con el modo de hacer y pensar de los participantes.

4.2.1 Primer nivel de análisis: unidades de significado y categorías

Mi primera aproximación con el manejo de los datos pretendía entender y expresar las ideas emergentes de la manera más literal respecto a la realidad, motivada por la envergadura de las consecuencias que podrían suponer tanto para las instituciones como para los propios profesionales.

Para ello, se procedió a una primera lectura que sirvió como punto de partida a la segmentación del texto en unidades de significado, en función del tema de interés. De este modo se obtuvo, de modo simultáneo, la construcción de unidades de significado y las categorías en las que se han incluido dichas unidades.

Tomando como referencia los objetivos del estudio, se fueron descartando las unidades de significado que se consideró no guardaban relación con la finalidad de la investigación.

En la construcción de las categorías se ha seguido un proceso inductivo, es decir, no se había establecido con anterioridad ningún sistema de categorización en el que incluir las unidades de significado obtenidas.

En una segunda lectura, se depuró la agrupación de las unidades de significado en las categorías emergentes, de modo que se fusionaron aquellas que tenían un significado similar y se procedió a nombrar nuevas categorías, debido a la aparición de unidades que rompían la homogeneidad de alguna de ellas.

Se dio por concluido el proceso de categorización una vez releídos los documentos. No se encontró nueva información para incorporar a las categorías que ya se tenían establecidas, o la posibilidad de construir otras nuevas.

Tal como se ha mencionado anteriormente, me interesó hacer una aproximación fiel de la realidad. Esto favoreció la aparición de un gran número de unidades de significado.

Al alcanzar la saturación teórica de los datos, se habían identificado un total de 3608 unidades de significado, que en un principio se habían agrupado en 1125 categorías.

Tras eliminar las que identifiqué como no relevantes para el estudio y fusionar algunas que eran muy similares, obtuve un total de 1035²² categorías definitivas.

Una vez finalizado este primer análisis y de revisarlo en profundidad, fui consciente de la posibilidad de reorganizar las categorías en una estructura más inclusiva, que me permitiese identificar núcleos temáticos o metacategorías.

²² Debido al gran número de categorías emergentes, se ha considerado profundizar en la definición y contenido a partir de la elaboración de las metacategorías. De este modo, situará al lector en la profundidad temática de cada una de ellas.

4.2.2 Segundo nivel de análisis: las metacategorías

Una vez elaborado el mapa categorial, se realizaron sucesivas agrupaciones a partir de la comparación de las mismas. Para ello se buscaron elementos comunes que establecieran similitudes, todo ello basado en los objetivos de la investigación.

Así mismo, hubo categorías que por su poca frecuencia de aparición y escasa relación con el tema se desestimaron. Por el contrario, hubo otras mínimamente representativas, pero que sin embargo me parecieron muy relevantes debido a la importancia que adquieren en la práctica de cuidado y, por tanto, decidí incluirlas en la estructura de las metacategorías.

De este modo y en función de la temática abordada, las 1035 categorías se agruparon, originalmente, en un total de 53 metacategorías. Fue a través de la definición de las mismas que vi la posibilidad de reagruparlas por su afinidad en la temática, obteniendo un resultado final de 39 metacategorías.

4.2.2.1 Descripción de las metacategorías obtenidas

1. **ASPECTOS DE MEJORA EN LA ENFERMERÍA:** Descripción de aquellos aspectos de la práctica profesional que la enfermera considera susceptibles de mejora durante su actividad diaria.
2. **ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y EN LA FAMILIA:** Hace referencia a la descripción de la vivencia, por parte de pacientes, familiares y profesionales de enfermería, acerca del carácter individual del cuidado.
3. **AUTOESTIMA PROFESIONAL:** Recoge las descripciones que realizan los profesionales de enfermería acerca de la percepción que tienen sobre su valoración como enfermeras, así como los diferentes modos de cómo se sienten reconocidas o, por el contrario, minusvaloradas profesionalmente.
4. **AUTONOMÍA COMO OBJETIVO PROFESIONAL:** Describe los factores que propician la capacitación del paciente a ejercer su propia toma de decisiones, y el sentimiento que genera, en el profesional, una negativa del paciente ante su

intervención. Incluye aquellos factores que limitan o influyen en la concesión de autonomía al paciente.

5. **BARRERAS EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO:** Hace referencia a las limitaciones con las que se encuentran las enfermeras en la práctica de un cuidado de calidad.
6. **CLIMA LABORAL COMO GENERADOR DE BUENAS PRÁCTICAS:** Recoge el tipo de relaciones que se establecen dentro del equipo de trabajo, así como la repercusión que tienen sobre la práctica del cuidado y el paciente.
7. **COHERENCIA PROFESIONAL:** Describe el grado de coherencia entre los valores profesionales de los que es portador el profesional de enfermería y su aplicación en la práctica diaria.
8. **COMPASIÓN:** Hace referencia al efecto que tiene, sobre el paciente, que la actuación de la enfermera esté guiada por la pena que le produce la situación de enfermedad del paciente.
9. **CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO Y PRÁCTICA PROFESIONAL:** Recoge el significado de cuidado y el modo de llevarlo a la práctica, según los profesionales, así como la percepción acerca del cuidado recibido por parte de los pacientes.
10. **CONFIANZA:** Describe la seguridad o la creencia de los pacientes acerca del cuidado que van a recibir y los mecanismos existentes para delimitar la relación de confianza entre enfermeras y pacientes.
11. **CONFIDENCIALIDAD:** Valoración de las enfermeras en referencia a la gestión y manejo de la información confidencial.
12. **CONTEXTO LABORAL:** Recoge las diferentes circunstancias y el ambiente bajo el que los profesionales desempeñan su tarea, así como el modo en que se desenvuelven y los recursos que ponen en práctica los profesionales en función de las mismas.

13. **EMPATÍA:** Describe la vivencia, repercusión y gestión emocional acerca de la percepción de lo que el otro puede sentir.
14. **ENFERMERÍA COMO VOCACIÓN:** Referente a la esencia personal acerca de la profesión y de la necesidad de disfrutar con el trabajo realizado.
15. **ERRORES:** Recoge determinadas prácticas del personal de enfermería, las circunstancias que la determinan y la repercusión que tienen sobre el paciente.
16. **ESTÉTICA PROFESIONAL:** Describe la imagen del profesional de enfermería, tanto su aspecto físico como durante su desempeño profesional.
17. **ESTRÉS:** Conjunto de vivencias, consecuencias y repercusiones relacionadas con la situación personal, presión asistencial y la relación de ayuda.
18. **FORMACIÓN:** Describe el papel, la situación actual y las limitaciones acerca de la adquisición de conocimientos durante la vida profesional.
19. **GENEROSIDAD PROFESIONAL:** Recoge las actuaciones y el sentimiento que les producen las acciones desinteresadas que llevan a cabo los profesionales de enfermería.
20. **GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN:** Estrategias y gestión de la relación tanto verbal como no verbal que utilizan los profesionales de enfermería. Incluye la vivencia del paciente acerca de su relación con la enfermera.
21. **GESTIÓN DE LAS EMOCIONES:** Describe la relevancia y la repercusión que tienen las emociones en el desempeño del cuidado.
22. **GESTIÓN DEL TIEMPO:** Describe la implicación del tiempo en la práctica de un cuidado de calidad y las habilidades para gestionarlo.
23. **GESTIÓN EMPRESARIAL:** Recoge los elementos facilitadores y distorsionadores relacionados con la actuación o gestión de la institución, su repercusión en la práctica enfermera, el sentimiento que produce en los trabajadores y posibles alternativas de mejora.

24. **HONESTIDAD:** Descripción de la práctica de la verdad.
25. **HUMANISMO:** Describe la visión de enfermeras y pacientes acerca de la visión del paciente como ser humano y su relación con la práctica del cuidado.
26. **HUMILDAD:** Describe aquellas acciones en las que el personal de enfermería es capaz de reconocer, delante de otros, su falta de conocimiento o habilidad para realizar su trabajo.
27. **IGUALDAD:** Recoge el concepto y el modo en que el personal de enfermería pone en práctica su profesionalidad sin realizar ningún tipo de distinción de raza, sexo u otras posibles condiciones de discriminación.
28. **INTIMIDAD:** Engloba el modo en que los profesionales de enfermería ponen en práctica el derecho que posee el paciente a preservar la exposición de su persona y su espacio físico, así como la vivencia de los pacientes ante esta exposición.
29. **LA SONRISA EN EL CUIDADO:** Describe las situaciones en las que interviene el sentido del humor durante el cuidado a los pacientes y las implicaciones que tiene en el bienestar del paciente durante su ingreso.
30. **LO MÁS VALORADO EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO:** Hace referencia a aquellas acciones llevadas a cabo durante el cuidado que más valoran pacientes y enfermeras.
31. **PRÁCTICA DE LOS VALORES PROFESIONALES:** Describe la influencia de la experiencia, de las limitaciones y de la vivencia de la práctica de los valores profesionales durante el cuidado por parte de los profesionales.
32. **QUEJAS:** Recoge aquellas situaciones que desagradan tanto a pacientes como a profesionales en el desempeño del cuidado, así como la vivencia de las mismas.
33. **RESPECTO:** Engloba el tipo de trato que se da a los pacientes durante las relaciones interpersonales enfermera-paciente. Incluye las preferencias en el trato, la amabilidad y las implicaciones del modo en que se recibe el trato.

34. **RESPONSABILIDAD:** Describe el concepto y grado de cumplimiento profesional por parte de las enfermeras.
35. **RIGOR:** Describe la precisión o exactitud de cumplimiento de las enfermeras durante el ejercicio de sus deberes profesionales. Se incluyen en estos deberes la transcripción objetiva de sus comentarios en los registros de enfermería y el cumplimiento de las normas de la institución en la práctica del cuidado.
36. **SENTIMIENTO PROFESIONAL HACIA LOS VALORES PROFESIONALES:** Recoge los sentimientos que origina, en los profesionales de enfermería, el cumplimiento del código ético durante su ejercicio profesional.
37. **CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS VALORES PROFESIONALES POR PARTE DE ENFERMERÍA:** Descripción del significado de concepto de valores profesionales y de cada uno de los valores que el personal de enfermería supone que forman parte de ellos.
38. **UNA BUENA ENFERMERA DESDE EL IMAGINARIO DEL PACIENTE:** Relación de cualidades que el paciente presupone que debe tener una enfermera para ser considerada un buen profesional.
39. **VISIBILIDAD DEL ROL DE ENFERMERA:** Engloba el conocimiento que tiene el paciente acerca de las competencias de enfermería, así como las acciones que estas llevan a cabo para dar a conocer su función dentro del cuidado al paciente.

A continuación, se muestra una tabla de doble entrada en la que se presenta la distribución de frecuencias y de unidades de significado por documentos primarios, con la finalidad de obtener una visión global de la distribución de las metacategorías en el *corpus* de datos aportado por las transcripciones.

De este modo, es posible valorar el peso que otorgan cada uno de los participantes a cada categoría. Esta visión me permitió realizar una aproximación cuantitativa según la relevancia de las mismas.

Tabla 8**Matriz categorial**

Número de unidades de significado por metacategoría y fuente

	METACATEGORÍAS	Entrevistas Enfermería	Entrevistas Pacientes	Observación	TOTALES
1	Aspectos de mejora en la enfermería	12	0	0	12
2	Atención centrada en el paciente y la familia	14	14	3	31
3	Autoestima profesional	93	2	11	106
4	Autonomía como objetivo profesional	106	23	172	301
5	Barreras para cuidar	119	13	20	152
6	Clima laboral como generador de buenas prácticas	34	6	48	88
7	Coherencia profesional	8	0	0	8
8	Compasión	2	0	0	2
9	Conceptualización del cuidado y la práctica profesional	117	36	50	203
10	Confianza	7	13	1	21
11	Confidencialidad	6	0	35	41
12	Contexto laboral	71	34	186	291
13	Empatía	51	16	34	101
14	Enfermería como vocación	7	5	1	13
15	Errores	2	5	3	10
16	Estética profesional	15	1	56	72
17	Estrés	52	6	8	66
18	Formación	15	4	2	21
19	Generosidad Profesión	15	1	15	31

20	Gestión de la comunicación	39	12	169	220
21	Gestión de las emociones	31	8	14	53
22	Gestión del tiempo	9	0	1	10
23	Gestión empresarial	97	23	12	132
24	Honestidad	0	1	0	1
25	Humanismo	18	13	4	35
26	Humildad	2	1	3	6
27	Igualdad	10	1	1	12
28	Intimididad	59	20	356	435
29	La sonrisa en el cuidado	16	8	72	96
30	Lo más valorado en la práctica del cuidado	55	41	2	98
31	Práctica de los valores profesionales	75	8	0	83
32	Quejas	25	10	28	63
33	Respeto	104	69	320	493
34	Responsabilidad	6	1	0	7
35	Rigor	6	0	53	59
36	Sentimiento profesional hacia los valores profesionales	12	0	0	12
37	Son valores profesionales	107	7	2	116
38	Una buena enfermera desde el imaginario del paciente	6	18	1	25
39	Visibilidad del rol enfermera	9	48	25	82
TOTAL		1432	468	1708	3608

Fuente: elaboración propia

La lectura de esta interpretación cuantitativa de las unidades de significado, relativas a cada metacategoría me mostró la realidad, el concepto y la preocupación tan diversa que tienen las enfermeras y los pacientes acerca del cuidado. El motivo que puede dar lugar a estas diferencias podría estar basado en la necesidad y la vivencia de cuidado que paciente y enfermera experimentan a nivel individual, condicionado por su propia vulnerabilidad.

Así mismo, me llamó la atención que conceptos como el de la compasión, por ejemplo, que está tan íntimamente ligado a la profesión de enfermera, no surgiera con más frecuencia.

4.2.3 Tercer nivel de análisis: las dimensiones cualitativas

Hasta este momento del análisis, se habían obtenido las categorías y metacategorías emergentes a través de un método inductivo, característico del análisis cualitativo. Sin embargo, este método no se ha seguido en el tercer nivel a fin de dar respuesta, con la máxima fidelidad, a la pregunta que dio origen a la investigación.

Debido a que los valores profesionales ya estaban descritos (AACN, 2008) y relacionados con unas conductas y comportamientos observables, consideré que, para dar una mayor rigurosidad a la interpretación de los resultados, iba a agrupar las metacategorías utilizando estos valores profesionales como las dimensiones finales que explican la práctica del cuidado de las enfermeras.

A través del análisis del *corpus* de datos, y con la ayuda de los valores profesionales definidos por la AACN (2008), se han identificado un total de nueve dimensiones que vertebran todo el discurso obtenido de los informantes.

Cinco de las dimensiones coinciden con los cinco valores esenciales definidos por la AACN, como ya se ha dicho con anterioridad, y una con un valor que había estado presente en la primera definición que realizó en 1986 pero que no entró a formar parte de los esenciales²³. Se podría afirmar que, para la obtención de estas seis primeras dimensiones, se ha utilizado un método deductivo.

²³ Se ha considerado relevante rescatar este valor profesional. La imagen que se da del cuidado tiene una gran influencia en el modo que este cuidado es percibido por los pacientes y por tanto en la satisfacción relacionada con la calidad del mismo.

En cambio, sí se ha continuado con el método inductivo para definir las tres dimensiones restantes, que han emergido fruto del continuo proceso de revisión y análisis de los datos obtenidos.

Las dimensiones en las que se han agrupado las metacategorías descritas anteriormente son:

1. Altruismo
2. Autonomía
3. Dignidad humana
4. Integridad
5. Justicia social
6. Estética en la práctica del cuidado
7. Significado e identificación de los valores profesionales en la práctica enfermera
8. Reguladores de la práctica Basada en valores profesionales de enfermería
9. Realidad y expectativas de cuidado de pacientes y enfermeras

A continuación, se va a proceder a definir cada una de las dimensiones y a representar el modo en que se han agrupado las metacategorías para la obtención de las mismas.

4.2.3.1. Altruismo

Engloba la comprensión de las culturas, creencias y perspectivas de los demás; también la defensa de los pacientes, en especial de los más vulnerables, el dar la cara en nombre de otros y la mentorización de alumnos de grado de enfermería o compañeros en fase de reciclaje durante el inicio de su ejercicio profesional en la institución. Se recoge en esta dimensión tanto la perspectiva de las enfermeras como la de los pacientes, en referencia a la práctica del cuidado.

En esta tabla se reflejan las metacategorías que componen la dimensión, así como el número de categorías que forman parte de cada una de ellas.

Tabla 9

Matriz de la dimensión del altruismo

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Compasión	1	ALTRUISMO
Conceptualización del cuidado y la práctica profesional	79	

Fuente: elaboración propia

4.2.3.2. Autonomía

Hace referencia a las prácticas que llevan o deberían llevar a cabo los profesionales de enfermería para satisfacer la autodeterminación y la capacidad de ejercer la opción por parte de los pacientes. Forma parte de esta dimensión la realización conjunta de los planes de atención, el respeto por la decisión del paciente y de la familia ante los tratamientos y técnicas, así como la necesidad de información para la toma de decisiones informadas por parte de los pacientes.

Tabla 10

Matriz de la dimensión de la autonomía

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Atención centrada en el paciente y la familia	18	AUTONOMÍA
Autonomía como objetivo profesional	71	
Gestión del tiempo	6	

Fuente: elaboración propia

4.2.3.3. Justicia Social

Está definida por aquellas acciones que realiza la enfermera y que están relacionadas con un trato de igualdad hacia todos los pacientes de los que es responsable durante su turno.

Tabla 11

Matriz de la dimensión de la justicia social

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Igualdad	4	JUSTICIA SOCIAL

Fuente: elaboración propia

4.2.3.4. Dignidad Humana

Hace énfasis al respeto debido e inherente a todo ser humano. Se recoge en las prácticas que hacen referencia al modo en que se preserva la privacidad y la confidencialidad, el modo en que se dirigen los profesionales a los pacientes, el trato que se da en la interrelación enfermera-paciente, el respeto por las características personales de cada individuo, así como la relación respetuosa entre compañeros.

Tabla 12

Matriz de la dimensión de la Dignidad Humana

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Gestión de la comunicación	66	DIGNIDAD HUMANA
Confianza	11	
Confidencialidad	11	
Empatía	30	
Humanismo	22	
Intimidad	54	
Respeto	79	

Fuente: elaboración propia

4.2.3.5. Integridad

Engloba aquellas acciones que se realizan desde la enfermería a través del modo de documentar sus registros, la responsabilidad en sus acciones, la actuación delante de los errores propios o de los demás. Incluye el modo de dar a conocer la profesión de

enfermería y de subsanar los errores que puedan surgir acerca de la competencia de la profesión.

Tabla 13

Matriz de la dimensión de la integridad

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Errores	8	INTEGRIDAD
Rigor	7	
Honestidad	2	
Visibilidad del rol de enfermería	21	
Humildad	3	
Responsabilidad	5	

Fuente: elaboración propia

4.2.3.6. Estética en la práctica del cuidado

En esta dimensión se incluyen todas aquellas conductas que marcan el ambiente en el que se encuentran sumergidos pacientes y enfermeras, en el contexto del cuidado, y que pueden producir un beneficio o una distorsión en la percepción del cuidado.

Tabla 14

Matriz de la dimensión de la estética en la práctica del cuidado

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Clima laboral como generador de buenas prácticas	28	ESTÉTICA EN LA PRACTICA DEL CUIDADO
Contexto laboral	64	
Enfermería como vocación	10	
La sonrisa en el cuidado	22	
Estética profesional	16	

Fuente: elaboración propia

4.2.3.7 Significado e identificación de los valores profesionales en la práctica enfermera

Hace referencia al concepto que tienen las enfermeras acerca de los valores profesionales de la enfermería y el modo en que los llevan a la práctica. Incluye el grado de coherencia entre la práctica profesional y los valores de la enfermera, así como el sentimiento que le origina ver el modo en que practican los valores profesionales otros compañeros.

Tabla 15

Matriz de la dimensión del significado e identificación de los valores profesionales en la práctica enfermera

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Conceptualización de los valores profesionales por los profesionales de enfermería	34	SIGNIFICADO E IDENTIFICACIÓN DE LOS VALORES PROFESIONALES EN LA PRÁCTICA ENFERMERA
Práctica de los valores profesionales	40	
Sentimiento profesional hacia los valores profesionales	4	
Coherencia profesional	6	

Fuente: elaboración propia

4.2.3.8. Reguladores de la práctica basada en los valores profesionales de enfermería

Esta dimensión hace referencia a aquellos elementos facilitadores y/o limitadores con los que se encuentran los profesionales de enfermería durante el ejercicio de su práctica diaria, y que afectan de algún modo a un cuidado de enfermería basado en los valores de la profesión.

Tabla 16

Matriz de la dimensión de los reguladores de la práctica basada en valores profesionales de la enfermería

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Estrés	34	REGULADORES DE LA PRÁCTICA BASADA EN VALORES PROFESIONALES
Gestión de las emociones	34	
Gestión empresarial	60	
Autoestima profesional	40	
Formación	2	
Barreras para cuidar	40	

Fuente: elaboración propia

4.2.3.9. Realidad y expectativas de cuidado de pacientes y enfermeras

Recoge las expectativas de cuidado que tienen los pacientes en el momento de su ingreso, así como la realidad con la que se encuentran a lo largo de su periodo de hospitalización. Incluye aquellos aspectos que más valora el paciente acerca del cuidado recibido y los aspectos de mejora que tanto pacientes como enfermeras introducirían en el quehacer diario.

Tabla 17

Matriz de la dimensión de la realidad y expectativas de cuidado de pacientes y enfermeras

METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN
Una buena enfermera desde el imaginario del paciente	10	REALIDAD Y EXPECTATIVAS DE CUIDADO DE PACIENTES Y ENFERMERAS
Aspectos de mejora	9	
Lo más valorado en el cuidado	37	

Fuente: elaboración propia

El conjunto de las nueve dimensiones cualitativas finales, me permitirá dar respuesta al objeto de la investigación a través de un análisis interpretativo de los datos, mediante el cual, como ya se ha expuesto anteriormente, se pretende profundizar en el modo de llevar a la práctica el cuidado por parte de las enfermeras.

CAPÍTULO 5: EL INFORME DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 5: El Informe de investigación

Introducción

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos que dan respuesta a las preguntas de investigación planteadas. A modo de recordatorio, se vuelven a indicar las preguntas expuestas en los capítulos anteriores:

- ¿Qué conocimiento tienen los profesionales de enfermería acerca de los valores profesionales?
- ¿Qué valores aplican los profesionales de enfermería en la práctica del cuidado?
- ¿Qué percepción tienen los profesionales de enfermería acerca del cuidado que ofrecen a sus pacientes?
- ¿A qué tipo de práctica del cuidado dan más valor los pacientes?
- ¿Qué percepción de cuidado recibido tienen los pacientes?

Todas ellas encaminadas a examinar si los profesionales de enfermería practican un cuidado basado en la ética, y/o en su defecto, determinar cuáles son los impedimentos a los que las enfermeras deben hacer frente. Obstáculos que, según la literatura revisada, pueden ser debidos a una falta de conocimientos, a las limitaciones propias de la gestión institucional, e incluso a la situación personal en la que se encuentre el propio profesional.

Con la finalidad de preservar el anonimato y facilitar la presentación de las evidencias de la investigación, se ha utilizado el siguiente sistema de notación:

EE: entrevista a una enfermera

EP: entrevista a un paciente

OB: observación

[]: entre corchetes se anotan las aportaciones en voz del investigador a partir de la observación realizada.

Así mismo, se ha adjudicado una numeración a cada paciente y enfermera para determinar a quién de ellos corresponde y así poder relacionarlo con los datos sociodemográficos ya expuestos.

Junto a la identificación del profesional, se ha añadido un paréntesis en el que se identifica el número de documento primario al que hace referencia y el número de cita dentro de este documento.

A modo de ejemplo, el significado de la notación **EE1 (1:12)**, sería el siguiente:

Verbatim correspondiente a la entrevista realizada a la enfermera 1, código 12 del documento primario 1.

Al haber realizado una categorización muy minuciosa²⁴, el esquema que se utilizará para la presentación de los resultados partirá de las dimensiones obtenidas, profundizando con posterioridad en las metacategorías que engloba cada una de ellas. Esta profundización se hará en todas las dimensiones de manera individual, a excepción de la dimensión “realidad y expectativas de cuidado de pacientes y enfermeras”, que se ha incluido como eje transversal en cada una de las otras dimensiones, dando voz al paciente de forma paralela a la de las enfermeras.

5.1 Dimensión: Significado e identificación de los valores profesionales en la práctica enfermera

Se ha considerado importante iniciar este capítulo indagando en la dimensión del significado que tienen los valores profesionales para las enfermeras y el modo en que estas consideran se deben llevar a la práctica.

Tal y como se ha explicado anteriormente, los valores profesionales han sido definidos por numerosos autores (Glen, 1999; Altun, 2002; Martin, Yarbrough y Alfred, 2003) como estándares de comportamiento que proporcionan un marco de referencia para la evaluación de creencias y actitudes que influyen en la conducta de un colectivo de profesionales, siendo en el caso de la enfermería la base de la práctica enfermera (AACN, 1986 y 2008; ANA, 2001), y no solo en su relación con el paciente, sino también con los compañeros de trabajo y otros profesionales que formen parte del equipo interdisciplinar durante la atención al paciente.

Hay que destacar que, con esta dimensión, no se pretende únicamente evaluar el grado de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería acerca de los valores que

²⁴ Este hecho ha supuesto el incremento del número de categorías, tal como se verá posteriormente, por lo que se ha visto dificultado el profundizar en cada una de las categorías obtenidas.

ponen en práctica durante su quehacer profesional. Por el contrario, el objetivo principal es profundizar en la identificación y el significado de los valores profesionales, puesto que, a partir de estos conceptos, se nos permitirá entender, identificar y evaluar los comportamientos y actitudes que guían a las enfermeras y, de este modo, valorar si concuerdan con los valores que se supone nos sirven como guía de actuación en el marco de nuestra profesión.

Para ello, nos adentraremos en el significado que tienen los valores profesionales para los profesionales de enfermería, el modo de llevarlos a la práctica, el modo en que influye la experiencia en la adquisición o afianzamiento de estos valores, los sentimientos que despiertan en los profesionales, y por último en la coherencia profesional de una práctica basada en valores.

Así mismo, se incluirá la voz del paciente, puesto que al ser esta una investigación sobre el cuidado en la interrelación entre enfermera y paciente, no se consideraría completa la visión de la práctica de enfermería desde una perspectiva unilateral.

5.1.1 Conceptualización de los valores profesionales por los profesionales de enfermería

Una de las primeras preguntas que se realizaron durante las entrevistas tenía como objetivo explorar el conocimiento que tenían las enfermeras acerca de lo que son los valores profesionales. Los resultados obtenidos fueron muy variados, sin embargo, prácticamente todos tenían un punto en común: la gran dificultad que suponía para las enfermeras dar respuesta a la pregunta.

En algunos casos, identificaron los valores profesionales como **el nivel de profesionalidad**²⁵ que tiene cada trabajador:

EE 3 (1:467)

“Caray... Qué difícil [...] Los valores profesionales. Bueno, yo pienso que son las metas o los... no sé cómo decirlo. **Como la puntuación que tú tienes sobre tu**

²⁵ Cuando hablan de profesionalidad hacen referencia a una buena praxis, en base al compromiso adquirido con su profesión.

profesionalidad o tu manera de hacer en tu profesión, ¿no? Mm... no sé... no sé cómo explicártelo.”

En otros casos, hacían referencia a **actitudes, comportamientos o sentimientos**, que se emplean o deberían emplearse durante el desempeño profesional:

EE 23 (1:545)

“Pues los valores... es un poco **como yo veo a la persona, y sobre todo el respeto. El respeto de su persona.”**

EE 23 (1:623)

“Para mí, lo primero que me ha venido ahora, es que, en mi profesión, yo lo primero que tengo en cuenta, para mí es un valor importantísimo, **es el respeto hacia los otros. Hacia mis compañeros y hacia mis pacientes.** Entonces, primero pongo ante todo que estoy con personas y siempre me lo pongo por delante.”

EE 10 (1:253)

“¿Valores profesionales? Pues me sale así de primera, vocacional. Algo vocacional. **Algo que haces por vocación**, porque primero te gusta, y porque **sientes algo sobre lo que estás haciendo.** No sé cómo explicarme bien. No sé, ahora mismo no me sale más.”

Algunas de las profesionales coincidieron en la dificultad que les suponía dar una respuesta, al ser un tema que **no se habían planteado nunca** durante su trayectoria profesional:

EE 8 (1:332)

“Bueno, **el saber exactamente lo que estás haciendo en cada momento con el cuidado del paciente.** Tener claro cuáles son las prioridades, cuáles son los cuidados, según la patología de cada paciente. **Y tener unos valores humanos respecto al trato con el paciente. Más o menos, no sé, nunca me lo había planteado.”**

EE 7 (1:1164)

“¿Valores profesionales? Ostras, no me lo había planteado. Claro, es que no lo veo como valores profesionales, porque yo los valores que utilizo son los mismos valores para todo prácticamente.”

Este hallazgo emergente nos lleva a cuestionarnos la falta de reflexión de las enfermeras sobre la práctica profesional. Realmente, parece poco adecuado que, en una profesión como la nuestra, exista una enajenación de la conciencia ética de la profesión. ¿A qué puede ser debida esta falta de reflexión? ¿Es la propia inercia del trabajo la que provoca que lo que parece evidente pase desapercibido?

En otros casos, resaltaban la estrecha relación que existe entre los valores profesionales y los personales, así como la necesidad de **no confundir los valores profesionales con los personales:**

EE 10 (1: 262)

“Tanto en el trabajo como en tu vida personal aplicas estos valores. Es decir, tampoco los diferencio mucho, pero bueno, sí que en lo profesional intentas ponerte unos límites.”

Esta estrecha relación entre los valores personales y los profesionales, han llevado en algún caso, a considerar **el cuidado, en sí mismo, como un valor profesional:**

EE 18 (1:1004)

“Los valores profesionales... Vale. Los valores profesionales... a veces se confunden valores profesionales con valores personales. Para mí, mi valor profesional es cuidar, ¿vale? Allí donde el enfermo no llega y no suplir nunca lo que él puede hacer, ¿vale? Y no resolverle la papeleta, puesto que así no se avanza tampoco.”

Sin embargo, entre las definiciones encontradas para explicar el concepto de valor profesional (Ercilla y Tejada, 1999), se acepta la extensión de los valores humanos a la práctica profesional. Por ese motivo está justificado que algunos de los entrevistados hayan considerado que una enfermera sin valores personales o humanos no puede tampoco tenerlos en el terreno profesional:

EE 15 (1:548)

“Pues la ética que cada uno tenga o la religión de cada uno, la forma de ver la vida que cada uno quiera llevar.”

Como se puede observar, no existe una uniformidad en las respuestas. Si, además, las comparamos con la definición anteriormente descrita acerca de lo que son los valores profesionales, se pone de manifiesto la existencia de una falta de conocimiento sobre el significado real de lo que son los valores profesionales.

Sin embargo, esta falta de conocimiento o dificultad para expresar el significado de los valores profesionales no se ve reflejada, con la misma intensidad, cuando se les solicita que enumeren aquellos valores profesionales que consideran van asociados a la práctica del cuidado. Si bien es cierto que la mayoría de las ocasiones no han sabido identificar el valor en sí, lo han hecho a través de las conductas que consideran asociadas a una praxis basada en valores:

EE 17 (1:927)

“Tienes que ser **empático** por supuesto, y aparte de empático, tienes que ser humilde. Para mí **ser empático, humilde y ser honesto** es lo que me viene a la cabeza. Son los valores principales que yo necesito para ser una buena enfermera.”

EE 7 (1:1172)

“**Acompañar** a las personas en situaciones de muerte, o sea al paciente y a la familia, es brutal [...] Para conseguir **la intimidad**, a veces he echado a los familiares. Más de una vez les he dicho: oye, ¿os podéis esperar a fuera? Y hablar con el paciente a solas, porque hay muchas cosas que no las van a explicar a sus familiares, que no se ven con valor y luego necesitan explicarlas.”

EE 1 (1:153)

“**La moral, el altruismo hacia la otra persona, la empatía, el saber gestionar los sentimientos, los pensamientos o las emociones que te hace sentir al tratar con los pacientes y luego, también, en relación a los compañeros, a la gente con la que trabajas, el respeto, la comunicación...** yo creo que básicamente son estos. Desde mi punto de vista, claro.”

EE 6 (1:175)

“Es difícil... ¿Valores relacionados con el cuidado? Sí, los que pongo en práctica cuando cuido... Bueno, para mí, ante todo, **es el respeto y la privacidad**. El respetar al paciente como persona y, evidentemente, no salir de la habitación gritando: ‘¡Pues anda que lo que me ha dicho!’ Para mí ante todo es eso. Y sobre todo el demostrar **la confianza**. Que pueden confiar en nosotras. Para mí es importante que se sientan cómodos, transmitirles tranquilidad, que se sientan

como en casa, como si no fuera un desconocido el que los cuida. Siempre **presentarte con tu nombre**, que eres la enfermera de tal turno, me llamo tal, cualquier duda... Para mí es **lo más importante, respeto, privacidad y que se sientan cómodos y confiados** tanto con el profesional que los atiende como en el sitio en el que están. Que no estén a disgusto. **Me gustaría hacerlos sentir como yo estaría.**”

A través de estos *verbatim*s, las enfermeras nos acercan a un amplio abanico de actitudes y cualidades personales (AACN, 2008) que ponen en práctica en el momento del cuidado. Por este motivo, se consideró importante dar un paso más y profundizar en cuáles son los que los profesionales y pacientes consideran más relevantes y que, por tanto, deberían definir a una buena profesional:

EP 16 (2:131)

“Que sea **una persona humanitaria, en el mayor sentido de la palabra, y que intente empatizar**, también en la medida que pueda, con el paciente. Captar ese estado de ánimo para ella poder tener unas herramientas y utilizarlas y decir: bueno si es una persona irascible y tal, ¿cómo podemos hacer para que se sienta bien y más acogida y así hacer más fluido nuestro trato con el paciente? La parte psicológica es muy importante.”

EE 15 (1:1322)

“¿Los valores que tendría que tener una buena enfermera? En primer lugar, **conocimientos**, quiero decir, para dar una calidad de servicio a los pacientes, tienes que tener conocimientos. No solo es la voluntad, tú tienes que saber qué es lo que estás haciendo, y te tienes que preocupar por ir aumentando los conocimientos y para irlos renovando. Esto me parece básico. Tienes que intentar estar al día con las técnicas y los procedimientos. No te puedes quedar atrás. Te tienes que preocupar, porque si algo no va bien y tienes que intentar dar excelencia... lo que estás haciendo, que esté bien al máximo posible. No puede ser que, en vez de ayudar a aquella persona, encima la estés perjudicando porque lo estés haciendo mal. Esto es importantísimo. Pienso que es uno de los valores que se tiene que potenciar, ir aprendiendo. Después, otro valor que me parece fundamental es la **tolerancia** con todo tipo de persona. Tú tienes **que tratar igual a una persona que es el jefe de no sé quién, a un drogadicto...** quiero decir, que tienes que **tratar a todo el mundo con el mismo respeto, porque somos iguales** en ese momento. La persona que está en la cama es igual, su estatus no

tiene ninguna importancia. Pienso que también una cosa **muy importante en nuestro trabajo es hacer equipo, contar con todo el equipo.**" ²⁶

Contrastando las respuestas, se podría decir que el paciente da una mayor relevancia a la parte humana que va ligada al cuidado, mientras que el profesional de enfermería, ensalza igualmente esta faceta humana pero no la puede desligar de los conocimientos que le permiten una práctica de excelencia.

A pesar de la relevancia que tiene que los profesionales sepan identificar aquellos valores propios de su profesión, es importante profundizar en el significado que tienen para las enfermeras estos valores, puesto que según lo que entiendan por ese determinado valor dependerá el tipo de cuidado que reciba el paciente.

Del mismo modo, es importante el significado y la relevancia que asigna el paciente a los valores o actuaciones de las enfermeras que los atienden, puesto que en función de la expectativa que este se haga acerca de su cuidado, variará su grado de satisfacción y por tanto la eficacia de la actuación de la enfermera sobre su estado médico.

Uno de los valores²⁷ que más relevancia tiene para pacientes y profesionales es el **respeto**. En la mayor parte de entrevistas, lo identifican como la base para un cuidado de calidad. Por tanto, es necesario ver qué significado tiene en función del protagonismo que se adquiere en la práctica del cuidado.

Para los profesionales de enfermería, el respeto hace referencia a:

EE 10 (1:286)

"El respeto es principal, yo lo pondría arriba del todo."

EE 17 (1:955)

"Pues ser respetuoso es aceptar las creencias, los valores y los pensamientos que tenga el paciente en cada caso."

EE 6 (1:248)

"No airear todo lo que ellos te explican. Ellos nos oyen y si tienes un chorro de voz todavía se te oye más. Que no estén escuchando que estás hablando de él fuera, eso es muy importante, yo creo que es básico para el paciente esa intimidad. No sé, a lo mejor lo ven de otra manera, pero yo creo que es eso. Esa

²⁶ *Verbatim* traducido por el investigador de una entrevista realizada en catalán.

²⁷ Se hablará de *valores* ya que así lo han verbalizado los participantes en la investigación, a pesar de que, la mayoría de las veces, se refieren a los comportamientos o conductas que conforman un valor determinado, tal como se encuentra definido en la bibliografía consultada.

intimidad, que no salga de lo que ellos te han explicado, o que no pasen por el pasillo y te escuchen decir algo de ellos. Que a veces es inevitable, el comentar con tus compañeros los casos, pero bueno.”

EE 5 (1:452)

“Respeto es no sentirte más que el paciente, **sentirte igual que él. Es una manera de respetarlos, y el respeto a sus decisiones** también, respeto a la decisión de... sí, yo creo que sí lo respetamos bastante.”

En el caso de los pacientes, el respeto significa:

EP 8 (2:61)

“El respeto es aceptar a la otra persona, como es. Tú tienes tu opinión y la otra, otra.”

EP 15 (2: 125)

“El respeto es sobre todo **llegar a una persona y acercarte de tal manera a esa persona, que se sienta cómoda en todo momento**. Que no se sienta agobiada, presionada de ninguna forma. Por eso, te comentaba, **el respeto creo que tiene que ver mucho con lo que hablábamos al principio, la empatía**. La capacidad de empatizar con el otro, intentar adivinar cómo está esa otra persona. En el fondo todo es muy psicológico. Tener un poco de psicología. Entonces, claro, el respeto se basa en esto.”

EP 1 (2:211)

“Hombre, **escuchar** a la otra persona cuando te habla, **contestar bien** y, si algo no puede ser, decir: mira no te lo puedo dar y ya está. Es que me están respetando a mí. Ni ponerme mala cara, ni chillarme, ni pasar de mí, sino darme una explicación, de por qué no lo traen o lo traen.”²⁸

EP 4 (2:84)

“Vosotras y cualquier ser humano. **El respeto es no invadir de ninguna manera la dignidad del ser humano que tienes enfrente**, y vosotros lo hacéis bien.”

Es, en esta última definición de respeto, en la que aparece por primera vez el concepto de dignidad humana como valor. Se consideró interesante preguntar a las enfermeras acerca del significado que ellas daban al concepto de dignidad humana:

²⁸ *Verbatim* traducido por la investigadora de entrevista realizada en catalán.

EE 20 (1:877)

“Para nosotros es el respeto igual. Es el respeto como persona, ¿no? y es... la dignidad humana es el paciente... es la persona.”

EE 8 (1:352)

“¿Dignidad humana? El respeto hacia los deseos de ese paciente... sobre todo a la hora de morir.”

EE 6 (1:201)

“¿Dignidad humana? Pues ante todo tratarlos como seres humanos, ¿no? Como personas. Ante todo, eso. Lo que te decía antes, que no sea eso, un diagnóstico, un número de habitación. Tratarlo como ser humano tanto en lo físico como en lo psicológico y en todo lo que le envuelve. Es decir, no eres un número ni una apendicitis, simplemente. 16, una hernia inguinal. No, se llama tal, la han operado de esto.”

Se aprecia una clara relación entre todas las respuestas obtenidas: tratarlo como un ser humano. Sin embargo, no profundizan en el significado de este trato. Se sirven de referencias como: “ayudar en sus necesidades”, “confidencialidad”, “respeto”, etc. Es decir, acciones que llevan a cabo durante la práctica, en su modo de cuidar, ya que no poseen recursos teóricos/formativos suficientes para definirla.

En la dimensión dedicada a la dignidad humana se hará una aproximación al término en mayor profundidad.

5.1.2 Práctica de los valores profesionales

Es en el momento de llevar los valores profesionales a la práctica cuando surgen diversos aspectos que van a modelar que cada profesional los aplique, de una u otra forma.

Uno de los aspectos en que no se ha encontrado consenso entre las respuestas obtenidas es acerca del comportamiento cognitivo durante la aplicación de estos. Algunos profesionales refieren ser plenamente conscientes de los valores que están aplicando:

EE 1 (1:61)

“Yo soy todo el rato consciente, sobre todo cuando no los aplico... Por ejemplo, cuando empiezo a perder los nervios con algún familiar o con algún paciente, entonces me tengo que dar el toque [...] Sí, tú te das cuenta de que

actúas de una manera y te sientes mal actuando de esa manera, tú eres la única persona que puede cambiarlo, porque tú ya tienes esos valores establecidos. Entonces, yo creo que es eso básicamente, yo **creo que actúo en base a mis valores y he cambiado cosas para actuar en base a mis valores.**”

Sin embargo, otros reflejan una práctica de cuidado basado en valores, pero de un modo inconsciente:

EE 5 (1:399)

“Yo creo que sí, aunque no estés pensado en ello, los estoy utilizando. El valor yo creo que está, claro es que es tan abstracto que... pero el valor que tú le das lo aplicas de esa manera.”

EE 8 (1:333)

“Yo creo que en todo momento que estás al cuidado de los pacientes los pones, aunque sea inconscientemente. Yo creo que se ponen en todo momento.”

Esta aplicación inconsciente de los valores puede verse modificada si la situación ante la que se encuentra el profesional lo propicia:

EE 6 (1:180)

“Por norma general me salen. Porque ya de base es mi carácter. Pero hay veces que sí que dices: este es más complicado, voy a intentar quizá centrarme un poco más, no ser tan distante como lo es. Yo lo intento, aunque sean pacientes más complicados, o de carácter más duro, yo lo intento. Pero por norma general me sale, pero dentro y fuera del hospital. Yo soy así.”

Así mismo, los profesionales identifican no solo al paciente como el receptor de esos valores, sino que son conscientes de que, dentro del ámbito de aplicación, se encuentran englobados sus propios compañeros, así como el resto de personas con las que tienen que interactuar, para favorecer el cuidado del paciente:

EE 1 (1:149)

“¿Los valores con quien los tienes, solo con los pacientes? ¿Eso son valores? ¡No lo son! Los valores se tienen para todo el mundo, no solamente para el paciente.”

Otro aspecto a tratar, y de gran relevancia, es la repercusión de la experiencia profesional en la adquisición y/o la aplicación de los valores profesionales. Se trata de un aspecto en el que también encontramos una gran dicotomía entre la opinión de las profesionales.

Por un lado, encontramos enfermeras que afirman con rotundidad que la **experiencia es necesaria para crecer en valores**:

EE 23 (1:558)

“**Con los años aprendes a reconducir las situaciones** y a hacer ver a esa persona que en ese momento está mal por ‘x’ motivo, apaciguar un poco su estado. Y muchas veces luego vienen y te dicen: ‘ostras, perdona, que no tenías la culpa’. Ostras, pues vaya cuerpo me has puesto. ¿Y tú qué sabes cómo estoy yo? Pues a lo mejor tengo un problema en casa y no te digo a ti lo que me pasa.”

EE 3 (1:346)

“La **experiencia que tenemos de los años que llevamos trabajando, para mí te facilita muchísimo la práctica de la profesión.**”

EE 25 (1:791)

“Con la experiencia, los valores mejoran. Supongo que la experiencia en la edad, y el día a día con los pacientes. **Con la experiencia te das más cuenta. No es lo mismo cuando acabas de empezar.** Yo muchas veces recapacito y pienso ‘madre mía, si yo cuando empecé... es que no controlaba nada’. Entonces ponía la medicación, veía las constantes y punto. Ahora ves si tiene dolor, si no tiene dolor. Si ha defecado, si tiene la cama arrugada, si tiene una úlcera, si hay que hacer lavado de boca. Controlas.”

En este contexto, se les preguntó si habían notado variación en sus valores a lo largo de su trayectoria profesional:

EE 17 (1:931)

“**Mucho, mucho.** Yo siempre digo que **cuando acabas la carrera estás verde como un pimiento. No tienes ni idea de nada, todo te da miedo.** El hecho de enfrentarte con la muerte es un tema que es tabú, que en la universidad tampoco te enseñan. O sea, depende de la universidad todo es teoría, cuando te encuentras en la práctica muchas veces no tiene nada que ver o las tienes que complementar. Y **la complementación es con la práctica.**”

EE 17 (1:986)

“Cuando empiezas la carrera de enfermería ya ves que esto no es un trabajo normal y corriente. O yo creo que esto no es un trabajo normal y corriente, tú vienes a algo más que trabajar. Es tu trabajo, pero también es parte de tu vida, porque lo que tú seas y pienses lo pondrás en práctica. **Tú puedes saber pinchar una vía, pero si todo lo demás no sabes hacerlo, si no sabes escuchar a un**

enfermo, no sabes aconsejarlo, o no sabes llorar con él, no vas a acabar tratándolo bien.”

EE 12 (1:1267)

“Pues no sé cómo decirte. **Yo los he mejorado porque son muchos años de experiencia. Y es verdad que a nivel profesional yo he afianzado mis valores.** Al principio **al no tener tanta experiencia quieres centrarte mucho en la parte técnica** y cuando la parte técnica ya va rodada, te puedes dedicar a poner en práctica los valores. **Esto con pocos años no lo puedes hacer.**”

Por otro lado, algunas enfermeras manifiestan que **no existe ningún tipo de correspondencia entre la experiencia y la evolución de los valores adquiridos:**

EE 15 (1:1319)

“**El aspecto humano no mejora con la experiencia, lo tienes que curtir...** Lo tienes que curtir. No por el hecho de llevar muchos años eres una buena profesional, no. Esto, yo **he visto gente muy joven de la que realmente he pensado: ‘caray, puedo aprender de ti, me gusta lo que estás haciendo y puedo aprender de ti’.** En cambio, de gente que lleva muchos años, he dicho: **‘espero que yo esto no lo haga nunca’.**²⁹”

EE 16 (1:1337)

“Hay gente que sí, pero gente que no tanto. **Para lo que me queda... esto lo oigo mucho. Estoy a punto de prejubilarme...** En un principio **te dicen: cuanta más experiencia tienes los valores aumentan. Esto no es verdad. La experiencia no es siempre garantía de calidad. Quizá lo digo por desencanto, no lo sé, quizá sí.**”

EE 18 (1:1007)

*“Bueno, a ver, yo tampoco hace tantos años que soy enfermera, porque llevo desde el 2007, **hace casi 9 años. Bueno, no sé si habrán variado tanto en estos años. Yo creo que más o menos soy como al principio.**”*

EE 14 (1:1352)

“Hombre, **me han variado los conocimientos. Los valores, creo que sigo siendo igual que cuando empecé.** Creo que empatizo igual. Lo paso mal según con qué cosas igual. El único valor es el aprendizaje, que es muy importante claro, que ha variado. Bueno, claro, la madurez, va todo unido. El hacerte mayor y la experiencia.”

²⁹ *Verbatim* traducido por la investigadora de una entrevista realizada en catalán.

Estos resultados obtenidos difieren de lo que nos dice la bibliografía (Cragg, Plotnikoff, Hugo y Casey, 2001; Fetzer, 2003), la cual pone de manifiesto que los valores profesionales tanto en los estudiantes como en los profesionales se van consolidando y afianzando con la experiencia, siendo los profesionales con más experiencia los que son capaces de ponerlos en práctica con mayor eficacia.

Muy probablemente, si se realizara un estudio en estas profesionales acerca del *burnout* o el sufrimiento moral, podríamos identificar estas causas como las desencadenantes de un cuidado exento, de algunos o todos los valores indispensables para la correcta atención del paciente. Cabe recordar que, como se ha expuesto anteriormente (Altun, 2002; Cheng, Meng y Jin, 2015), estos condicionantes laborales pueden dar lugar a que las profesionales desarrollen una incapacidad por interesarse por los demás, así como una praxis de falta de calidad y seguridad para el paciente.

Ante las respuestas acerca de la **existencia de profesionales con una falta de valores** durante su práctica del cuidado, se preguntó acerca de **la repercusión que tiene**, en general, practicar este tipo de cuidado:

EE 6 (1:159; 166)

“Pues yo, para mí, se convierte en **un trabajo en cadena**, por lo que veo. Ven al paciente, le hacen la toma de constantes, lo que se le tiene que hacer, se le pincha, se le pone una vía, se le pone un tratamiento y se acabó. No hacen más. [...] Puf... **falta humanidad, muchas veces. No sé, yo creo que los ven como un número. Es de la habitación tal, con un diagnóstico tal.** Tienen que hacer un trabajo, ya está. Para mí es un trabajo en cadena, no veo... Yo creo que esa humanidad y empatía de ponerte en la situación de la otra persona que tienes en la habitación o en el quirófano o en cualquier sitio, yo creo que hace ganarte mucho. No sé, me hace valorar más el trabajo que hago. Porque, si no, ¿qué queda? Es como montar una pieza, es poner una vía, es poner un suero, es poner una medicación. Pero **el hecho de sentarte y hablar para mí es muy importante, al menos yo con cada paciente intento hacerlo.**”

EE 17 (1:961)

“**Si tú no trabajas con tus valores o los valores humanos yo creo que la práctica no te saldrá bien.** Vas a ir mal, entonces.”

EE 5 (1:465)

“Con más personal, estos hándicaps que hay ahora mismo, aquellas cosas que cojean en cuanto a la manera de cuidar se pueden solventar... Yo creo que sí,

que, partiendo del as de que el profesional tenga sus valores, claro, porque **si a una enfermera no le gusta su trabajo, no tiene valores, ya puede cuidar a un paciente que no lo va a hacer bien. Partiendo de la base de una enfermera que le guste su trabajo, que tenga valores** y demás, si las cargas de trabajo es el mayor obstáculo que tenemos ahí.”

Por otro lado, enfermería refleja una gran preocupación acerca de las **limitaciones que se encuentran en su quehacer diario** y que, consideran, les impide poner en práctica los valores con los que ellas quieren trabajar. Entre las limitaciones enumeradas, por un lado, hacen referencia a la **protocolización** de su trabajo:

EE 12 (1:1255)

“A primeros de mes fui a un curso de actualización de bioética y hubo una intervención de enfermería que me encantó porque hablaba de que, actualmente, se están perdiendo los valores. Porque, bueno, es la sociedad la que te lleva un poco, somos el reflejo de la sociedad en todos los ámbitos profesionales. En sanidad también, somos el reflejo de la sociedad. Se quiere protocolizar todo, se quiere todo simplificar y especializar.”

Por otro lado, al **cambio de valores en la sociedad**, hecho que también afecta al modo en que las enfermeras valoran determinadas prácticas:

EE 12 (1:1276)

“Yo cojo la sábana y la vuelvo a poner. Porque a mí me resulta violento. Hay quien no lo ve violento y les da lo mismo. Pasa **con el ‘usted’, tampoco se le da mucha importancia ahora...** Pero una cosa es el ‘usted’ y otra cosa es la desnudez, ¿no? Claro, ya, pero como está muy pública la desnudez... Es muy pública. En eso se es mucho menos pudoroso hoy en día. **La sociedad es menos pudorosa. Entonces, yo creo que ahora todo vale.**”

Es desde este cambio de valores de la sociedad en el que los pacientes también se sienten perjudicados, puesto que es en ellos donde repercute directamente:

EP 15 (2:130)

“Hay gente que **está creando aquí una serie de exclusiones sociales**. Y después estamos viendo que la seguridad social se está viendo afectada, lo que no puede ser es que una persona tenga unos sangrados anales o lo que sea y le programen la endoscopia en 8 meses. Eso no puede ser, tiene que estar más fluido. ¿Y cómo se puede hacer? Con dinero, porque el dinero es lo que hace mover este mundo. Y esto es lo que hay que hacer, menos fortunas locales y más

repartir. Y repartir donde se debe. Para que la gente tenga una calidad de vida. **Desde el enfermo que venga a este hospital, hasta el pobre refugiado que necesita unas atenciones médicas, o cualquier persona.** Pero claro, yo digo, y si yo con el mismo problema resulta que soy un sirio que está atravesando el mar y voy a un campo de refugiados ¿quién va a curarme a mí? Esto es lo que te comentaba, **eso es un tema global y ético. Aquí habría que cambiar lo que son los valores humanos.** Pero ya no solo a nivel social de concienciar a la gente.”

Otro aspecto que aseguran que afecta en el modo de llevar a la práctica el cuidado basado en valores es la propia **institución en la que se desempeña la profesión:**

EE 5 (1:404)

“**Los valores vienen a ser los mismos [que los de la empresa] lo que pasa es que, claro, llegar a conseguir esos valores con la cantidad de faena que hay,** o con el personal que tenemos, es difícil. Sin embargo, yo creo que si el profesional posee valores, sí se demuestran. **Quizá no puedes estar al 100% y demostrarlos como deberías, pero los valores yo creo que sí que son los mismos.**”

EE 6 (1:186)

“¿Aquí? ¿En mi puesto de trabajo? **Cambiar cada día de unidad. Porque nunca estás con el mismo equipo, entonces, cuando te sacan de tu unidad no controlas el entorno.** Más o menos los controlas, porque después de tantos años más o menos sabes cómo funciona cada unidad de hospitalización. Pero te dificulta el hecho de que cada día estés cambiando de equipo, al menos a mí. Que en general todos nos conocemos y nos llevamos bien, pero cuando vas a una planta donde siempre estás, no sé, haces más cohesión de equipo, haces más trabajo en equipo. Aquí, quizás es eso. Las dificultades de cada cambio de unidad, cambio de paciente... no te los conoces. Y claro, **te implicas al cien por cien en esa planta y al día siguiente vuelves a cambiar.**”

Sin embargo, no todas las enfermeras comparten esta opinión, sino que defienden justo la idea contraria: **el contexto en el que uno se encuentra no es motivo suficiente para limitar la práctica del cuidado,** dejando de lado los valores en los que uno cree:

EE 1 (1:68)

“Da igual el entorno en el que estás, porque eres tú quien actúa de una manera u otra. Entonces, si no tienes las herramientas o la capacidad para adaptar esos valores, o esa forma de actuar en el entorno en el que estás, entonces es que esos valores que tienes no son fuertes, no son reales, porque no estás de acuerdo con ellos si no los aplicas en cualquier sitio.”

EE 10 (1:263)

“Es que no creo que puedan llegar a dificultar la aplicación de los valores. Porque partimos de la base de que estás trabajando en una vocación que es profesional y en principio, para mí, el lugar de trabajo es en donde yo puedo poner estos valores en práctica. Es decir, lo que es a nivel de infraestructuras en mi opinión no me dificulta el aplicar estos valores.”

Esta posición firme ante la defensa de la práctica de los valores que uno tiene frente al contexto en el que los aplica concuerda con la valentía moral a la que hace referencia la bibliografía (Lindh, Silva, Berg et al., 2010; Gallagher, 2011; Hawkins y Morse, 2014). Práctica que no todos los profesionales son capaces de ejercer, probablemente, porque no poseen un contrato estable, no se encuentran arropados por el resto de compañeros, o incluso por no tener una plena convicción o formación suficiente para entender la relevancia de un cuidado basado en la ética.

Otra limitación a la que hacen referencia los profesionales son los propios **valores personales de cada uno**:

EE 1 (1:14)

“Si tú, a nivel personal en tu vida cotidiana, no tienes respeto por los demás, o te cuesta mucho relacionarte, o primero es tu opinión delante de todas las de los demás, por ejemplo, pues, lógicamente, a nivel profesional, que es como tu continuación, entonces no te vas a comportar de forma diferente.”

EE 3 (1:485)

“Yo pienso que para cualquier profesión, no solo para ser enfermero, se tienen que tener unos valores (no sé si podría llamarlo valores de vida). Entonces, los estas enmarcando dentro de tu profesión. O sea, yo tengo un estilo de trabajar que no lo tendrá otro, evidentemente. Y **los valores intentas implicarlos desde tu vida hacia tu vida laborar. Yo pienso que si fuera de otra manera, evidentemente no trabajaría así.**”

E incluso afirman que el **género del profesional** puede ser motivo de una práctica en valores distinta, tanto en función del que los da, como del que los recibe:

EE 20 (1: 1164)

“Yo creo que por la educación que recibimos. No me creo yo con menos valores de cuidar que una mujer, pero sí que creo que es por los valores que recibimos. La mujer está más en el cuidado de la familia, el hombre está también en cuidar a la familia, pero de diferente forma. Quieras o no, sí que verdaderamente yo lo hago. Siento decirlo. A ver, si tengo que sentarme con alguien y hablar con esa persona y dar un consejo a nivel de cuidado, yo lo hago, pero quizás he visto a compañeras que se han volcado más que yo en ese aspecto. Sí, lo he visto, y lo he vivido.”

A modo de resumen acerca de la práctica de los valores, se podría decir que no se aprecia un consenso entre los profesionales, puesto que la vivencia de cada uno de ellos, así como las dificultades con las que se encuentran, propician una divergencia de opiniones acerca de los valores en los que se debe basar la práctica del cuidado.

Así mismo, cabe recordar que en este apartado no se ha profundizado en el modo de poner en práctica cada uno de los valores, puesto que será en cada una de las dimensiones asociadas a los valores esenciales de la práctica enfermera donde se reflexionará acerca del cumplimiento y del modo en que son llevados a la práctica cada uno de estos valores.

5.1.3 Sentimiento profesional hacia los valores profesionales

Al amparo de la bibliografía (Caricati, La Sala, Marletta, Pelosi, Ampollini, Fabbri, et al., 2014), podemos afirmar que trabajar en base a los valores profesionales conlleva asociada la satisfacción y realización profesional de los trabajadores. Este aspecto queda también corroborado a través de las voces de las enfermeras entrevistadas:

EE 1 (1:28)

“Me proporciona satisfacción, satisfacción como profesional, y como persona también, porque, bueno, luego hay gente que vuelve para verte, para contarte como está, o para saludarte solamente... entonces eso te reconforta, ¿no? Es como decir, bueno, pues no lo he hecho tan mal. O sea, **se van, pero vuelven a ver cómo estoy, para saludarme, además te lo dicen cuando se van, te agradecen o te dicen que han estado muy bien atendidos, que hemos**

sido muy agradables o cosas así, entonces a nivel profesional es reconfortante.”

EE 6 (1:172)

“Yo, muy bien, me siento realizada. Tanto como profesional como personalmente. El poder ayudar a esa persona a cualquier cosa, no sé, me deja muy tranquila. No tengo ningún cargo de conciencia. Yo vengo, hago mi trabajo. Yo soy muy feliz. A mí es que me encanta.”

A la par, surge un sentimiento negativo hacia aquellas compañeras que no basan su práctica en los valores éticos de la profesión:

EE 6 (1:159-62)

“Pues para mí es como un trabajo en cadena, por lo que veo. Ven al paciente, le hacen la toma de constantes, lo que se le tiene que hacer, se le pincha, se le pone una vía, se le pone un tratamiento y se acabó. No hacen más. Sí, sí que las hay. Y hay bastantes. Lo que pasa es que, supongo que hasta que no ves el trato directo con el paciente no te das cuenta de que son así. Quizá te dan una imagen diferente y cuando realmente las ves trabajar, en el entorno y todo, ya no lo son solo con el paciente, sino con el propio personal. Tu compañero. Tienen esa distancia, y te lo marcan. Pasa que lo vas viendo con el tiempo. [...] Por los otros profesionales o por los pacientes. Porque has estudiado una carrera en la que realmente tratas a una persona, no tratas a un número, una máquina. Y te da pena el decir que estás trabajando porque tienes que tener un trabajo y ya está. Para mí es algo más.”

EE 15 (1:1315)

“[cuando veo como cuidan algunos compañeros] a veces me siento fatal... me produce **dolor de estómago y rabia porque, a veces, tengo la sensación de que la gente busca en el trabajo solo un recurso para poder mantenerse y esto me da mucha rabia**. Mira, a mí me parece muy importante o me parece, como te lo diría, que nosotros hacemos el esfuerzo de ponernos en el lugar de aquella persona. Tú, ¿Cómo querrías que te cuidasen? ¿Qué querrías que te hicieran o dijese? O, ¿Cómo querrías que te trataran?”³⁰

³⁰ *Verbatim* traducido por la investigadora de una entrevista realizada en catalán.

5.1.4 Coherencia profesional

No solo se ha considerado importante indagar sobre qué conocimientos tienen las enfermeras acerca de los valores profesionales, del modo en que los llevan a la práctica o sobre los sentimientos que les despierta verse a ellas mismas o a sus compañeros, cuidando o no, en base a la ética profesional. Del mismo modo, se ha considerado fundamental profundizar acerca de la coherencia en la que se ven obligadas a trabajar las enfermeras, en su día a día, así como en qué momentos existe una mayor facilidad para poder ponerlos en práctica.

EE 18 (1:1008)

“Hombre, yo creo que es muy coherente [su práctica diaria] con mis valores, porque el tiempo que tengo, pues lo intento distribuir todo lo mejor que puedo. Entonces, eso ya para mí es eso.”

EE 6 (1:193)

“**Pues directamente con los pacientes, en la habitación. Cuando no tengo a nadie alrededor. Cuando entro y hablo con el paciente, estoy con él, es cuando soy yo. Entonces, es cuando puedo hacerlo, pero a veces, muchas veces, desde fuera no puedes. Millones de interrupciones** o que estés en una habitación y tengas a un médico gritándote en el pasillo: ¡Enfermera! ¡Enfermera! Y que tengas que sacar la cara y decir: ‘está la luz verde, estoy aquí. No hace falta chillar’. O para cualquiera que te está gritando por el pasillo. Porque siempre es la palabra ‘enfermera’.”

EE 1 (1:125)

“**Tienes otras cosas urgentes que hacer, pero eso no implica que no entres con una sonrisa, le preguntes como está, cómo ha pasado la noche, mientras le pones el suero le dejes hablar y explicarse,** etc. Hay pacientes que necesitan hablar mucho, porque se sienten muy solos, y, a veces, te vas de la habitación y los dejas hablando, porque no te puedes quedar allí, y para ellos tú estarías allí toda la mañana sentadita escuchando, y no puedes, pero si lo haces con gracia no se nota.”

EE 21 (1:655)

“**Yo no estaba de acuerdo en aquella sonda tampoco...** además era un hombre que también estaba en contención y todo, fue un caso muy difícil, por eso me acuerdo. Tuvimos que atarlo, **yo lo estaba sondando y estaba casi llorando. Lo que digo del respeto, hay que respetar** también y la doctora dijo ‘este hombre

está descontrolado y necesita esto', y al día siguiente murió. No necesitaba esa sonda. Le hicimos una técnica que... total, fue para ponerle unas pastillas que las machaqué... fue un caso muy... cosas que pasan a veces."

Ante situaciones como estas, surgen muchas dudas acerca del origen de la limitación en la coherencia del cuidado humanizado³¹. ¿Es el propio profesional el que propicia esta limitación? ¿Es consecuencia de la gestión, de la propia institución? ¿Nos falta valor para defender que lo que creemos es lo mejor para el paciente? ¿Se respeta la opinión de enfermería dentro del equipo interdisciplinar, valorando su opinión como el profesional que más horas pasa con el paciente y por tanto que mejor lo conoce?

A modo de resumen y conclusión acerca de esta dimensión, se podría decir que existe un desconocimiento por parte de los profesionales del significado de los valores para nuestra profesión. Si bien es verdad que identifican conductas a través de las cuales se percibe que las enfermeras comprenden lo que es el cuidado humanizado, este desconocimiento perjudica la reflexión acerca de nuestra conducta profesional, así como la necesidad de defender una práctica basada en los valores propios de nuestra profesión.

Actitudes y cualidades personales como la empatía, la humildad, la honestidad, el respeto, la confianza, la comunicación y la búsqueda del confort del paciente son identificadas como valores profesionales. Sin embargo, si bien no corresponden a los valores esenciales de la profesión (AACN, 2008; ANA, 2001), todos ellas contribuyen a definir la esencia de la ética profesional.

Por otro lado, sorprende que no todos los profesionales identifiquen la experiencia con una mayor adquisición y consolidación de los valores profesionales. Existen estudios (Cragg, Plotnikoff, Hugo y Casey, 2001; Fetzer, 2003) que corroboran que, tanto en estudiantes como en profesionales, estos se ven aumentados con la práctica y, por tanto, con la experiencia.

Esta dicotomía de opiniones podría ser debida a la identificación de una serie de limitaciones como las derivadas de la gestión institucional, el contexto o los propios valores personales. Situaciones ante las que no todos los profesionales tienen las habilidades suficientes para hacer prevalecer los valores de la profesión.

³¹ Cabe recordar que el cuidado humanizado hace referencia a un cuidado basado en valores.

5.2 Dimensión: Altruismo

El término altruismo fue creado y definido por primera vez en 1892 por el sociólogo Auguste Comte como el hecho de “dar sin esperar nada a cambio”. Su creación fue propiciada para contrarrestar el término egoísmo, una corriente del momento que sugería que la actuación del ser humano está siempre motivada por un interés propio. Por tanto, se entiende el altruismo como la atención desinteresada hacia las necesidades de los demás (Smith, 1995; Haigh, 2009).

El altruismo ha estado ligado a la enfermería desde sus orígenes. Tanto es así, que su relación con la enfermería ha sido motivo de estudios como el de Kramer (1967), en el que se confirma que el altruismo es una pieza clave en la elección de la profesión, o como el de Arnold y Underman Boggs (2015), que recogen las actitudes y cualidades personales definidas por la AACN (2008) para mostrar de qué modo es posible una práctica altruista durante el cuidado proporcionado a los pacientes. Es la propia AACN (2008) la que identifica el valor del altruismo como aquella práctica del cuidado que se preocupa del buen hacer y el bienestar de los demás.

Como consecuencia, esta dimensión pretende profundizar en las características con las que los profesionales llevan a cabo un cuidado comprometido con el bienestar de los demás. Se encuentra formada por dos metacategorías: la Conceptualización del Cuidado y la Práctica Profesional y la Compasión.

5.2.1 Conceptualización del cuidado y la práctica profesional

En esta metacategoría se han englobado dos conceptos relacionados entre sí. Por un lado, la identificación del concepto de cuidado que tienen las enfermeras, y por otro, el modo en que llevan a la práctica la teoría del cuidado. Para ello se pretende ofrece un abordaje que englobe tanto la perspectiva de las enfermeras como la de los pacientes.

Con anterioridad se ha mencionado la evolución histórica del concepto de cuidado (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001), adjudicando a este un significado diferente en función del periodo al que se ha hecho referencia.

El concepto de cuidado, tal como contemplan García Hernández et al. (2011), es un término que se ha empleado con mayor frecuencia desde la década de los 70 hasta la actualidad y que se encuentra en continua transformación, muy probablemente como consecuencia de la creciente utilización de la tecnología durante este periodo.

Según Watson (2005), el cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, por lo que el significado que este tiene para las propias enfermeras determina el modo en que es llevado a la práctica.

Al igual que cuando son preguntadas por el significado de los valores profesionales, las enfermeras utilizan una gran variedad de atributos para definir lo que es para ellas el cuidado de enfermería.

Algunas profesionales describen el **acto de cuidar** como un **conjunto de actuaciones**. Un conjunto de conocimientos, técnicas y trato que hacen extensible no solo al paciente, sino también a la familia.

EE 15 (1:1311)

“La palabra cuidar me encanta porque es lo que me gusta hacer. Cuidar es darle al paciente lo máximo, **darle la excelencia en todos los sentidos**. Aplicar el tratamiento de una manera óptima, con todo lo que requiere una administración correcta. Cuidar la asepsia y cuidando todos los elementos, para que este tratamiento sea efectivo. Después, buscar su máximo confort, que se sienta bien, bien cuidado, que esté a gusto y no tenga dolor. Poder ayudarlo a que él aprenda a cuidarse, poder darle consejos y pautas tanto a él como a la familia, siempre hay cosas que se pueden mejorar, a nivel de dieta, de la piel... muchas cosas. Y bueno, darle eso, el máximo confort.”³²

Otras profesionales entienden la acción de cuidar como hechos concretos dirigidos a satisfacer objetivos determinados. En la mayoría de los casos, centran el significado de cuidado en **cubrir las necesidades que surgen al paciente** en relación a su enfermedad. Las enfermeras, por tanto, confieren al concepto de cuidado un significado de **suplencia**, mediante el cual su misión profesional abarca la realización de aquellas acciones que el paciente en ese instante no es capaz de realizar por sí mismo:

EE 6 (1:168)

“¿Cuidar? Cuidar, pues, es **cubrir todas las necesidades que en ese momento a ellos les falta, o que no sean capaces de llegar a conseguir por ellos mismos**. En el momento de una fractura, porque se encuentran mal, por dolor, por cualquier cosa. Cuidarlos en todos los sentidos en las necesidades que tengan en ese momento. ¿Tiene dolor? Pues paliarlo ¿Tiene fiebre? Bajarles la fiebre. Estar ahí. Que en ese momento a lo mejor necesitan llorar... partamos de

³² *Verbatim* traducido por la investigadora de una entrevista realizada en catalán.

ahí, o hablar porque no encuentran a nadie de su entorno con quien puedan desahogarse.”

EE 10 (1:254)

“Cuidar es **atender las necesidades que presente cualquier persona** que tenga yo a mí alrededor. No tiene por qué ser un paciente, **ahora mismo sí, hablando profesionalmente, pero a atender a cualquier persona según la necesidad, lo que necesite esa persona en ese momento que pueda necesitar de mí.**”

EE 23 (1:254)

“Pues cuidar es dar al paciente y a la familia una serie de cuidados que quizá ellos no pueden hacer y según el estado en el que estén, y yo sé que les puedo ayudar. Ayudarles, en este caso, en su día a día aquí, en el hospital.”

EE 17 (1:921)

“Claro, abarca los cuidados que tú puedas tener, los cuidados que le hagas a él, las curas que le tengas que hacer, peinar a una paciente... cosas que a veces se nos olvidan, como cortarles las uñas, lavarles bien los dientes... todas estas cosas como la higiene, que la hacemos rápido porque vamos rápido. **Vamos, todo lo que ellos en ese momento no pueden hacer.**”

EE 7 (1:1147)

“Qué significa para mí cuidar... Ostras, no me lo había planteado. Tengo muy claro cómo quiero cuidar, pero qué significa cuidar no me lo había planteado. Cuidar significa, para mí, el poder **suplir las necesidades que tiene esa persona** y conseguir que esas necesidades no lo limiten, o lo limiten lo menos posible.”

Este concepto de suplencia concuerda con el significado que Marín (2010) otorga a la palabra cuidar.

En otros casos, se centran en el concepto de **ayuda al restablecimiento y a la aceptación**, por parte del paciente, de la situación de enfermedad en la que se encuentra.

EE 1 (1:154)

“Cuidar para mí **significa facilitar a la persona a la que cuidas que se pueda reestablecer, o que pueda aceptar lo que le está pasando**, para que pueda evolucionar o crecer hacia un lado o hacia el otro.”

EE 10 (1: 326)

“Cuidado es eso, dar una herramienta a esa persona, un apoyo para que pueda desarrollar su propio cuidado y no se vea estancado allí.”

Por tanto, en función de los resultados obtenidos se podría afirmar que, para las enfermeras, el concepto de cuidado se encuentra ligado íntimamente a los conceptos de restablecimiento, evolución y suplencia.

No obstante, cuando se les solicita que expliquen cómo es su jornada laboral, hablan mayoritariamente de un cuidado basado en técnicas:

EE 17 (1:918)

“Llego por la mañana a las 7 a la planta. Sacamos los cuidados. Las compañeras de la noche me explican el parte. Cuando llegan las auxiliares, que llegan un poquito más tarde que nosotros, a las 07.20, hacemos la explicación oportuna. Nos tomamos el café y empezamos con la medicación de las 8. Repartimos medicación, estamos pendientes de retirar medicación y de que todo esté correcto. Si hay algún pase de visitas, intentamos o al menos yo intento hacer un pase de visitas con los médicos. Y luego me dedico a hacer faenas básicamente de secretaria, papeles por aquí papeles por allá. Hacemos las higienes y curas de los enfermos. A las 12 volvemos a repartir medicación y luego ya de las 12 hasta las 14 todo lo que falta por hacer y surge. Entre medio desayunamos, un turno entra a las 10 y el otro a las 10.30h más o menos.”

EE 12 (1:1247)

“Pues nada, llegamos y cogemos la guardia. Te repasas un poquito los cursos del día que han pasado. Y preparas la medicación a primera hora, después realizas curas. Bueno, realizas las higienes, vuelves a preparar medicación. Recibes traslados, ingresos, quirófanos, lo que venga. Haces los partes de enfermería y vuelves a empezar.”

Son una minoría las profesionales que reflejan su práctica laboral como un conjunto de técnica y relación:

EE 15 (1:1296)

“Un día de jornada laboral pues es empezar la mañana con ilusión, siempre tienes ganas de ver a tu compañera, la que te pasará la guardia. Compañeras que ya son amigas, porque después de tanto tiempo de vernos y hablar... Y bueno es un buen momento que te enriquece la información que te dan los pacientes y muy

bien. Una vez que ya han pasado la guardia tú te sitúas, si hay cosas que no te han quedado claras pues las buscas en el ordenador y miras un poco, paciente por paciente, repasando la información. Cuando ya has hecho esto, te arreglas tu material para trabajar. Repasas si hay peticiones pendientes que se tengan que cursar, priorizas un poco las tareas que tienes que realizar. Cuando ya has hecho esto, normalmente haces un café y hablas cuatro cosas con las compañeras y enseguida empiezas a trabajar: glicemias de los pacientes, medicación, insulinas... normalmente aprovecho cuando reparto la medicación para saber cómo ha pasado la noche el paciente, si está bien, si necesita algo, si tiene ansiedad, si se encuentra solo. Es cierto que todo implica muchas horas de trabajo que a veces no tenemos, pero bueno lo valoramos según las necesidades o patología que tienen los pacientes.”³³

EE 7 (1:1150)

“Tengo que cuidarlos como persona y como patología, y las dos cosas juntas. Puedo tranquilizarlos, me doy cuenta cuando están nerviosos, cuando están preocupados, cuando están tristes. Al final eso hace mucho, porque al final la patología es estudiar, aprendes, sabes hacer técnicas, pero es que no es solo eso.”

Esta práctica, que conjuga técnica y trato con los conocimientos que posee la enfermera, es lo que García Hernández et al. (2011) entienden como cuidado profesional. Es un cuidado en el que tanto pacientes como enfermeras coinciden al describirlo como una actividad rutinaria:

EE 20 (1:863)

“Planta es muy rutinario. Planta es siempre la misma actividad, siempre medicación... una planta es una rutina constante. Quizás deberíamos plantear algún cambio en la organización de nuestro trabajo.”

EE 25 (1:829)

“Nosotras llegamos y es: pasar el parte, revisar medicación, sacar la de las 4, la de las 6, la de las 8. Ahora toca insulinas, el ingreso, qué medicación falta. Es todo muy mecánico y te acostumbras a tus rutinas.”

EP 3 (2:243)

“Te atienden, te vienen, te traen la comida, el desayuno, te dicen que si te has lavado o quieres que te ayuden. Y todas esas cosas. Te ponen los medicamentos

³³ *Verbatim* traducido del catalán por la investigadora de una entrevista realizada en catalán.

y te van controlando. Vienen con la tensión, vienen con el termómetro, con todo, no te dejan. Lo hacen dos o tres veces al día.”

EP 12 (2: 375)

“¿Qué cómo es un día? Pues bueno de momento cuando te despiertas normalmente te traen el desayuno. Luego te intuban, después con oxígeno y, en fin, con los productos que son necesarios para tu curación. Luego, pues bueno, al lavabo a hacer tus necesidades y tal. La ducha, lavarse la cara, y luego pues es cuestión de esperar hasta la hora de comer. Por la tarde te suelen poner oxígeno también, los medicamentos prescritos por el doctor. Y a veces ya por la mañana te lo dan, y luego si es necesario por la tarde. Y bueno luego viene la hora de merendar, te dan un yogurt o algo que te apetezca. Y luego pues nada, esperar hasta la hora de cenar. Y luego ya la cena, y bueno pues ya te dan los medicamentos prescritos también y luego al cabo de dos o tres horas te vienen a ver si necesitas algo más. Alguna cosa que te apetezca pero que ellos tienen, y bueno si un yogurt o un café con leche o cualquier otra cosa. Y luego ya pues nada, se apagan las luces y a dormir hasta el otro día. Que ya te despiertan, y otra vez vuelve la rutina.”

Esta rutina que las enfermeras no consideran positiva para el cuidado de sus pacientes algunos autores (Reich y Zautra, 1991; Abegg et al, 2000; Bouisson y Swendsen, 2003; Zisberg et al, 2006) la consideran necesaria y clave en la consecución de un buen funcionamiento y estabilidad en el desempeño laboral. Sin embargo, tal como expone Dunn (2000), sería necesario explorar si esta rutina corresponde a la propia personalidad del profesional, a la condición de temporalidad de la acción del cuidado como afirman Larson y Zemke (2003) o bien un beneficio para la implementación y resultado de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería, según la visión de Zisberg et al. (2006).

La condición de temporalidad identificada por Larson y Zemke (2003) es reconocida por los mismos profesionales de enfermería.

EE 14 (1:1345)

“Echo de menos el poder sentarte 5 minutos en la cama del paciente. Porque muchos te reclaman explicarte cosas, que gracias a lo que te explican y si tú puedes pararte a escucharle, tus cuidados están enfocados de una manera o de otra. Que a veces no les miramos ni los saludamos. **Todo es por el timing, hay que desayunar a tal hora dar la medicación a tal hora. Vamos con los timings muy marcados en jornadas de 7 horas.**”

En el caso de algunas enfermeras, la rutina durante su vida laboral es motivo de gran preocupación y de desencanto profesional:

OB E 17 (3:697)

“A mí me gustaría llevar alumnos, ya lo he dicho varias veces y no me hacen caso, solo tienen oportunidad de progresar profesionalmente algunos, esto es muy injusto. Es que al final te amargas pensando en que siempre vas a hacer lo mismo.”

Desde la perspectiva del paciente, el concepto de cuidado incorpora otras dimensiones diferentes, no mencionadas por los profesionales. Entienden que el cuidado, aparte de ser un medio de ganarse la vida, debe suponer un **compromiso** con la profesión:

EP 10 (2:339)

“Pues la habilidad que tenga a la faena que hace, claro es que a uno le tiene que gustar lo que hace. Si no te gusta vamos mal. Tú vienes aquí a ganarte lo que sea, porque tienes que ganarte la vida en lo que hayas estudiado o puedas, que yo no lo critico. Pero tienes que entender que **vienes a cuidar vidas humanas.**”

Así mismo, en ocasiones valoran el trabajo que desempeñan y critican a los que ven como una **obligación** el trabajo de las enfermeras con los pacientes por el hecho de estar bajo su cuidado:

EP 17 (2:167)

“Porque hay pacientes que creen que, llegando al hospital, **la enfermera ya se ve en la obligación de atendernos y curarnos.**”

EP 11 (2:374)

“Hay pacientes que no están contentos nunca con nada, se quejan de todo. ¿Me entiendes? **Se piensan que la enfermera está obligada a hacerlo todo y no se mueven para nada.**”

La AACN (2008) incorpora la propia práctica del cuidado como una actitud ligada al valor altruista de la profesión. Teniendo en cuenta este concepto de buen hacer y bienestar que relaciona la práctica del cuidado con el altruismo, se han encontrado diferentes actuaciones que hacen referencia a esta dimensión.

Se ha podido observar que, a las enfermeras, les preocupa que el cuidado que se proporciona a sus pacientes sea el adecuado, incluso por parte de otros profesionales, **abogando por las necesidades de sus pacientes**, en especial de aquellos que se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad.

OB E 11 (3:583)

[Se acerca un médico al control para comentar acerca de un paciente que se va de alta. Intercambia información con el médico y repasan el tratamiento juntos] “¿Qué le has recetado? Es por si luego me pregunta (...) ¿Estás seguro que quieres pautarle esto? Ahora estaba tomando (...) ¿Lo has hablado con el jefe? (...)”. [El médico muestra sorpresa cuando ella le cuestiona el tratamiento. Finalmente, ha cambiado la receta y ha pautado lo que le estaba comentando la enfermera].

OB E 18 (3:689)

[Mientras está en el control, viene la supervisora y le comenta que han solicitado una PICC³⁴ para un paciente y a ella no le han dicho nada]: “... lo peor no es eso, es que el médico no ha puesto interés en saber si puede tragar o no sin hacer broncoaspiración antes de ponerle una vía central... es que ni me ha preguntado...”

Así mismo, se interesan por el **bienestar del paciente al que dan el alta**, comprobando y facilitando aquello que pueda necesitar y que asegure una continuidad de los cuidados que está recibiendo el paciente mientras está hospitalizado:

OB E 18 (3:689)

“(...) te voy a explicar cómo funciona esto. Mañana te vas de alta y lo tendrás que usar tu sola en casa... Primero lo abres, ahora lo pones así (...) Ve haciéndolo tu...”

Realizan actos de generosidad:

EE 17 (1:947)

“Pues cuando tenemos indigentes. El cepillo de dientes, la colonia yo se lo traigo de casa. Y si no se lo voy a comprar. O le llevo un pijama viejo de mi marido.”

La **mentorización** de alumnos, así como de compañeros que se están reciclando, ha sido una constante durante la observación llevada a cabo a los profesionales de los cuatro hospitales. Se ha tenido la oportunidad de ver la paciencia y dedicación mostrados durante el desempeño de la práctica diaria:

³⁴ Siglas en inglés, de Catéter central de inserción periférica

OB E 1 (3:977)

[La enfermera hoy va acompañada de una estudiante de enfermería de 1º de Grado. Explica a la alumna en que consiste la cura antes de entrar a la habitación, una vez dentro, deja a la alumna que interactúe con el paciente, y discretamente la ayuda con lo que no sabe hacer.]

OB E 11 (3:981)

[Va acompañada de una alumna de 2º de Enfermería, la cual me comenta que los pacientes quieren mucho a su enfermera (...) Supervisa la medicación que ha sacado la alumna y una vez que ha finalizado le permite repartirla.]

OB E 18 (3:990)

[Repasa con la alumna la planificación del trabajo que van a realizar durante el turno de la tarde. También le explica una nueva técnica que va a tener la oportunidad de realizar la alumna, así como el estado de cada uno de los pacientes de los que se van a hacer cargo.]

OB E 1 (3:979)

[Hoy está con un enfermero que va a iniciar su contrato este fin de semana. Le explica dónde se encuentran las cosas, cómo funciona el programa informático y, al cabo de un rato, van a realizar una cura compleja los dos juntos. Durante la cura, el enfermero cuestiona delante del paciente lo que la enfermera está haciendo, pero ella no dice nada. Al salir de la habitación, la enfermera lo reprende, con un tono suave pero autoritario: “No me cuestiones nunca más delante de un paciente. Seguramente tienes razón, pero el paciente necesita tener seguridad y de este modo lo único que haces es que dude de lo que le hacemos”. Una vez que ha terminado de hablar con él, continúa explicándole el funcionamiento de la planta sin signos de enfado.]

Estas son una muestra de aquellas actuaciones que, con mayor frecuencia, se han observado durante la práctica del cuidado, pero llama la atención el contraste que surge en determinadas situaciones en las que las mismas enfermeras que habían mostrado preocupación, afecto e interés por sus pacientes y familiares, se muestran totalmente diferentes a como habitualmente suelen ser en su práctica diaria sin estar mentorizando.

OB E 16 (3:634)

Ahora está en el control y se le acerca un familiar que le dice. “Mi marido es diabético y necesitaría que viniera un podólogo. Tiene los pies muy mal y así no puede estar porque es diabético”. La enfermera le contesta: “Eso lo tiene que pedir usted, si alguien le ha dicho que lo llamaría yo no lo sé”. En ese momento la

auxiliar le comenta a la enfermera que hay un teléfono colgado en el corcho y aprovecha para desentenderse del tema. Cuando el familiar se va del control, la enfermera se gira y me dice. “Es que los pacientes piensan que esto es un salón de belleza. ¡Hace un año que no se corta las uñas y ahora resulta que, como es diabético, no puede estar así, vamos! Tendría que haber ido antes de ingresar”.

OBE 17 (3: 701)

Le pone mala cara a un familiar que ha ido a coger unos guantes porque lleva un rato en el control y nadie le hace caso. Al verlo, ella se levanta mientras suelta un suspiro. Se dirige al familiar con tono seco y elevado. Al volver al control le dice a su compañera: “Es que lo intento, sonrío, pero ya al final me cambia la cara. Ya les he dicho que si no entiende lo que explican los médicos, que vuelva a hablar con ellos. Bueno, aquí te quedas con todos estos majos...”

Es en consecuencia una obligación preguntarse a qué se deben estas actuaciones tan opuestas. ¿Es debido al estrés producido por la intensa carga laboral? ¿Repercuten en su vida profesional los problemas de su vida personal? Se puede afirmar, en definitiva, que existe una incoherencia entre lo que se hace y lo que se comenta que se hace.

5.2.2 Compasión

La compasión se ha definido como la toma de conciencia acerca del sufrimiento de otra persona y la actuación que se pone en práctica, para poner fin a ese sufrimiento (Crawford, Gilbert, Gilbert, Gale y Harvey, 2013). Es considerada como una parte esencial de la práctica enfermera (Papadopoulos y Ali, 2016), y que debe ser un rasgo de cualquier enfermera que pretenda ser considerada una buena profesional.

Entre los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas, el término compasión únicamente ha aparecido en una ocasión³⁵. Se hizo alusión a esta no como una característica de la profesión de enfermería, sino que se utilizó, paradójicamente, para hacer referencia al efecto negativo que puede tener para el paciente, durante la práctica del cuidado:

³⁵ A pesar de las escasas referencias hacia la compasión que se han realizado durante las entrevistas, se ha decidido reflejarla en el capítulo de resultados, debido a la relevancia y esencialidad de la compasión en la práctica de enfermería.

EE 1 (1:23)

“Lo baso en no ver tanto la debilidad de la persona, es decir, hay que ver lo que hay que potenciar. No puedes cuidar a alguien compadeciéndolo porque entonces no le estás **cuidando bien**, porque no le vas a dejar salir de donde está. Si una persona te está diciendo todo el rato ‘que mal estoy’, ‘yo esto no lo puedo hacer’, si tú le compadeces y le das la razón y no le empujas a hacer otra cosa, verdaderamente no lo estás cuidando.”

La enfermera parece consciente de la necesidad de la compasión, pero adaptándola a las circunstancias. Se trata de impedir que la compasión contribuya a la pérdida de la autonomía del paciente, hecho que implica un desconocimiento del concepto de compasión por parte de los profesionales de enfermería. Asimismo, identifica como una distorsión de la compasión, la pena que pretenden suscitar algunos familiares, de manera que el paciente pueda conseguir aquello que creen hará más agradable la estancia de este durante su ingreso. Creen que los familiares, en estos casos, no son conscientes de las repercusiones que puede comportar el cuidar con una compasión malentendida:

EE 1 (1:24)

“Pasa a veces con muchos cuidadores, ¿no? Que lo que hacen es hacer que la persona deje de valerse por sí misma, entonces el cuidado que están dando verdaderamente no es real, le estás haciendo más infeliz, más pobre, más desvalido... Por ejemplo, el otro día vi a un señor al que le faltaba una pierna, y el día anterior el señor se pasaba de la cama a la silla y sin ningún problema, no habíamos tenido ningún problema con él. El día siguiente vino el hijo y al señor se le había caído la botella **en la cama y nos exigía que lo ayudáramos a levantarse**. Le digo ‘pero es que tu padre se mueve muy bien’, y dice ‘ya, pero le falta una pierna’; y digo ‘ya, pero, aunque le falta una pierna se mueve muy bien, se pasa de la cama a su silla, y se mueve muy bien, no hace falta que estemos nosotras’. Y era la sensación esa de cómo le falta una pierna no se puede mover, entonces yo creo que lo que intentamos es que esa persona, aunque le falta una pierna, se pueda mover de otra manera.”

No obstante, aunque la compasión no haya sido verbalizada abiertamente durante las entrevistas, su práctica sí se ha podido constatar a través de los datos obtenidos. Papadopoulos y Ali (2016) identificaron unas actuaciones de enfermería que, a pesar de no hacer referencia a la compasión literalmente, la equiparan como la práctica de la misma.

Estas actuaciones relacionadas con la compasión de los profesionales de enfermería son:

- Ser empático
- Reconocer y aliviar el sufrimiento
- Cuidar
- Comunicarse
- Contactar y relacionarse con los pacientes
- Ser competente
- Atender las necesidades de los pacientes
- Implicar al paciente

Por tanto, es importante profundizar en cada una de estas actuaciones, puesto que a través de ellas se ha podido constatar el nivel de práctica compasiva que ponen en práctica las enfermeras.

5.2.2.1 Ser empático

Durante las conversaciones con las enfermeras, el término empatía ha sido definido y asociado a un aspecto nuclear en la práctica del cuidado. Trabajar con empatía les ayuda a comprender las actitudes de determinados pacientes y comportamientos que de otro modo no estarían justificados.

EE 7 (1: 1168)

“Al final acabas hablando de empatía, de ponerte en el lugar de él y entender las reacciones que puede tener esa persona por la situación en la que está. Cómo actúa esta persona por la situación en la que está. Esas dos cosas. A partir de ahí, tú entiendes cómo está el otro (que no quiere decir tolerárselo todo, eh), las cosas como son. Esta persona está mal, está en una situación más o menos complicada, una situación familiar compleja, el tema es entender que **no solo es una persona que está enferma, es todo lo que debe llevar detrás esa persona. A lo mejor no tiene ningún soporte familiar. Entonces, yo creo que es la empatía y el respeto.”**

Sin embargo, a pesar de reconocer la esencialidad de la empatía en la práctica diaria del cuidado, a la vez identifican una necesidad de distanciamiento como requisito para una buena relación de ayuda. Otorgan a este distanciamiento un significado no asociado a

una falta de empatía, sino un modo de enfriar los sentimientos con la finalidad de ser objetivo y no perder la función de ayuda propia de la enfermera:

EE 1 (1: 60)

“(...) tampoco tienes que permitir que te falten el respeto como profesional y como persona, pero también tienes que entender la situación... entender a la otra persona, saberse comunicar y no hacer tuyo el sufrimiento del otro, porque entonces no la puedes ayudar.”

Situación que concuerda con lo expuesto por Burhans y Alligood (2010), quienes afirman que para poner en práctica la empatía es necesario tomar una distancia correcta del paciente y sus problemas, tratando de no implicarse en exceso en su situación, lo que interferiría en la objetividad de la enfermera. Identifican la empatía como un valor que llevar a la práctica:

EE 7 (1: 1351)

“Pues intentar ponerme en su piel. Valores de... no sé cómo explicarte, no me salen las palabras. De empatía, quizás sea la palabra. Empatizar con el paciente. Quizás es el valor más importante.”

Buscando que sus acciones sean similares a como a ellas les gustaría ser tratadas o cuidadas:

EE 7 (1: 1148)

“Yo siempre he pensado: **¿cómo me gustaría que me lo hiciesen a mí?** Y eso es lo único que hago con ellos, hacer lo mismo que me gustaría que me hiciesen a mí.”

EE 21 (1: 626)

“Yo no me puedo poner en la situación de una persona que está terminal, pero intentando ponerme (¿yo qué necesitaría en ese momento?), pues que me duela lo menos posible todo y estar con alguien que me dé tranquilidad, para mí es imprescindible que me dé tranquilidad. Y yo, **pues me he estado un ratito con ella y tocándola y la hemos arreglado y se ha quedado muy bien.**”

Así mismo, están convencidas de que la empatía es algo que forma parte de la persona.

EE 3 (1:501)

“Que te voy a contar yo de la **empatía**... Bueno, a ver, es que yo pienso que eso **viene implícito en la huella dactilar**. El ser empático yo pienso que ganas mucho en tu manera de cuidar. Yo pienso que es básico.”

EE 16 (1: 699)

“Yo tengo mucho don de gente y eso **me facilita muchísimo el empatizar en seguida con el enfermo. Eso es una cosa... o lo tienes o no lo tienes**, y aparte me he cultivado.”

Actitud que, tal como ellas mismas reconocen, no siempre es empleada, bien sea porque no son personas empáticas o porque existen situaciones organizativas que, como el tiempo disponible para la atención de los pacientes, no favorece su puesta en práctica:

EE 23 (1:567)

“**No todo el mundo empatiza con todo el mundo**, ni con el paciente ni con la compañera.”

EE 15 (1: 1316)

“No nos ponemos en su lugar [las enfermeras]. Y a veces incluso en gente joven, si fuera tu padre o tu hermano, ¿cómo querrías que lo tratásemos? ¿Querrías que le habláramos de cualquier manera, o querrías que no se preocuparan de si come o no come? ¿O no le cuidasen la piel? Y pienso eso, que tenemos que ser profesionales, lo que se espera de nosotros.”³⁶

EE 26 (1:1095)

“**Empatía es ponerte en el lugar del otro... y no hay tiempo para ponerse**. A ver, a veces cuesta.”

Sin embargo, sorprende que, siendo la empatía una de las actuaciones de enfermería que confieren al cuidado su carácter humanizado (Olivé Ferrer e Isla Pera, 2015), esta no se aplique con mayor intensidad. El interés que suscita el tema no es solo entre el colectivo profesional, ya que son los propios pacientes los que manifiestan la necesidad de ser tratados con empatía como un signo positivo de los profesionales hacia ellos.

³⁶ *Verbatim* traducido por la investigadora de una entrevista realizada en catalán.

OB E13 (3: 564)

La paciente se interesa por mi trabajo, comenta que le parece interesante y destaca la **importancia de la empatía y la escucha para aceptarse unos a otros**. Comenta que “saber sonreír es un regalo.”

La relevancia que adquiere la empatía para profesionales y pacientes, mostrándola como un elemento clave en el cuidado de enfermería, coincide con la de autores como Yu y Kirk (2008) y la de Neumann, Eldelhäuser, Tausches et al. (2011). Estos autores resaltan la influencia positiva que ejerce la empatía sobre la evolución de la enfermedad del paciente, destacando entre sus efectos positivos un incremento de: la satisfacción del paciente y el bienestar o una mayor adherencia al tratamiento, favoreciendo unos buenos resultados de salud.

5.2.2.2 Reconocimiento y alivio del sufrimiento

La práctica que realizan con más frecuencia las enfermeras para aliviar el dolor de los pacientes consiste en la administración de analgésicos.

A través de la observación, se ha podido comprobar la relevancia que tiene para ellas la disminución del sufrimiento. Esta importancia se evidencia en la rapidez con la que acuden a la habitación cuando les piden un analgésico o las avisan de que hay algún paciente con dolor.

OB E11 (3: 425)

Avisa paciente por dolor. Pone cara de contrariedad, pero enseguida se pone a organizarlo todo.

OB E23 (3: 954)

“Feliciano, vengo a quitarte el suero”. El paciente le dice: “Hoy no me has puesto nada para el dolor...”. Ella lo comprueba. **“Sí que te he puesto, pero como te he dicho antes, no tienes que tener dolor... voy a ver qué te puedo dar...”**. “Pues eso es lo que quiero, no tener dolor...”

OB E20 (3: 764)

“Amelia, ¿cómo vamos?”. Esta es la paciente que hace un rato ha pedido analgesia. Por el orden que llevaba repartiendo la medicación, no le tocaba entrar en esta habitación. “Te pongo el calmante...”

En las ocasiones en que el analgésico está prescrito en pauta fija, se interesan por averiguar si la dosis que se le está suministrando es la suficiente para el tratamiento de la patología por la que está ingresado el paciente. Para ello, avisan al paciente o le preguntan al cabo de un rato de ponerle el analgésico. En este tipo de acciones la enfermera no solo busca aliviar el sufrimiento del paciente, sino que, a su vez, busca que el paciente se sienta seguro y confidente.

OB E26 (3:951)

“Le pongo lo que le toca ahora a las 16h. **Si no fuera suficiente me lo dice.**”

5.2.2.3 Cuidar

La percepción del cuidado bien realizado debe centrarse en la satisfacción que produce al paciente. Es importante que la enfermera sepa exactamente el modo de atender a un paciente para que se sienta satisfecho con el cuidado que recibe. Del mismo modo, es necesario saber cómo percibe el paciente el cuidado que recibe.

En este caso, tanto pacientes como enfermeras tienen una percepción positiva del cuidado recibido y brindado.

EE 10 (1:320)

“El sentirse bien atendido, bien cuidado. **Tener la sensación de que saben lo que van a hacer**, saben porque está ahí [la enfermera] y saben lo que se les va a hacer.”

EP 12 (2: 176)

“**Bien, bien, no me puedo quejar. No, porque si necesito cualquier cosa me la dan, no se hace la tonta, no, no, no.** Yo pico, hay una que le digo yo ‘la terremoto’, que es la pequeña, que es muy viva. [...] Le digo oye, dame por favor esto, lo otro.”

Sin embargo, no todas las experiencias son buenas, en algunos casos la satisfacción del paciente no corresponde a las expectativas que tenía, bien por tener como referencia ingresos anteriores o por el hecho de percibir carencias en el cuidado recibido.

EP 10 (2: 341)

“Con menos de la mitad... Sí... **Les falta emplear más lo que han estudiado, y emplearse más a fondo...** Porque en cualquier trabajo hay que ser consciente. Y

hay que ser consciente de lo que uno quiere hacer, de lo que uno quiere vivir, y consciente de con quién tratas.”

EP 14 (2: 414)

“Yo la segunda o la primera vez que estuve aquí, que ha sido este año (he estado tres veces), me llamaron desde el hospital y dije alabanzas. No me arrepiento, pero casi, porque ni la segunda vez ni esta puedo decir tanto.”³⁷

5.2.2.4 Comunicarse, contactar y relacionarse con los pacientes

Mediante la comunicación verbal o no verbal, la enfermera establece unas pautas de relación con el paciente. Esta relación puede basarse en la cercanía o la distancia y en la calidez o frialdad que se establece en el momento de la interacción del cuidado. En función del tipo de relación que establezcamos con el paciente, se podrá afirmar que la enfermera es o no compasiva.

En esta dimensión se han unificado dos de las mencionadas por Papadopoulos y Ali (2016), puesto que son dos atributos íntimamente relacionados entre sí. Para contactar y relacionarse es necesario comunicarse de un modo efectivo, interesándose por el bienestar del paciente en todas sus dimensiones. La cercanía es un tema reiterativo en el discurso de algunas de las enfermeras con la finalidad de que el paciente pueda compartir y aliviar así sus miedos.

EE 1 (1: 98)

“(...) Yo me senté en la cama con ella y le dije ‘¿por qué no? Esto lo ha pedido la doctora para esto, y tal...’ Entonces ella sacó toda su angustia de que no sabía lo que le estaba pasando, nunca había estado ingresada, lloró, y pataleó todo lo que quiso.”

EE 5 (1: 470)

“Mi manera de cuidar es acercándome mucho a la persona. Viendo mucho las necesidades de esa persona, intento abrir el abanico y entonces que no se me escapen cosas que yo por ejemplo considero muy importantes. O sea, a veces no es más importante administrar una medicación sino **sentarte un rato con la persona, intercambiar opiniones y acercarte, tocarla, porque yo pienso que muchas veces con el tacto transmitimos muchas cosas y realmente estamos solventando muchos problemas de los que hay.”**

³⁷ *Verbatim* traducido por la investigadora, de una entrevista realizada en catalán.

EE 2 (1: 129)

“Creo que lo que más valora el paciente es la cercanía, que le expliquen, que lo vean como una persona y que lo respeten.”

Es también, en el trato de “tú” o “usted” al paciente, donde enfermeras y pacientes consideran que se puede marcar un acercamiento o distanciamiento, en la interrelación personal.

EE 16 (1: 706)

“Yo de hecho no llamo a nadie de ‘usted’ nunca [...] es como marcar una diferencia o marcar un espacio.”

EP 6 (2: 14)

“A mí me gusta de ‘tú’. Realmente me gusta de ‘tú’ porque te da una cierta confianza.”

No siempre la cercanía expresada en forma de actuación afectuosa es apreciada por los profesionales. Para algunas enfermeras no es un valor inherente al cuidado, sino que es un valor añadido, que en sí no es imprescindible para una práctica enfermera de calidad.

EE 16 (1:1065)

“**Es que sois tan cariñosas y nos dais tanto cariño...**’ y les digo: ‘Nos estamos equivocando, las enfermeras, **si somos cariñosas, estupendo, pero hay otras que no lo son y son igual de eficientes.**”

En otras ocasiones, el paciente ha expresado que, a pesar de su satisfacción por el trato recibido, su ideal de cuidado pasa por una enfermera cercana, que se interese por relacionarse y que lo vea como algo más que una técnica a realizar.

EP 15 (2: 102)

“**Algunas son más distantes... Simplemente he entendido que quizás no son tan cariñosas.** Pero no me han hecho sentir mal en ningún mal momento. Han ido quizás un poco más a la acción. Han dejado la caricia o el consejo y **han estado un poco más por la cura, concentradas en las labores técnicas. Y no ha habido a lo mejor una comunicación, no han hablado tanto.** Pero esto no quiere decir nada, en este mundo hay de todo y todo es muy aceptable. Que todo esté dentro de un contexto pues más o menos de respeto y normalidad.”

5.2.2.5 Ser competente

Habitualmente no se relaciona la habilidad y los conocimientos de enfermería con la práctica compasiva del cuidado y, sin embargo, uno de los ítems que aparecen en los cuestionarios para medir el nivel de compasión de las enfermeras es el grado de competencia profesional, característica relevante para la satisfacción de los pacientes ante el cuidado recibido (Kret, 2011).

Así mismo, Marín (2010) concuerda en la necesidad de unos conocimientos que permitan la práctica del cuidado, haciendo referencia a la imposibilidad de cuidar sin tener la formación suficiente, sin saber qué es lo que se está haciendo. Poseer los conocimientos necesarios y ser resolutivo es parte de lo que esperan los pacientes de las enfermeras. Aspecto bien valorado según los pacientes entrevistados.

EP (2: 3335)

“Lo que trabajan, lo trabajan bien realmente. O sea, el trabajo lo hacen bien y con rigor. No hacen las cosas de cualquier modo, no, no. Lo hacen bien, se cuidan y tal.”

Sin embargo, la competencia intelectual no es la única que esperan los pacientes, ya que consideran que la competencia de la enfermería está compuesta de técnica y relación.

EP 10 (2: 105)

“Que me hagan lo que me tengan que hacer y sean un poco agradables. No pido más.”

EP 1 (2:216)

“Pues depende del momento, eh. Estos días eran muy importantes [los conocimientos], pero si hay algo que no sabes, siempre puedes pedir ayuda a otro compañero: ‘Mira escucha, me pasa esto ¿Qué puedo hacer?’ Pero el trato al paciente el otro compañero no te lo puede dar. Pero es que creo que van muy ligados... si tengo que elegir, que sepa mucho.”³⁸

5.2.2.6 Atender las necesidades de los pacientes

Durante el periodo de ingreso, los pacientes tienen la expectativa de ser atendidos por los profesionales de enfermería responsables de la unidad donde están ingresados.

³⁸ *Verbatim* traducido por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

EP 16 (2:148)

“Es que ya le digo **es muy difícil pedir cuando te tratan bien, cuando tú estás viendo que las necesidades las tienes cubiertas y que de palabra ya te tratan bien**. ¿Qué más vas a pedir? Te lavan, si te tienen que lavar. No es mi caso ahora, pero el otro sí. **¿Qué más vas a pedir?**”

Es desde la voz del propio paciente como mejor se puede valorar la satisfacción ante sus necesidades. Estos dejan patente que las enfermeras, en general, cumplen con las expectativas que tienen los pacientes hacia el cuidado que van a recibir.

5.2.2.7 Implicar al paciente

Por último, otra práctica habitual entre las enfermeras es implicar tanto al paciente como a la familia en su propio cuidado.

EE 3 (1: 518)

“Yo lo que intento es que se implique mucho en su autocuidado, ¿sabes? Porque bueno, y si no, si veo que realmente no son capaces y trae a la persona referente, por ejemplo, cuando hago las curas no echo al acompañante, sino que lo implico también. Le digo, ‘a ver, ¿te vas a curar tú? ¿Quién te va a curar? ¿Tu señora? Pues que venga, vamos’. Incluso hay veces que le digo al paciente o al acompañante si se va a ir de alta: ‘bueno, ya te he explicado cómo va la parenteral, venga pínchala, a ver cómo lo haces’. Y la verdad es que la gente se implica muy bien.”

EE 11 (1: 1395)

“A la familia la hago participar. Incluso ellos mismos dicen ‘prefiero estar fuera, hazlo tú’. **Yo sí que les incluyo, pero no siempre lo consigo**. Tampoco sé hasta qué punto puedo demandar su ayuda. No lo conozco si verdaderamente me toca a mí o a ellos. Yo no lo hago por quitarme trabajo sino porque pasado mañana se van ellos a casa y les aportas lo que puedan ver, pero **no siempre están de acuerdo**.”

Sin embargo, esta acción no siempre es bien aceptada por los pacientes o por los familiares, que la identifican como una falta de interés por parte de la enfermera, y no entran a considerar los beneficios que puede reportar en la evolución de su enfermedad, así como en la autonomía que le ofrecerá en su domicilio saber cómo actuar ante la necesidad de cuidado.

Como resultado de todo lo expuesto con anterioridad, se podría concluir que, pese a no identificar ni exponerlo durante la práctica de su cuidado, las enfermeras generalmente son compasivas con sus pacientes. Si bien es cierto que no lo hacen de una manera consciente, la integran durante su cuidado mediante otras acciones que se pueden identificar con la práctica de la compasión.

5.3 Dimensión: Autonomía

Según la AACN (2008), el valor de la autonomía se define como el derecho a la autodeterminación o la capacidad de tomar una decisión. En el caso de la enfermería, esta capacidad se ve favorecida a través de unas actitudes y comportamientos que van dirigidos tanto a mantener la autonomía del paciente como la del propio profesional.

Uno de los significados que la enfermería adjudica al concepto de cuidado, como hemos visto anteriormente, es el de suplencia. Sin embargo, reivindican que esta suplencia únicamente debe aportarse en aquello que el paciente no sea capaz de hacer por sí mismo. Por tanto, se podría afirmar que es desde el propio cuidado a través del que la enfermera inicia el fomento de la autonomía del paciente.

EE 2 (1:1137)

“Teníamos una abuelita y la familia la llevaba así, como si fuera de cristal la abuela. Le abrochaban los botones de la camisa. Así que dije: ‘¿La señora se puede abrochar la camisa?’ Y me contestaron que tardaba mucho, por lo que les dije: ‘Bueno, tenemos todo el día, no pasa nada, que se lo abroche, porque así lo que es la movilidad de las manos no lo perderá, aunque tarde más’. Que tarda dos horas en abrocharse la camisa, bueno, yo no tengo prisa, pero que se lo vaya haciendo. Que se puede bañar ella sola. Evidentemente a la espalda no llegará, entonces la ayudaré yo. Pero a la parte de delante sí que llega sola. Entonces, es fomentar esta autonomía de las personas y suplir lo que ellas no pueden hacer, educar en lo que sí pueden a mejorar y en lo que no saben hacer.”³⁹

Esta dimensión se centra en las prácticas que llevan a cabo las enfermeras con la finalidad de autogestionarse y empoderar al paciente en su propio cuidado. Con la finalidad de favorecer la comprensión de esta dimensión se ha considerado relevante profundizar en dos de las metacategorías que la componen: la atención centrada en el paciente y en la familia, y en la autonomía como objetivo profesional.

³⁹ *Verbatim* traducido por la investigadora, de entrevista realizada en catalán

5.3.1 Atención centrada en el paciente y la familia

Enfermeras y pacientes coinciden en su visión de cómo tendría que ser y lo que significa la atención centrada en el paciente. Ambos reivindican un cuidado individualizado que atienda las necesidades del paciente en ese momento, no viéndolo como un número de habitación más dónde realizar una técnica.

EE 7 (1: 1180)

“Bueno que sí, yo que sé, si un paciente de cardio o de medicina se tiene que levantar al segundo día y el paciente te está pidiendo levantarse al primer día porque cree que puede: ‘¡No, no, hasta el segundo día no se levanta!’. Pues a lo mejor el paciente sí puede. Son cosas de estas. O que a lo mejor el protocolo dice qué tiene que ser, bueno a lo mejor este hombre te da más juego y puedes... hay que ser un poco más flexible a veces”

EP 4 (2:285)

“Porque no todos tenemos la misma enfermedad, la misma medicación. Otras enfermedades necesitan más el personal. Aquellas personas necesitan una atención especial.”

Esta atención individualizada, según las enfermeras, se ve amenazada por la protocolización excesiva de sus actividades:

EE 10 (1:266)

“Estamos llegando a un punto en que está todo muy estandarizado en muchos protocolos, a nivel informático hay mucha burocracia, mucho plan de cuidados, que es principal también, en lo que es la profesión, pero lo básico, que es la atención y el cuidar al paciente se está, tengo la sensación, quedando muy atrás.”

Esta excesiva protocolización de la práctica de enfermería podría generar una sensación de pérdida de autonomía profesional. Tal como lo expresan las enfermeras, las desvía de su objetivo principal, la atención y el cuidado individualizado, dejando poco margen para la autogestión en el cuidado de sus pacientes.

Las enfermeras son conscientes de las expectativas de los pacientes en cuanto a la atención que les gustaría recibir:

EE 5 (1: 438)

“Cuando un paciente ingresa **espera tener atención, que le hagan sentir como si fuera el único paciente que hay en el hospital.** Que le aporten información

que necesita sobre su estado, la información real sin filtros, lo que hay la verdad. Cariño, quizá. Cercanía, tranquilidad.”

Pero el hecho de considerar al paciente implica también tener en cuenta a la familia, que sufre al lado del paciente. Ver al paciente de un modo holístico (Watson, 2005), que es lo que pretende la profesión de enfermería, supone contar con los recursos de los que dispone el paciente para su recuperación, entre ellos, a los familiares, quienes se han incluido como parte del cuidado al paciente.

Se ha podido constatar la relevancia que adquiere el familiar en el cuidado de enfermería. Existen momentos en que el principal objetivo de nuestro cuidado deja de ser el paciente y pasa a ser el familiar:

EE 1 (1:113)

“Se ha muerto algún paciente aquí y **el apoyo ha sido con la familia**, sobre todo, verdaderamente ves que la atención que tú has tenido, simplemente el hecho de decir ‘¿te apetece algo calentito o algo?’, no tienes por qué, pero lo agradecen un montón y no estás haciendo nada. O que les des un abrazo cuando están llorando.”

OB E 23 (3:943)

[Sale al pasillo y se cruza con un familiar] “¿Cómo estás? ¿Has comido? ¿Y desayunado? Te tienes que cuidar...”

A pesar de ser conscientes de la necesidad de englobar en el cuidado a la familia, la realidad que percibe el paciente no concuerda con la de las enfermeras. Si bien los profesionales afirman implicar a la familia en su cuidado, la realidad del paciente no siempre refleja esta práctica:

EP 1 (2: 198)

“Hombre, **poneros en la situación del familiar, muchas veces no lo hacéis. A los familiares muchas veces los tratáis muy mal (...)** Supongo que, por los problemas, están agresivos con los familiares. Y los familiares, claro, vamos con la preocupación de que tenemos allí a un enfermo, no vamos a pelearnos con nadie.”⁴⁰

EP 7 (2:38)

“Bueno, pasa que lo mismo que yo y lo mismo que mi mujer, los que sufrimos somos nosotros. Sí que la familia viene, pero quien sufre somos nosotros. Aquí

⁴⁰ *Verbatim* traducido por la investigadora de entrevista realizada en catalán

viene mi familia, mis hijos, tal vez, un ratito, **pero quien se queda aquí soy yo, quien se queda aquí es ella, ella necesita que la ayuden y no siempre la tienen en cuenta. Si está las 24h aquí conmigo, también tiene necesidades, también hay que preguntarle si necesita algo y muy pocas veces lo hacen.**”

Esta situación debería servir para cuestionarse si los profesionales de enfermería tienen una visión demasiado positiva acerca de su calidad de cuidado.

5.3.2 Autonomía como objetivo profesional

Que el paciente alcance el mayor grado de autonomía es uno de los objetivos que las enfermeras pretenden conseguir con su cuidado. Sin embargo, no siempre se trata de conseguir más autonomía sino de conservar la que ya tienen en el momento del ingreso:

EE 23 (1:542)

“El paciente, cuando viene aquí, tiene la sensación como de que se ha de dejar cuidar o de que nosotros tendríamos, según él, que hacerles más cosas porque está ingresado. Según qué paciente, según como sea la persona, sí. O sea, muchas veces no hacen más por miedo, según el paciente que sea. Si es muy mayor y tal, claro, **hay muchas personas que son de edad de 80 y pico años pero que son autónomos. Y dices: ‘ostras, por qué le tengo que quitarle su autonomía a esta persona, ayudándola o dándole un soporte’.**”

EE 21 (1:617)

“Me lo dijeron en enfermería, en una de las primeras clases a las que fui y me gustó muchísimo. Me identifiqué. Donde no llega el otro, ahí tiene que estar la enfermera. Entonces, me gusta mucho. También hay que educar a la gente. Hay muchos pacientes que por comodidad... hay que saber diferenciar, hay que ser un poco psicólogo también, tienes que diferenciar cuando ves que la gente se está acomodando o cuando no pueden. O sea, **no inutilizar a las personas, darles lo que ellas necesitan.** Es un equilibrio constante. **Lo que necesitan realmente y lo que se pueden hacer ellos.** Tenemos que aprender también a saber lo que ellos pueden hacerse y, lo que no, pues eso, hacerlo nosotras.”

Las enfermeras, para fomentar la autonomía, suelen pactar con el paciente para valorar hasta dónde son capaces de colaborar con su proceso, facilitando que este se vaya superando dentro de sus posibilidades:

EE 16 (1: 685)

“¿Qué puedes hacer? ¿Tú crees que podríamos...?’ Pactamos siempre, me gusta pactar desde el adulto. ‘¿Qué crees que podrías hacer, si ayer hiciste esto, tú crees que podríamos hoy ir más allá? O cómo lo ves...’”

OB E 17 (3: 682)

“¿Cómo vas? ¿Aún te ahogas? ¿Has llevado el oxígeno toda la noche? Creo que podríamos mirar si puedes estar a ratos sin el oxígeno, me parece que respiras mejor que ayer, ¿cómo lo ves?”

El interés de enfermería por hacer al paciente autónomo, en algún caso se ve truncado por la conducta paternalista de algunas enfermeras que sienten la necesidad de darse al paciente completamente. Coinciden en que son las profesionales de mayor edad las que tienden a realizar este cuidado dependiente, por la costumbre de un cuidado paternalista, a pesar del cambio que se ha producido en la cultura del cuidado:

EE 7 (1:1236)

“Se nota cuando ha habido una enfermera o hay un enfermero en un lado o en otro de la planta. Es cierto que ahora tenemos un elevado número de pacientes dependientes. Pero noto si los compañeros los hacen dependientes o no, dependiendo de las veces que te llamen al timbre. (...) Hay una compañera en concreto que los hace súper dependientes, una chica joven que como mucho debe tener 38-36 años. Pero **las otras que son así más mayores sí los hacen más dependientes. Es algo que está reñido con el cuidar, porque el cuidar es dar autonomía, es hacer autónomo al paciente.** Pero es que, encima de que no operamos las caderas como hace 20 años, ahora si la cadera la puedes levantar ya lo haces ya (...) **pero las cosas se han hecho siempre así y ese es el problema.**”

Otro motivo por el que se disminuye el empoderamiento del paciente es por el deseo propio del paciente, o la familia, de recibir más atención en vez de mayor autonomía, mientras se encuentra bajo el cuidado de enfermería:

EE 23 (1: 606)

“El sentirse más atendidos o más protegidos, más todavía. Nosotras, si se puede, tanto a ellos como a la familia, **queremos darle la autonomía. Y ellos: ‘bueno si me cuidas tú, mejor.’**”

EE 7 (1: 1217)

“Son los que pagan y tú eres la enfermera. Tú intentas fomentar su autonomía. Está el señor mayor que se va a ir a casa de su hija a vivir, pero la hija lo trae aquí y dice: **‘lo laváis vosotros que para eso estáis aquí. Muy bien, pero se va a ir contigo a casa, no vamos a estar nosotros para lavarlo’**. Es complicado y tienes que morderte la lengua. Cada familia es un mundo.”

Para la promoción o conservación de la autonomía se ha constatado que las enfermeras identifican diferentes tipos de herramientas a través de las que es posible conferir un grado de autonomía a sus pacientes. Más allá de la preservación de la autonomía física, a la que se ha hecho referencia anteriormente, entre las actuaciones más relevantes se encuentran la información y la opción a decidir que se ofrece a los pacientes.

Enfermeras y pacientes concuerdan en que la **información** que se le da al paciente actúa como un facilitador en la toma de decisiones, adjudicándole unos beneficios relacionados con su bienestar durante su estancia hospitalaria:

- Aumenta su libertad: si el paciente tiene toda la información necesaria, será capaz de tomar decisiones fundamentadas.

EE 11 (1: 1373)

“Es importante que reciba esa información. Es importantísimo porque él tiene la última palabra. Lo que hablábamos antes, a veces no le dejamos participar. Los médicos o nosotros tomamos las decisiones, o la familia. Por eso hay que hablar con él, hay que tener tiempo para poder saber lo que él quiere. Es importante eso.”

EE 17 (1:949)

“Hay muchas cosas que no se las saben y están en su plena libertad de escoger. Pero no son libres por falta de información, yo creo.”

EP 16 (2: 112)

“Al paciente hay que escucharle, decirle: ‘Es que te van a hacer esto, va ser lo mejor para ti’. Vamos a ver, a lo mejor sí o a lo mejor no. Con el paciente se tiene que hablar y determinar los temas. (...) En ese momento, es que claro, circunstancialmente quizás **el paciente se ve un poco entre la espada y la pared. Porque, claro, no sabes, no conoces la medicina, te dicen esto y esto. Y dices bueno: creo que es lo mejor. A lo mejor intuyes que hay otra cosa, pero tampoco tienes las herramientas para poder rebatir determinadas cosas**”

- Facilita la gestión de las emociones del paciente: ayuda a reconducir situaciones de miedo, inseguridad, ansiedad, etc.

EE 23 (1: 538)

“Muchas veces el paciente viene aquí, pues porque está malito, viene con miedo y a veces se ve perdido. Entonces, el hecho de explicar qué les puedes hacer y cómo les vas a ayudar, muchas veces ayuda.”

EE 14 (1: 1372)

“Para disminuir su ansiedad, saber cuál es el plan del día, saber cómo van las cosas, los resultados de su proceso patológico. Creo que es importante.”

EE 7 (1: 1212)

“Les da tranquilidad. Porque si tú les informas da la sensación de que sabes lo que vas a hacer. Entonces, si tú les informas de ‘oye, te voy a poner’, lo que más les asusta es cuando les voy a poner una vía central periférica. Entonces les explicas absolutamente todo. Porque si no, no saben por dónde les viene y se asustan más. Al final, es tenerlos informados, yo les tengo informados para que estén tranquilos y sepan que estoy pendiente de ellos.”

EP 9 (2: 86)

“Hay muchas veces que me da mucha pena, cuando ves una familia y te das cuenta de que, por ejemplo, en ese momento tiene miedo, no conoce, no tiene información, no tiene cultura médica, ni tiene por qué tenerla.”

- Disminuye la negativa de los pacientes hacia una técnica o tratamiento propuesto.

EE 7 (1: 1214)

“Si están informados, ellos deciden. Cuando no están informados, rara vez me he encontrado que digan que no.”

Los beneficios que conlleva informar correctamente al paciente coinciden con lo expuesto por Lothian y Philip (2001) acerca de la relevancia que tiene para los pacientes el tener el recibir el conocimiento necesario. De este modo, se le permite sentir que, siendo capaz de tomar o implicarse en la toma de decisiones, se le ve como a una persona y no como a un objeto (Widang y Fridlund, 2003).

Sin embargo, una de las quejas frecuentes de las enfermeras está precisamente relacionada con la falta de información que ellas poseen en determinadas situaciones. Con cierta frecuencia expresan que el paciente es poseedor de información de la que el

médico no las ha hecho participes. Este hecho concuerda con la voz del paciente y lo que se ha contrastado durante la observación:

EE 7 (1: 1244)

“A mí el problema que me pasa es que digo: ‘Bueno, ¿qué te ha dicho el médico?’ Y se lo pregunto directamente, **lo hago súper natural, no porque quiera averiguar lo que saben, es porque en realidad no tengo ni idea ni yo.**”

EP 9 (2. 92)

“Normalmente **te explican, cuando tienen información ellas. Que a veces no la tienen**, hay veces que el médico a ti te ha dicho ‘mañana a ver si te podemos hacer un TAC’, pero a lo mejor no lo ha apuntado, porque te vuelvo a decir, lleva 18 en vez de llevar 12, y tú le dices a la enfermera: ‘oye, mañana tengo un TAC, y te dice ‘no puede ser, espérate que te lo arreglo, espera, voy a mirar.’”

OB E 6 (3: 100)

Frecuentemente no existe buena comunicación entre enfermería y medicina. **A la enfermera le falta información que sí tiene el paciente.** Enfermería se siente mal, porque no se siente reconocida...

Desde la perspectiva del paciente, la información que reciben los pacientes durante su ingreso es un punto susceptible de mejora:

EP 8 (2: 385)

“Yo aquí veo que, bueno, se podrían mejorar algunas cosas, que hubiese más eficacia en algunas cosas. Yo veo que **se podría ser más eficaz en la cuestión de la organización, sobre todo en la organización de información.** En eso se puede mejorar mucho. Información al paciente, sobre todo. De las enfermeras y en general.”

Actualmente, la información que reciben los pacientes por parte de enfermería suele ser más completa que en épocas anteriores:

EE 12 (1:1277)

“Bueno, **ahora se explica más, porque antes era como más tabú, ¿no? Vas a hacer una técnica, y al paciente le explicas. Sí, sí, en eso hemos avanzado porque es cultural. Antes, lo que el médico diga va a misa y es secretismo, pacto de silencio. Y ahora, como el paciente también quiere saber más, está más informado.** Tiene otro nivel y entonces se explica más.”

Sin embargo, en numerosas ocasiones esta información no parte de la iniciativa del profesional, sino que surge como una demanda por parte del paciente:

EP 4 (2:273)

“Yo siempre pregunto: ‘¿Cómo tengo el oxígeno?’ ‘Pues mire señora, pues está bien’. Sí, sí, está bien. Pero si no preguntas, no, se marcha y buen día, buena tarde, lo que te digan.”

EP 5 (2:316)

“Yo a todas las que he preguntado me han contestado. A ver, vienen y te dicen ‘vamos a mirar la presión’ o ‘ahora un pinchazo’, pero por ejemplo si le preguntas ‘¿y eso qué me está poniendo? O, por ejemplo, preguntarle ‘¿a cuánto estoy de temperatura?’ Ha habido alguna vez en algún sitio que me he encontrado que no me lo han querido decir y eso me molesta. Porque claro yo soy la primera persona implicada, la que debe saber todo lo que me pasa. Ni mis padres, ni mis hermanos, ni nadie, yo.”

Esta situación lleva a cuestionarse el motivo de esta falta de información, puesto que los propios profesionales identifican la información como un elemento clave para el cuidado del paciente. Por tanto, cabe preguntarse: ¿Se debe a falta de tiempo? ¿Consideramos que si el paciente la necesita ya nos la pedirá? Parece existir una incongruencia entre conocimiento y práctica. Si sabemos que algo es bueno para el paciente, ¿deberíamos adelantarnos y no esperar a que el paciente sea el que propicie la necesidad?

Ante la carencia de información, los pacientes no se sienten molestos. En algunos casos, consideran que ellos no tienen los conocimientos necesarios para entender lo que se les explican. Otros creen que si es necesario ya la pedirán, pero esto no influye en la opinión acerca de la calidad de cuidado que están recibiendo:

EP 16 (2:154)

“Para qué quiero yo información si me va explicar usted unas cosas que yo no entiendo. Sé que una pastilla es para el dolor de cabeza y ya está, pero no me pida usted explicación de por qué vale para el dolor de cabeza. Hombre, sí que me lo dicen, pero lo otro ya es cuestión mía, que no me entero”

Algunos pacientes, incluso, justifican que no se dé toda la información, sino únicamente la que el mismo paciente quiera saber:

EP 5 (2:317)

“La información yo creo que la dan cuando la pedimos, porque no todos los pacientes quieren tenerla. Eso también lo tienen que ver porque es su trabajo. Y hay una parte importante, igual que en la enseñanza, de psicología. Lo aprendes con el trato, con la experiencia y al ver cómo va la cosa. Hay personas que no quieren saber lo que tienen.”

En cuanto a la **opción a decidir del paciente** en cuanto a su tratamiento, concuerdan en que consentir o negarse es un derecho que tiene el paciente:

EE 17 (1:950)

“Ah, yo me siento bien, yo siempre les digo que están en su derecho. Son ellos los que sufren. Es que no nos damos cuenta, pero poner una vía a un enfermo es una técnica invasiva que duele. Y para nosotros es una vía, pero para ellos es dolor. Si un enfermo te dice ‘no me da la gana de que me pinches otra vez’, está en su derecho a negarse a que le vuelvas otra vez a ponerle la vía. Tienes que explicarle las consecuencias que esto conlleva. Pero yo muchas veces digo que yo también lo hubiera hecho.”

No obstante, a pesar de reconocer el derecho a decidir por parte del paciente, queda al descubierto que no es lo habitual. Este hecho se ve identificado ante la sorpresa que muestra el paciente cuando le dan a elegir:

EE 23 (1:608)

“Ellos se dejan llevar porque lo que quieren es mejorar. Cuando el paciente está en su pleno conocimiento y tal. Pero muchas veces es como que necesitan decir: ‘¿Y yo qué pienso de todo esto?’ Nadie me lo ha preguntado. Hay cosas en las que ellos ya se dejan llevar. Muchas veces cuando le dices ‘te voy a pinchar, ¿qué te parece?’, dicen: ‘pues que quieres que te diga, si me lo tienes que hacer’. ‘¿Pero a ti que te parece?’ Y se quedan como sorprendidos. ‘¿Me estás preguntando que me parece?’ Y les digo: ‘sí, es que si no quieres no te la pongo’. Les resulta raro que les pidas opinión de una cosa y que, si no quiere, está en su derecho de negarse. Es una tontería, pero cuando ponemos la heparina por la tarde y les preguntamos nos dicen ‘ah, bueno, hombre, qué quieres que te diga, ¿qué no?’”

Habitualmente, cuando un paciente ejerce su opción a negarse a un tratamiento o a una técnica, la primera sensación que tiene la enfermera es de enfado. Sin embargo, una vez que ha reaccionado, empieza un proceso reflexivo acerca del motivo causante del rechazo. Se inicia entonces un proceso de negociación e información al paciente, en el que se le hace ver la repercusión que puede tener para su salud. Aceptando y respetando la decisión final del paciente:

EE 1 (1:93)

“Alguna vez me han dicho que no a algo, entonces alguna vez me he enfadado con la situación. Entonces me he ido y ya está, no me he enfrentado, tampoco, pero lo he dejado allí. Le digo: ‘muy bien pues si no quiere, no se lo hago’. Pero me he ido como diciendo: ‘¿Por qué estás reaccionando así? ¿A ti que te importa? Si no quiere, no quiere, lo comentas y punto, no hay más’.”

EE 6 (1:292)

“No, no, bien. Yo de cara al paciente pues le intento explicar que no es nada obligado, quizá depende de lo que sea le intento explicar que es bueno para él, o que es necesario hacerlo en ese momento, pero que para nada está obligado. Simplemente, les explico que lo hablen con su médico y que decidan otra solución u otra alternativa, no sé. Intento respetar ante todo la opinión del paciente, que es la minoría, los que rechazan técnicas o cosas que tengas que hacerles. La mayoría, bueno, suelen decir ‘bueno, es que me lo tiene que hacer y ya está, me guste o no’.”

EP 15 (2:121)

“Ayer no quise tomarme una pastilla y la enfermera me dijo: ‘hombre es que esto es muy poca cosa, no-sé-qué, no-sé-cuántos’. Y digo: ‘Ya’ Pero no lo quiero porque ese día también estaba psicológicamente de aquella manera. Pero la mujer dijo ‘bueno, vale ya está, pues no te lo doy’. No insistió más. No sé si se molestó, pero a ella a lo mejor le hubiera encantado que me lo hubiese tomado en aquel momento. Si se molestó fue una molestia bastante *light*, no creo que fuese aquello de té odio. Ni muchísimo menos. Lo que pasa es que veces también nos gusta que a los profesionales se nos haga caso. Y puede haber un poco de orgullo. Es normal, somos humanos.”

OB E 6 (3: 15)

Paciente no quiere bajar a una prueba por miedo a no poder ver al médico. La enfermera razona con la paciente y acepta finalmente bajar a la prueba.

Por último, y en menor medida, hay que resaltar que el concepto de autonomía no siempre es entendido por las enfermeras como una necesidad para el bienestar del paciente. Por el contrario, lo perciben como una disminución de la carga laboral. Un paciente autónomo precisa menos atención y llama menos, por lo que el fin no es que el paciente posea mayor autonomía, sino que convierte a la autonomía en un medio para otro objetivo, la disminución de la carga laboral:

EE 5 (1:417)

“Pienso en la autonomía del paciente y pienso en carga de trabajo. Porque con pacientes autónomos. Si no hay que fomentar más autonomía, entonces la carga de trabajo es menor. Pacientes autónomos o independientes. Cuando me pasan la guardia y me dicen que hay pacientes autónomos, pienso que voy a trabajar un poco más tranquila. Hacer el trabajo, quizá haces el mismo trabajo, pero mejor. No haces más ni menos. (...) No es que te olvides del paciente autónomo, pero estás más tranquila. No es que no necesite tu atención, pero sabes que si la necesita más que el otro te la va a pedir.”

Este significado que otorgan algunos profesionales al concepto de autonomía, pone de manifiesto un desconocimiento acerca de los valores profesionales de enfermería, evidenciando una necesidad de recordar el papel y su aplicación en la práctica enfermera, en este caso en concreto, del valor de la autonomía.

En ocasiones, la limitación de la autonomía procede del propio paciente, ya que se ponen en situación de sumisión ante los tratamientos y cuidados que van a recibir, considerando que el hecho de ingresar en un centro hospitalario significa aceptar todo lo que te tengan que hacer:

EP 1 (2:209)

“En el momento en el que en urgencias me plantean que tengo que ingresar, entiendo que estoy aceptando. Bueno, que si hay una medicación que no acepto, pues me tendría que ir, pero cuando aceptas ingresar ya eres consciente. Ayer, cuando me hicieron el TAC, me hicieron firmar, yo no me podía negar, pero bueno a mí también me interesaba tener el resultado.”

5.4 Dimensión: Dignidad Humana

El concepto de dignidad humana es uno de los elementos más importantes en el cuidado de enfermería y altamente valorado por los pacientes (Walsh y Kowanko, 2002). Habitualmente aparece como un derecho y un deber, en los códigos deontológicos y en el marco de los derechos humanos (Gallagher, 2004).

Ofrecer una definición exacta del significado de dignidad es una tarea compleja, puesto que fundamentalmente el conocimiento que se tiene de esta consiste en una noción intuitiva acerca de lo que es tratar a las personas con dignidad. Esto ha dificultado que los distintos autores que se han interesado por su significado hayan alcanzado un consenso (Pols, 2013).

Sin embargo, sí han coincidido al exponer que la dignidad es un rasgo intrínseco al ser humano, a la par que contemplan un componente subjetivo que variará en función de la experiencia de las personas. Esta dimensión subjetiva dependerá en gran medida del contexto, las actitudes y comportamientos del personal de enfermería, el autoconcepto de la persona y el modo en que repercute sobre ella la enfermedad (Errasti-Ibarrondo, Martínez García, Carvajal Varcárcel y Atantzamendi Solabarrieta, 2014).

La subjetividad del concepto de dignidad ha propiciado la aparición de numerosos estudios acerca de la percepción del concepto y práctica de la dignidad, tanto desde la perspectiva del paciente como desde la de la enfermería (Sabatino, Kangasniemi, Rocco, Alvaro y Stievano, 2014; Lin, Watson y Tsai, 2012; Heijkenskjöld, Ekstedt y Lindwall, 2010; Matiti y Trorey, 2008; Walsh y Kowanko, 2002).

La dificultad de los profesionales de enfermería (a la que ya se ha hecho referencia anteriormente) para definir el significado de un cuidado digno, por tanto, no es un hecho aislado y coincide con lo expuesto por Pols (2013). Las enfermeras se limitan a definirla en base a unos conceptos intuitivos acerca de lo que ellas creen que representa un trato digno al paciente:

EE 16 (1:737)

“¿Qué significa para mi dignidad humana? Eso se dice mucho también. A ver qué entiende cada uno por dignidad... para mí es tratarlo como un ser humano que tiene unas necesidades y que yo tenga que ayudarle a que las tenga todas lo mejor posible. Eso.”

EE 25 (1:804)

“**Derecho a mantener en secreto su enfermedad**, en principio, y bueno, si por ejemplo el paciente no quiere que se entere su familia ni su entorno, pues mantenerlo en secreto. Está en su derecho.”

Esta diferencia en la comprensión del significado de la dignidad viene determinada por los individuos y su particular manera de entender lo que es para cada uno de nosotros ser tratado dignamente, en función del modo en que cada individuo se relaciona con los demás (Pols, 2013).

La AACN (1986, 2001, 2008) y la ANA (2001), con la finalidad de unificar el concepto del valor de la dignidad humana en el contexto de la práctica del cuidado, lo incluyeron como uno de los valores esenciales, definiendo las actitudes y comportamientos que se deben esperar de un profesional de enfermería para asegurar un trato digno a sus pacientes.

Para analizar desde la práctica el trato digno que recibe el paciente por parte de los profesionales de enfermería, se va a profundizar en las siguientes metacategorías: respeto, confidencialidad e intimidad. Esta elección ha venido determinada por ser las actitudes más frecuentes que identifica la literatura revisada (Walsh y Kowanko, 2002; Bäck y Wikblad, 1998; Matiti y Trorey, 2008).

5.4.1 Respeto

Es importante conocer el significado de respeto. Al tratarse de una intuición subjetiva, es por tanto relevante identificar lo que la otra persona entiende por respeto.

Preguntados pacientes y enfermeras sobre la práctica del respeto, no han sido capaces de identificarlo con una definición, sino con ejemplos acerca de cómo debería ser su práctica:

EE 1 (1:85)

“Esperar, si está en el baño, antes hacerle cualquier cosa.”

EE 10 (1:324)

“Que pueda expresarte lo que él siente en ese momento o lo que le gustaría que se le hiciese, sus creencias, sus pensamientos sin importar que tú creas o no igual que él, tengas o no las mismas intenciones, que no lo juzgues por lo que haga o por lo que diga en ese momento a la hora de atenderlo, que respetes su opinión o su manera de hacer, independientemente de lo que sea o no mejor

para él en ese momento. (...) que entres y vayas a explicarles lo que les vayas a hacer o alguna técnica en concreto y que ellos te puedan decir que no (...) Respetar la opinión de ese paciente, no siempre tiene que hacer lo que se le imponga.”

En otros casos, con ejemplos de acciones en las que se ha omitido el respeto hacia la otra persona, mediante la falta de atención, hacer uso de mentiras, la falta de explicaciones o un trato poco adecuado:

EP 6 (2:337)

“Mujer, **si no me atienden, sí, me faltan al respeto**. Si yo entre la 1 y las 2 de la mañana me veo aquí, llamo y no veo a nadie, y para postre, **me dicen que aquí, en todo el hospital, no hay ningún médico (...) yo tendría que haber recurrido a cualquier otra persona y que me hubiera explicado.**”

EE 18 (1:1061)

“**Bueno, siempre hay algún paciente que me dice: ‘pues esta era una borde’.** Porque te lo dicen. **‘Pues el otro día una, porque me dijo tal y no me gustó’.** (...) Hay veces que no se equivocan los pacientes, que sí que es verdad. Que hay gente que tiene mal carácter y el paciente lo nota. Pero otras veces se equivocan. Aunque hay veces que me ha hecho hasta gracia porque pienso: ‘es verdad, pienso lo mismo que usted, pero no se lo puedo decir’.”

Se ha observado una elevada tendencia al trato de “tú” a los pacientes, sin hacer ningún tipo de distinción, en función de la edad del paciente:

OB 23 (3:931)

A paciente mayor: “¿Qué te parece si volvemos a hacer los vapores? ¿Has hecho los enjuagues? ¿Y te han ido bien? Como no puedes comer, te ayudará a refrescarte.”

EE 10 (1:289)

“Yo, personalmente, cuando entro, si veo que es una persona joven pues directamente la tuteo.”

Los pacientes, en su mayoría no se sienten molestos. Consideran más importante el trato humano con que las enfermeras se dirigen a él que el uso de “tú” o “usted”:

EP 8 (2:57)

“Me da igual que me traten de ‘tú’ o de ‘usted’, completamente igual. Porque me hace más la forma de tratarme, o el porte, la voz, la mirada, la sonrisa, que no que te hablen de ‘tu’ o de ‘usted’.”

EP 2 (2:236)

“Me parece a mí que el respeto es tratarte con agrado y con sensibilidad, no llegar y decir: ‘Es que usted...’ Prefiero que me digan: ‘Oye, mira...’. Parece que se esté con más confianza y además es que yo lo veo así, mi punto de vista es que tratar a una persona de ‘tú’ es con más confianza que tratarla de ‘usted’.”

Un punto en el que coinciden enfermeras y pacientes es que el tipo de relación que se establecerá con el paciente lo debería determinar él mismo:

EP 1 (2:206)

“Sabes, no me lo había planteado nunca. Mira, quizás de ‘usted’, y en todo caso soy yo la que diré: si no te importa, nos tuteamos. A la doctora le digo, no hace falta que me hable de ‘usted’”

EE 7 (1:1208)

“Yo, siempre que son personas mayores, y esto es lo que me han enseñado, de ‘usted’ hasta que ellos dicen que hables de ‘tú’. Además, siempre te lo dicen: no me trates de ‘usted’.”

EP 17 (2:151)

“Yo no tengo costumbre de hablar a nadie de ‘tú’. No me sienta mal, pero que una persona llegue aquí y a la primera de cambio, como pasa muchas veces, llegue le diga: ‘oye, fulanita, oye, fulanito’. Pues a mí es que me remueve. Pienso: ¿no te enseñan formas en la escuela? Aunque luego, después... lo mismo le digo que me hable de ‘tu’.”

Punto que coincide con las conductas que tanto la AACN (2008) como Pols (2013) consideran forma parte de un trato digno: que sea el paciente el que elija el modo en el que desea ser tratado.

Así mismo, las enfermeras confieren al trato de ‘usted’, una connotación cultural o un sentimiento distante en la relación con el paciente, en oposición a la cercanía a la que hacen referencia los pacientes cuando reciben un trato de igual a igual:

EE 17 (1: 963)

“Entonces, tú entras y dices: ‘usted ha tenido...’ Y dicen: ‘no me hables de usted’. Yo creo que esto les hace sentir más pequeñitos.”

EE 16 (1:706)

“Yo de hecho no llamo a nadie de ‘usted’ nunca porque, no lo sé, para mí el ‘usted’ es un distintivo y me parece que ya es arcaico.”

El planteamiento de que se considere como un concepto arcaico, dependiente de la visión cultural de dignidad, coincide con la necesidad de establecer los límites de acuerdo a las actitudes, valores y percepciones individuales, acerca de los métodos a seguir para la conservación de la dignidad de la persona (Matiti y Trorey, 2008).

Dirigirse al paciente por su nombre, según las enfermeras, tiene efectos positivos sobre el paciente. La utilización del nombre nos identifica como un ser único e individual, y establece una relación de cercanía, a la par que confiere seguridad al paciente.

EE 6 (1: 215)

“Yo creo que seguridad y tranquilidad. Si se acuerda de mi nombre, sabe quién soy. Ya no soy el de la habitación ‘tal’. No sé... me reconoce, sabe quién soy, qué es lo que me duele, qué es lo que siempre me hace falta... sabe mi historia.”

EE 10 (1:290)

“Normalmente me sé el nombre de los pacientes, y si es nuevo lo miro antes de entrar. Yo creo que es importante. Le crea esa seguridad de que la enfermera sabe quién es y qué le pasa. Es decir, que no entra a la habitación a ver quién hay, bueno, le tengo que poner esto y ya está. Yo creo que, de cara al paciente, y para ti como profesional, pues creas ahí un vínculo y una relación de confianza. Ante todo es, aparte de lo profesional, el tratar de ‘tú’ y por su nombre a una persona, algo que le satisface también.”

Frecuentemente, las enfermeras conocen el nombre de los pacientes que están a su cargo, sin embargo, con la misma frecuencia, se dirigen a ellos de una forma impersonal, con el uso de “tú” e incluso con la utilización de palabras que consideran que son un modo afectuoso de dirigirse al paciente:

OB 8 (3:190)

[No llama a la puerta. Se dirige a paciente mayor, de tu, “Hola, guapo”. Hablan del estado de la paciente y le pregunta si lo ha comentado con el médico. Ajusta la puerta al salir.]

OB 27 (3:888)

“Reina, esto no te lo han quitado. El oxígeno no te lo puedes quitar... te voy a poner la medicación.”

Sin embargo, cabe cuestionarse si realmente la utilización de términos como “abuelito”, “rey” o “guapo”, entre otros, es debido a la intención de establecer una relación de confianza o a la falta de conocimiento acerca de la humanización de los cuidados de enfermería. Esta duda aumenta al ver que, incluso, teniendo el nombre del paciente visible en la cabecera de la cama del paciente, continúan dirigiéndose a él en esos términos.

En algún caso, la enfermera ha sido consciente y por tanto capaz de reconducir estos hábitos, a través de formación específica recibida:

EE 5 (1:446)

“Yo asistí a una charla en la universidad y fue curioso. Porque sí, realmente a veces pues es: “abuelito”, “cariño” o “venga, reina, guapa”. Sí, son cosas que al paciente normalmente yo creo que no le sienta mal, pero igual hay alguien a quien sí. Hay pacientes que llevan mucho tiempo ingresados. Pero ahora me cuesta que me salga así.”

Así mismo, los pacientes coinciden en que los profesionales de enfermería deben estar formados para tratar correctamente a las personas, puesto que este trato forma parte del currículo esperado de una enfermera:

EP 12 (2:182)

“Claro, porque lo hacen voluntariamente. Es vuestro trabajo. Y ustedes tienen que tener estudios sobre el trato, digamos a la persona, al paciente y todo. Creo yo que tenéis que pasar por un acceso de enfermería, los *curriculums* y todo, y tenemos que tener un estudio de cómo se tiene que tratar una persona.”

Quizá la introducción de formación en valores profesionales sea la clave para reconducir estos comportamientos, permitiendo al profesional un espacio de reflexión acerca de su modo de relacionarse con los pacientes.

Esta relación de respeto debe ser bidireccional. La enfermera, al igual que el paciente, demanda ser respetada. Las enfermeras, en algunos casos, se quejan de que el paciente suele tratar mejor al médico que a la enfermera:

EE 26 (1:1128)

“Creo que [los pacientes] nos tratan bien, pero es como todo, siempre hay alguien **que trata mejor al médico. Porque es su salvador.**”

En otros casos, manifiestan una necesidad de mejorar el modo en que los pacientes se dirigen a ellas:

EE 8 (1:338)

“Bueno, ya empezando por que te siseen o el ‘nena’... alguna vez me despisto, pero yo, por ejemplo, o al menos en nuestra planta, siempre nos presentamos y si no como mínimo la enfermera. Ya empezando por el ‘ps ps, nena’ o el ‘haz esto porque es tu obligación, es lo que tienes que hacer’.”

Este “siempre nos presentamos” queda en entredicho al conocer la perspectiva del paciente, donde se pone de manifiesto que la mayor parte de veces el paciente no conoce, ni siquiera, quién es su enfermera:

EP 4 (2:266)

“No sé si es ATS o enfermera. Ya me cuesta un poco más (...) No, a mí en ningún momento se me han presentado. Han dado los buenos días y cómo se encuentra, (...) más bien sabría diferenciar si es un chico de prácticas, ese sí se nota por la inseguridad. Al tocarte, al hacerte las cositas, no va con decisión.”

Entre los motivos por los que los pacientes suelen faltar al respeto a las enfermeras, se han identificado: la proyección de la impotencia que el paciente sufre como consecuencia de su enfermedad sobre la enfermera; o un modo de reflejar un desacuerdo con la praxis del personal de enfermería, entre otros:

EE 23 (1:556)

“En la planta en la que estamos en nuestro día a día con el paciente, o sobre todo con la familia. Porque están nerviosos, eres como una coraza para ellos donde te lo escupen todo a ti por sus nervios, por lo que han pasado, por ‘x’ cosas te lo dicen a ti. O incluso te amenazan, te dicen cosas: ‘pues esto ha pasado por...’ Y dices: ‘pero si nosotras aquí no tenemos nada que ver’. Luego sí que es verdad que reconduciendo un poco la situación y dejándoles que escupan la rabia que tienen por los motivos que sean, luego muchas veces te piden perdón, pero piensas: ‘¿Y yo por qué tengo que aguantar esto?’ Y se les dice: ‘Entiendo que estás mal, tu situación. Pero a mí no me digas esto, que tampoco soy aquí una pared’.”

Motivos que coinciden con los hallazgos encontrados por Walsh y Kowanko (2002), en los que describen estas reacciones emocionales del paciente, de enfado y ansiedad, como consecuencia de la pérdida de la dignidad.

Sin embargo, las enfermeras coinciden en que no es únicamente a través del trato como se puede faltar al respeto a un paciente. No velar por el descanso del paciente sería una de las prácticas habituales de la enfermería que ponen como ejemplo de esto:

EE 21 (1:668)

“Ellos (los pacientes) lo llevan bastante bien en general, pero claro, al paciente, una vez está aquí, le da igual que sean las doce de la noche que las doce del mediodía, si se tiene que hacer algo se hace. Entonces, repercute personalmente.”

5.4.2 Confidencialidad

La confidencialidad es considerada otro aspecto primordial para la preservación de la dignidad en el marco de la enfermería. Así lo manifiestan las propias enfermeras:

EE 5 (1: 522)

“Para salvaguardar la confidencialidad... Bueno, pues respetando un poco los espacios de conversación. Eso es primordial. A veces te pones a hablar y tienes que ver dónde estás hablando, que estás hablando de un enfermo que es tu enfermo. Yo pienso que soy buena cumplidora, pero que muchas veces se incumple.”

Sin embargo, reconocen que, a pesar que se realizan esfuerzos para salvaguardarla, en la mayoría de las ocasiones no lo consiguen:

EE 17 (1: 994)

“Y no tienen otra cosa que hacer, se aburren de la tele, entonces miran qué pasa en la planta, y discretas no somos. No, se oye todo en las habitaciones. Y muchas veces perdemos un poco, estamos haciendo la cama y estamos diciendo: ‘te has dado cuenta de cómo me ha hablado no sé quién’. Ellos lo notan todo.”

EE 15 (1:1329)

“Por ejemplo, hay una cosa que no soporto, y ahora voy a criticar a los médicos. Estamos con el paciente haciendo lo que sea, ya puede ser la cosa más íntima

del mundo, y que el médico entre para hablar de otro paciente. Cuando sale el médico, el paciente me dice '¿me tienes que pedir esto?' Y entonces tienes que decirle 'no, no, el médico me estaba hablando de otro paciente'."⁴¹

Walsh y Kowanko (2002), en su estudio acerca de la percepción de la dignidad, identificaron estas situaciones de intromisión en el espacio privado del paciente. Enfermeras que hablan con otras enfermeras, médicos que invaden el espacio del paciente sin preguntar, o interrupciones innecesarias durante la realización de procedimientos a pacientes son considerados una intromisión en su dignidad.

El modo en que se practica la confidencialidad ha sido recogido básicamente a través de la observación. Se han procurado reflejar tanto las herramientas que utilizan como las omisiones que cometen durante el cuidado a sus pacientes.

Entre estas herramientas, se encuentran la modulación del tono de voz, el preservar la documentación con datos de los pacientes de personas ajenas a su cuidado, no dar información en el pasillo o invitar a salir a los familiares para mantener una conversación en privado con el paciente:

OB E 6 (3:33)

[Viene médico y, para informar sobre el paciente del que le pregunta, **baja la voz para que no la oigan.**]

OB E 8 (3:227)

[Se acerca el médico para preguntarle a la enfermera sobre los pacientes que lleva. Le informa con objetividad. **Ha bajado el tono de voz para responder, ya que le ha preguntado en el pasillo, justo delante de una de las habitaciones de los pacientes por lo que ha preguntado.**]

OB E 3 (3: 209)

[Pacientes vienen a buscar el alta y **los manda a la habitación para no dar explicaciones en el pasillo. Tapa los papeles que está utilizando cuando se le acercan los pacientes.**]

OB E 21 (3:968)

[Puerta abierta, no llama. **Hace salir al familiar del otro paciente.** Va a hacer la valoración de un paciente que ingresó hace un rato.]

⁴¹ *Verbatim* traducido al castellano por la investigadora de entrevista realizada en catalán.

Así mismo, en ocasiones, se han visto obligadas a no responder a las preguntas de los pacientes, para mantener la confidencialidad sobre otros pacientes:

OB E 26 (3:956)

[Puerta de la habitación abierta, llama antes de entrar] “Hola Carmen, ¿cómo estás?”. [Es una señora muy mayor, que le pregunta] “¿Se ha muerto la paciente de enfrente?”. [La enfermera no le contesta y le sigue haciendo preguntas de cómo ha ido la mañana. La paciente vuelve a insistir] “Es que he oído llorar...”. [No recibe respuesta.]

A pesar de observar los esfuerzos por preservar la confidencialidad, en las unidades de hospitalización, en general las enfermeras concuerdan en que de forma inconsciente no se preserva lo suficiente:

EE 10 (1:299)

“Yo soy la primera que puedo comentar en el pasillo: ‘oye, mira, esa habitación hay que ver qué tal y...’. Y lo haces, a lo mejor, sin ser consciente, allí en el control. Y pasa gente por el pasillo... Eso se hace. Vaya, yo creo que si alguien dice que no lo hace, no me lo creería.”

EE 3 (1:521)

“La confidencialidad... esto mucho no se ha respetado. La gente es muy libre de decir. Hay veces que incluso tienes que decir, ‘cállate la boca’. A ver, que no eres consciente de que estas transmitiendo una información que, realmente, a es de un enfermo. Es de tu enfermo. A la gente eso se le escapa un poco.”

Así mismo, las enfermeras coinciden en que no son conscientes de toda la información que reciben los pacientes, de forma no intencionada:

EE 25 (1:818)

“Voy a decírselo a la paciente a la habitación, y ella te dice: ‘ya lo he oído’. Y yo creo que no lo había dicho tan fuerte, hablaba por teléfono normal. Y lo oyen, y yo creo que no soy una persona gritona, creo. A lo mejor sí tengo un volumen. Igual no somos conscientes. A veces digo: ‘bajamos el volumen, vamos a cerrar estas puertas que se están enterando de todo’. Yo sí que lo tengo muy presente.”

5.4.3 Intimidad

La AACN (2008) considera que salvaguardar la intimidad de las personas es un derecho de los individuos y un deber de los profesionales de enfermería hacia sus pacientes.

Las enfermeras, al definir la intimidad, incluyen diversas actuaciones relacionadas con la preservación de esta, durante su práctica profesional:

EE 1 (1:199)

“¿Para mí, intimidad? Madre mía... Sobre todo, respetar la intimidad del paciente, en el sentido de no dar información fuera de la habitación a nadie. A familiares que están dentro de la habitación yo siempre los hago salir fuera, si el paciente lo quiere, evidentemente, si no, si él prefiere que estén, que estén. Intimidad incluye muchas cosas, ya no solo la higiene del paciente, sino cualquier confidencia que él te quiera decir a ti. Ya no es a nivel físico, sino a nivel psicológico. Hay muchas cosas que sabemos nosotras que nadie sabe, y creo que es bastante íntimo que el paciente tenga esa confianza en decírnoslo a nosotras. Ya no es solo la parte física, que evidentemente, lo tienes que respetar.”

EE 18 (1:1013)

“Bueno, para mí significa sobre todo hacia el paciente cuando le estás haciendo alguna técnica. El sacar a todo el mundo fuera y que él se siente tranquilo y no se sienta observado cuando estás haciendo una higiene.”

Sin embargo, a pesar de la importancia que le otorgan, admiten que los médicos suelen preservar en mayor medida la intimidad de los pacientes que los profesionales de enfermería:

EE 5 (1:448)

“Creo que los médicos son más cuidadosos. Sacan a la familia para que ellos puedan hablar. Pero quizá en nuestro trabajo, que también es importante, no le damos tanta importancia a la intimidad.”

Se han identificado, a través de las entrevistas realizadas, que para las enfermeras existen dos conceptos diferenciados sobre el término de intimidad: la intimidad del cuerpo y la intimidad del espacio.

5.4.3.1 Intimidad del cuerpo

El cuerpo y el modo en que lo tratamos es primordial en el cuidado del paciente. Procurar mantener la dignidad de la persona, disminuyendo la exposición del cuerpo a lo simplemente necesario, es una práctica que las enfermeras tienen la percepción de llevar a cabo en su práctica del cuidado:

EE 21 (1:647)

“Sí, yo creo que sí. Tapar al paciente al hacer la higiene... sí, las auxiliares también. Se tiene cuidado.”

EE 3 (1:495)

“Hay cosas que a mí ya me salen de decir ‘mmm... a ver’. Estoy cuidando a este enfermo, él siente su pudor, necesita su espacio. Todas esas cosillas así, que parecen insignificantes, yo les doy mucha importancia. Y en todo, cuando te está transmitiendo información, no sé. Pienso que el enfermo, aunque está compartiendo muchas cosas, tú tienes que ser como un vínculo cerrado, que nos respete mucho y que valore esa intimidad”

Esfuerzos que también son percibidos por los pacientes:

EP 3 (2:259)

“A veces intentan, por respeto a lo que te voy a decir, taparme un poquito más cuando me van a mover o algo.”

Los pacientes, a la par, son conscientes de que, para llevar a cabo un diagnóstico o una técnica, en muchos casos es necesario un mínimo de exposición de su intimidad. A pesar de reconocer las actuaciones que realizan las enfermeras para hacer sentir más cómodo al paciente, no dejan de sentirse incómodos:

EP 15 (2:119)

“En mi caso bien. Además, siempre he estado con los profesionales, no ha habido terceros allí (...). Diría que bien, pero yo, mentalmente... ya que al principio me cuesta, pero luego me mentalizo y digo, esto es lo que hay. Se tiene que hacer así, porque tú no puedes averiguar si el coche está bien sin levantar el capó. Tienes que levantar el capó y decir ‘pues mira, no está bien’. Es inevitable, por imaginación no se pueden curar las cosas, hay que verlas.”

Algunas enfermeras identifican la práctica de la intimidad como dificultosa. Identifican aquellas actuaciones que realizan, pero les supone un esfuerzo cumplirlas:

EE 16 (1:708)

“La verdad es que es bastante complicado. A ver, poner las barreras necesarias para cuando se está realizando una higiene o bien con la cortina o bien con el biombo... luego, a la hora de hablar, si hay gente en la habitación, a la hora de hacer una entrevista y así, me gusta que salgan, no si es la esposa o el esposo, pero incluso hasta los hijos... porque a veces ellos tienen necesidad de contarte algo, ¿no? Y entonces, sacar a la gente fuera. Y luego, guardar su intimidad... todo muy complicado.”

Por todo ello, se puede deducir que la preservación de la intimidad del cuerpo viene determinada básicamente por la exposición del cuerpo durante dos actividades: la realización de la higiene corporal y la realización de técnicas propias de la profesión enfermera. Estos dos puntos coinciden con las conclusiones a las que llegaron Walsh y Kowanko (2008) a través del estudio fenomenológico realizado, en el que tanto pacientes como enfermeras coincidían en que la exposición del cuerpo, era el principal tema a preservar con la finalidad de dar un trato digno al paciente.

Sin embargo, existe una dicotomía entre la percepción de pacientes y enfermeras acerca del resguardo de la intimidad y la información que se ha obtenido a través de la observación.

Si, por un lado, a través de las entrevistas a las enfermeras, estas insisten en que siempre lo hacen, por el otro, la observación a estas mismas profesionales pone en entredicho la percepción que tienen acerca de su práctica. Uno de los ejemplos más claros en el que se aprecia esta situación es la siguiente:

EE 6 (1: 156)

“Yo siempre procuro, lo intento, guardar la intimidad. Nunca dejo al paciente desnudo, voy haciendo la higiene por partes para que no se sienta incómodo. Para mí es un tema muy importante.”

OB E 6 (3: 200)

Va a realizar la higiene a la paciente. Para ello, acuerda con la auxiliar que la acompaña que una va a empezar por la parte de arriba y la otra por la parte de abajo. Al realizar la higiene siguiendo este orden, finalmente la paciente queda expuesta, totalmente desnuda.

La reacción de la enfermera ante la exposición de los hechos, es de incredulidad:

EE 6 (1: 159)

“Ah, es cierto, no lo había pensado nunca, pero ahora que lo dices es cierto. Lo hago de un modo inconsciente, nunca lo había pensado...”

Esta situación concreta coincide con otras percibidas durante la investigación. Por ello, surge la duda de si realmente es una actuación inconsciente provocada por situaciones como la carga laboral, la organización institucional, etc., o por el contrario, viene determinada por la percepción desmesurada que las personas tienen de sí mismos (Pronin, Gilovich y Ross, 2004; Pronin, 2006, 2008). John y Robins (1994) y Brycz (2011) coinciden en que la percepción que las personas tienen de sí mismas difiere en gran medida de la realidad que perciben los demás.

Junto a la exposición corporal innecesaria durante la higiene del paciente, existen otras situaciones en las que se ha visto comprometida la intimidad de los pacientes. Fundamentalmente, durante la realización de algunas técnicas, en especial durante la administración parenteral⁴² de algunos medicamentos:

OB E 6 (3: 152)

Va a realizar una cura a una paciente mayor. Cierra la puerta al entrar y corre la cortina de separación entre enfermos. A pesar de las precauciones que ha tomado, los familiares de la paciente de al lado están mirando la cura que ella le está haciendo en la zona sacra.

OB E 18 (3:743)

No corre la cortina de separación entre las dos pacientes. La paciente se sube el camisón y le enseña el vientre. Le pone la heparina y mientras, el familiar de la paciente de al lado, que es un hombre, mira lo que está haciendo. Cuando acaba, realiza el mismo procedimiento con la compañera de habitación, pero los acompañantes de la otra paciente son mujeres. No corre la cortina de separación en ningún momento.

En ocasiones, incluso los familiares se sienten mal e impresionados con las técnicas que se realizan delante de ellos:

OB E 18 (3:746)

El acompañante del paciente que está atendiendo le dice: “Perdona que no te mire ahora, es que las agujas y yo...”

⁴² Hace referencia a la administración de medicamentos por vía endovenosa, intramuscular o subcutánea.

Quizá sería importante concienciar a los profesionales que la toma de precauciones para resguardar la intimidad de los pacientes no tiene ningún valor si la finalidad que se pretende no se consigue. Algunas de las acciones a tener en cuenta, tal como proponen Downey y Lloyd (2008), serían: tapar el cuerpo del paciente con una sábana o toalla durante la higiene para no exponer ninguna parte del cuerpo; asegurarse de que no existen espacios que expongan el cuerpo del paciente a otras personas y procurar que no haya interrupciones por parte de familiares u otros miembros del personal durante la realización de las higienes.

5.4.3.1 Intimidad del espacio

La violación del espacio personal ha sido contemplada como otro de los factores contribuyentes en la pérdida de la intimidad (Mann, 1998; Gallagher, 2004). De este modo lo entienden también las enfermeras participantes, siendo conscientes de que es una práctica poco habitual durante su práctica del cuidado:

EE 10 (1:318)

“Entiendo que la intimidad también... el cerrar una puerta o el tocarla, pues yo creo que también es importante y hay veces que nos lo pasamos por alto.”

En realidad, consideran que en otros hospitales las enfermeras tienen más en cuenta la intimidad que proporciona una puerta cerrada:

EE 3 (1:576)

“Vas a otros hospitales y en una planta de medicina las puertas están cerradas, que se intenta, pero cuesta. Y hay como más respeto. Y los que lo tendríamos que hacer respetar somos los profesionales.”

Reconocen que cuando un paciente ingresa en un hospital, traslada toda su intimidad a la habitación que va a considerar su casa durante el tiempo que dure su estancia. Sin embargo, a pesar de identificar la necesidad que tiene el paciente de ese espacio, generalmente no se le da la importancia debida, siendo el propio paciente o la familia los que en ocasiones tienen que reforzar la necesidad de intimidad:

EE 10 (1:294)

“El paciente traslada su casa a la habitación y a veces llamamos, otras veces no. La puerta está cerrada y cuando nos vamos la dejamos abierta. A veces nos olvidamos de que quizá sí, es un paciente, es un sujeto que tenemos que

atender, una tarea, el número 'x' y bueno, el paciente, desde su habitación, desde su entorno, en ese momento, crea como un hábitat en esa habitación que considera suya, su territorio, y nosotros a veces nos olvidamos en el sentido de que no dejamos de pensar que es un sitio de trabajo y que van a estar esas personas ahí temporalmente, en esa habitación. Quizá el hecho de que no nos lleve a llamar a la puerta, a dejarla abierta o lo que fuera, es eso, que no lo consideramos que es algo suyo, en ese momento, temporalmente, del paciente. Que es su intimidad. Es lo poco que tiene de intimidad. Entonces sí que a veces entramos sin llamar o salimos dejando la puerta abierta y ves como el paciente sale a cerrarla porque necesita sentirse cobijado en su territorio. Es como... como protección para él. Entonces sí que está mal por nuestra parte el hecho de no llamar cuando entramos o dejar las puertas abiertas o, a veces, te pones a hacer alguna técnica y tienes la puerta como entreabierta, eso para él supone una falta de intimidad.”

Esta falta de respeto por el espacio del paciente es justificada por Turnock y Kelleher (2003) desde la falta de concienciación del profesional acerca de las situaciones que ponen en compromiso la dignidad de la persona.

Se identifican unas actuaciones fundamentales en la violación del espacio íntimo del paciente. Por un lado, el uso de las puertas y por el otro, el modo al que acceden a las habitaciones las enfermeras.

Habitualmente, las enfermeras no llaman a la puerta, independientemente de si está cerrada o abierta cuando van a entrar a la habitación. Se observa una mayor tendencia a llamar cuando se la encuentran cerrada:

EE 1 (1:101)

“No siempre, sinceramente no siempre, porqué está la puerta abierta y ya entras, pero si está cerrada yo llamo al entrar porque eso quiere decir que quieren intimidad y, por lo tanto, llamas.”

OB E 6 (3:288)

Puerta cerrada, entra en la habitación sin llamar.

OB E 8 (3:330)

Puerta abierta, entra sin llamar. Entra a realizar una cura, mientras la realiza, la puerta continúa abierta.

El hecho de llamar o no a la puerta no parece ser un punto que preocupe a los pacientes y sus familias:

EP 6 (2:17)

“Bueno, esos detalles... normalmente ellas llaman a la puerta. Pero, la verdad, son detalles que, si en un momento no lo hacen, yo tampoco le doy valor. Pienso que esto es una maquinaria, una rutina que se hace que no lleva a ninguna parte.”

Así mismo, no cierran las puertas al salir, aunque la encontraran cerrada al entrar:

OB E 11 (3:816)

[Puerta cerrada, no llama al entrar. Al salir no cierra la puerta.]

OB E 24 (3:790)

[Puerta cerrada, no llama al entrar. Sale de la habitación para buscar algo que le ha pedido la paciente y deja la puerta abierta al salir.]

Cuando las enfermeras son preguntadas acerca del motivo por el que no cierran las puertas, con frecuencia hacen referencia a que estas no cierran bien y se abren igualmente, a que los pacientes las prefieren abiertas o a que, en función de la situación de la cama en la habitación, no es necesario cerrarlas:

EE 1 (1:107)

“Cuando son habitaciones en que si abres se ve todo, lógicamente cierro, pero a veces no, si es de estas que va metida la cama hacia adentro y que no se ve nada, los pies como mucho si llega, pues a veces no cierro.”

EE 6 (1:186)

“Estoy cansada de cerrar las puertas, acaban abriéndolas. O es porque les gusta escucharnos o es porque así tienen entretenimiento. Pero algunos les digo: les cierro la puerta, no sé cómo pueden estar con tanto ruido. Y a veces me dicen que no, que la deje abierta.”

Durante la observación se ha podido constatar que es cierto que hay pacientes que no quieren las puertas cerradas, sin embargo, en otros casos, son los propios pacientes o sus familiares los que lo piden o directamente lo hacen ellos cuando la enfermera sale de la habitación:

OB E 12 (3:532)

[Puerta cerrada. Llama por el nombre y de 'usted'. El paciente es una persona mayor. Explica qué le va a hacer. Se interesa por la evolución de su estado, desde que ella se fue durante el turno del día anterior, mientras le administra la medicación. La paciente le pide que no cierre la puerta al salir.]

OB E 8 (3:189)

[Puerta cerrada, llama antes de entrar. La enfermera sale de la habitación sin cerrar la puerta y la paciente la llama para que le cierre la puerta.]

Esta diversidad de situaciones y la valoración individual de cada uno de los pacientes, confirma la subjetividad del valor de la dignidad, tal como afirma Pols (2013). Por lo que siempre se debería preguntar al paciente acerca de sus preferencias en la primera toma de contacto, momento en el que se suelen establecer los límites que van a marcar la relación enfermera-paciente y que por tanto tienen un gran impacto sobre la preservación de la dignidad (Baillie, 2009).

No hay que olvidar, no obstante, que es a través de la atención, concienciación, responsabilidad y una defensa activa que promueva acciones que preserven la dignidad de la persona, un modo de dignificar la práctica enfermera (Jacobson,2007).

5.5 Dimensión: Integridad

La AACN (2008) define el valor de la integridad como la fidelidad a los hechos y a la realidad.

Con la finalidad de profundizar en el modo en que llevan a la práctica este valor las enfermeras, se van a desarrollar las metacategorías: rigor y visibilidad del rol de enfermería.

5.5.1 Rigor

Las enfermeras tienen la oportunidad de ser rigurosas, principalmente, a través de la cumplimentación de los registros de enfermería, dentro de la historia clínica y del modo en que transmiten la información que poseen de sus pacientes, a otros profesionales del equipo sanitario, y a las actuaciones basadas en la evidencia.

Se ha constatado que, habitualmente, las enfermeras procuran ser rigurosas y objetivas en la transcripción de sus anotaciones en la historia clínica, sin aportar juicios de valor que puedan condicionar el cuidado ofrecido por otros profesionales:

OB E 23 (3:940)

[Escribe en la historia del paciente: “Dolor mal controlado, febril, estable (...) Se realiza cura de upp’s⁴³ (...) Acompañada de la familia, animado y colaborador. Se inicia tratamiento a las 11:30.”]

OB E 17 (3:668)

[Se dirige al control de enfermería para realizar los registros de enfermería. Anota el curso con objetividad acerca del tratamiento, situación del paciente y su estado emocional: Paciente hemodinámicamente estable, ha estado solo toda la mañana. Se modifica pauta de analgesia. Paciente desanimado]

OB E 24 (3:800)

[Cuando queda libre, empieza a registrar] “No tolera nutrición enteral, sedesta, asintomática (...) Movilidad libre por la unidad (...) reclama analgesia. No sangrado activo (...) HDME⁴⁴... v.p.⁴⁵ permeable (...) deterioro en las tres esferas (...)”. En un momento, llega a una paciente y me dice:] “Esta está malica... es que tenemos una cuadrilla...”. [Mientras lo dice pone cara de pena.] “Habitualmente no llevo a estos pacientes, porque me leo un poco la historia, si no...”

A pesar de ser una constante generalizada, en ocasiones aisladas, se ha podido observar una disminución de la rigurosidad a la hora de firmar la medicación que se ha administrado. En vez de firmarla una a una, se ha realizado la de todas las pantallas a la vez, inmediatamente después de administrarla:

OB E 21 (3:323)

[Confirma medicación administrada inmediatamente después de repartirla, la de toda la pantalla a la vez.]

Este hecho podría poner en entredicho la validez del registro, puesto que no ha comprobado en tiempo real que ha administrado la medicación pautada y no hay ningún fallo.

⁴³ Abreviatura que utilizan las enfermeras para referirse a las úlceras por presión

⁴⁴ Hacen referencia a un paciente hemodinámicamente estable

⁴⁵ Abreviatura no reconocida internacionalmente para hacer referencia a que la vía periférica, de la que es portador el paciente, es permeable

Por otro lado, esta objetividad que se aprecia durante los registros de las actividades realizadas se pierde durante el intercambio de información verbal. Durante las conversaciones con otras enfermeras y profesionales que intervienen en el proceso de curación del paciente se emiten juicios de valor, hecho del que las enfermeras son conscientes:

EE 1 (1:51)

“A veces el juicio es inevitable... El juicio de valor, porque no entiendes cómo una persona puede actuar de una determinada manera, ¿no? Entonces también te paras a pensar que no sabes qué le ha pasado en la vida a esa persona para actuar así.”

EE 7 (1:1205)

“Muchos, sí, sí, los hacemos. Por eso pregunto. Es verdad, yo voy con mi juicio, a veces acierto, a veces no. Entonces que no se note que lo tengo hecho. Pregunto; si se confirma, pues mala suerte, y si no se confirma, pues oye, que le pasa esto. Entonces sí y he hecho un juicio de valor y me he equivocado pues entonces le coges hasta más cariño.”

Durante la observación se ha podido contrastar la información obtenida a través de las entrevistas:

OB E 16 (3:633)

[Al salir de una habitación, me comenta:] “Este paciente tiene un punto, todo subjetivo, pero me pone muy nerviosa cuando se me pone en la puerta y me dice, ¿vienes por mí? Pues si ya lo sabe.”

OB E 17 (3:695)

[Habla de una paciente con la doctora que la lleva]: “¡Esta tiene un carácter! Tiene que estar divorciada, porque...”

OB E 17 (3:650)

[Llama por teléfono a la nutricionista y le transmite información acerca de una paciente para la que han pedido una interconsulta. Antes de finalizar le dice:] “Ya verás, tiene mucho carácter...”.

Por tanto, se podría decir que en la comunicación verbal entre los miembros del equipo, no se aplica la rigurosidad ni la objetividad que se aplica durante el registro de la información en la historia clínica.

5.5.2 Visibilidad del rol de enfermería

Colaborar en dar visibilidad a la enfermera, procurando que se conozca cuál es el papel que desempeña dentro de la sociedad, es considerado por la AACN (2008) como uno de los comportamientos esenciales y necesarios para poner en práctica el valor de la integridad en el desempeño de la práctica del cuidado.

La imagen que proyectan las enfermeras, dentro del equipo de salud, se ha obtenido básicamente a través de la opinión de los pacientes. Estos ponen de manifiesto un claro desconocimiento acerca del rol que desempeña la enfermera, basándose únicamente en suposiciones para identificar a su enfermera responsable e identificar cuáles son las expectativas de cuidado que pueden esperar de ellas:

EP 16 (2:140)

“Sé que es la enfermera que puede hacer el trabajo con más responsabilidad y lo que tenga asignado para su función. Pero en concreto yo no sé hasta dónde puede llegar la auxiliar de enfermera. Supongo que tiene un límite, y luego a partir de ahí la enfermera es la que se tiene que hacer cargo. A veces entran dos, se nota que una es la enfermera por la forma de hablar o la forma de llevar lo que tiene entre manos, se nota que hay una que manda más que la otra. No que mande, sino que tiene otra responsabilidad.”

EP 14 (2:411)

“Sé quién es la enfermera por cosas que he visto, o porque ha venido la doctora y me ha dicho ‘sí, sí, ya he hablado con la enfermera’ Pues esa es la enfermera.”⁴⁶

Uno de los motivos principales por lo que no son capaces de identificar el papel de la enfermera, se debe a la imposibilidad de determinar con claridad quién es exactamente la enfermera de entre todos los profesionales que le atienden:

EP 7 (2:30)

“Las que entran en la habitación son las ayudantas, no son titulares. (...) Es que está la ATS y la enfermera. La enfermera es la que puede achacar, pinchar y hacerle esto... Y la otra sería la auxiliar. El trabajo de la enfermera es el de estar pendiente de los enfermos, que para eso la han dejado de responsable a ella. Y el de la ATS es ayudar a la enfermera a hacer las cosas que ella no puede.”

⁴⁶ *Verbatim* traducido al castellano por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

Uno de los principales motivos por los que los pacientes no saben identificar quien es la enfermera es debido a que estas no tienen la costumbre de presentarse siempre al paciente:

EP 17 (2:169)

“Yo digo auxiliar a la persona que está debajo, bueno debajo, en el sentido de doctora y doctores. Entonces, yo no puedo especificar si es un auxiliar de enfermera o una enfermera, en definitiva, porque no se me han presentado.”

EP 11 (2:351)

“Las enfermeras se presentan, pero no dicen si es enfermera o auxiliar.”⁴⁷

Las enfermeras reconocen la dificultad que supone para los pacientes distinguir las distintas categorías de profesionales que les atienden. Sin embargo, no sienten la necesidad de desmentir o aclarar las ideas preconcebidas por los pacientes acerca de su identidad y actividad profesional:

EE 1 (1:721)

“Ayer llamó una señora al timbre. Estaba la hija y le dijo: ‘Mamá, ¿para qué llamas al timbre?’ Y le dice: ‘¿Y ellas para qué están?’ Y ¿qué le vas a contar a esa mujer de 82 años que el trabajo de la enfermera va más allá? Que también ponemos cuñas, por supuesto, faltaba más...”

OB E 11 (3:368)

[Paciente cree que es la doctora y no lo saca de su equivocación.]

Existen investigaciones realizadas, en diferentes estratos de la población, que muestran esta invisibilidad del profesional enfermero, proyectando una imagen técnica de la enfermería o como subordinada al área médica (Fernandes, 1998). Este desconocimiento acerca de la profesión enfermera no es absoluto, no obstante, sugiere una necesidad de ofrecer una visibilidad del rol de enfermería en la sociedad, principalmente entre los pacientes hospitalizados.

⁴⁷ *Verbatim* traducido al castellano por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

5.6 Dimensión: Justicia social

El término de justicia social adquiere diferentes significados en función del ámbito en el que se utiliza (Matwick et al, 2016). La enfermería, tal como se ha visto en el marco conceptual, ha convertido la justicia social en un valor esencial de la práctica enfermera (ANA, 2001; AACN, 2008), y le confiere distintos atributos, como equidad en salud (CNA, 2008), distribución equitativa (CNA, 2009), un componente de los derechos humanos (CNA, 2010), o un concepto relevante para la práctica de la enfermería (Mylykoski, 2011).

Tomando como marco de referencia estos conceptos de justicia social, se han identificado diversas situaciones que revelan el modo en que las enfermeras llevan a la práctica esta dimensión.

Esta dimensión engloba únicamente la metacategoría de igualdad. Se trata de un concepto al que los profesionales no han hecho referencia de manera espontánea, lo cual ha propiciado que el investigador haya ido a buscar el significado que para ellos tiene la justicia social.

5.6.1 Igualdad

Tal como se ha hecho referencia, al concepto de justicia social se le ha adjudicado un sentido de equidad (AACN, 2008), coincidiendo con el significado que le han otorgado las enfermeras:

EE 18 (1:1025)

“Justicia, no sé, creo que es una forma de ser equitativo en tu trabajo también. Y ver los pacientes que necesitan más cuidados o menos, ser un poco consecuente con eso.”

EE 20 (1:880)

“Ser justo, ser digno en el trabajo, ¿no? Ser igual para todos, no porque el paciente sea ‘familiar de’ voy a tener un trato especial o un cuidado especial para esa persona, no. Ser justo es ser profesional y ser igual para todos.”

Entienden la práctica de la justicia social como un **trato igualitario** para todos los pacientes que atienden, **sin distinción** de:

- Culturas

EE 17 (1:957)

“Lo que hablábamos antes de los gitanos, los gitanos no se lavan o en vez de lavarse cuatro días se lavan tres. Pues hay que respetarlo. O los musulmanes, que no comen carne. ‘Jolín es que encima que están aquí, encima no comen carne’. ¿Qué problema hay en que no coman carne? Viene un vegetariano y no le pondremos ninguna pega, ¿a qué no? Hay que respetar a todo el mundo por igual.”

- Razas

EE 16 (1:744)

“Para mí todos son iguales, sea nacido en Barcelona, Marrakech, da igual... somos iguales todos.”

EE 18 (1: 1026)

“Somos personas, somos iguales. Que yo estoy haciendo mi trabajo y ellos están siendo atendidos, pero yo creo que para mí todos los pacientes son iguales. Me da igual quién sea, me da igual si uno es de allí o tal. Para mí se atiende a todos igual.”

- Tipo de garante bajo el que se encuentra ingresado

EE 6 (1: 212)

“Yo nunca hago diferencias entre pacientes. Ni porque sean de mutua ni porque sean de Seguridad Social. Yo no distingo, a todo el mundo le hago el mismo cuidado. No distingo ni razas ni nada. El trato es el mismo. ¿Que ellos te hagan sentirte diferente? Porque quizá son de una etnia diferente... A veces van con el prejuicio puesto. Yo intento hacerle a todo el mundo el cuidado igual. No diferencio.”

Este trato igualitario parte de un concepto malentendido de igualdad, puesto que, tal como afirman Cano y del Carmen (2004), la justicia hace referencia a la igualdad en la accesibilidad a los bienes, considerando que cada persona tiene unas necesidades diferentes, y por tanto la necesidad de un trato adecuado a éstas.

Sin embargo, sí justifican una situación en la que el paciente tiene derecho a ser tratado de diferente manera, siendo esta situación la del final de vida.

EE 23 (1:572)

“En general, pues sí. Sí estandarizas un poco para todos lo mismo. Depende de la situación en que esté cada paciente, por ejemplo, si el paciente está en su etapa final, aquí ya no lo tratas igual, aquí ya le das como una ventaja para que esté lo mejor posible.”

A la vez que existe una conciencia de la práctica de la igualdad, hacen referencia a obstáculos que surgen durante la práctica de la misma y que limita la aplicación de esta para no sentirse diferente con respecto a otros miembros del equipo.

OB E 16 (3:604)

“Ahora, en la planta, tenemos ingresados a dos maltratadores. Hay compañeros que, porque les digo ‘cariño’, cuando me dirijo a ellos, se enfadan, pero yo no soy juez. Para mí, son todos iguales...”

EE 17 (1:929)

“Hay mucha gente, dentro de la profesión, que es más o menos racista. Por ejemplo, con los gitanos y los moros. No, hay que ser humilde y honesto. Ellos son personas como tú y como yo. Que tengan una raza diferente no quiere decir nada. Que seguramente tiene que implicarte más o tienes que intentar reconducir, siempre respetando los valores, reconducir las cosas que hace él porque muchas veces no son las que la institución te manda. Claro, pero de esto a que tú te creas superior...”

EE 16 (1:954)

“A ver esto, al final somos humanos y hay gente que te cae mejor y hay gente que te cae peor. Y yo lo intento, a veces te cuesta un esfuerzo evidentemente. Si hay alguien que me cae peor, pues en vez de entrar 25 veces a la habitación pues para yo que sé, entraré 15.”

Estos obstáculos a los que hacen referencia surgen como consecuencia de prejuicios, emociones o falta de valentía para luchar contra estas prácticas injustas. Por tanto, es importante rescatar el concepto de coraje moral (Gallagher, 2011; Numminen, Repo y Leino-Kilpi, 2016), el cual puede ayudar a mitigar la aparición de estas situaciones, a la vez que permitirá al profesional actuar acorde a los valores que posee, con independencia del ‘qué dirán’, los sentimientos hacia los demás o lo que se espera de él.

Las enfermeras están obligadas a luchar por una igualdad en el trato a los pacientes, sin hacer distinción de raza, religión o nivel social, entre otras diferencias. Esta obligación parte de la relación entre la enfermería y la humanidad, hecho que sitúa a la justicia social como un valor esencial dentro de la profesión (Johnstone, 2011; Matwick y Woodgate, 2016), puesto que se la considera una necesidad humana básica.

Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, no se ha podido apreciar que éstos sientan que reciben un trato desigual:

EP 18 (2:176)

“Conmigo y con el paciente que yo he tenido al lado también. Tanto con Julio, como con el otro, como este último que se han llevado. Lo han llevado en bandeja, no miran si es moreno, amarillo o verde. Es un ser humano y hay que atenderlo. Lo mismo hay que atender al que tiene más que al que tiene menos. Porque todos nacemos por el mismo sitio, y nacemos en cueros. No nacemos vestidos.”

5.7 Dimensión: Estética en la práctica del cuidado

Esta dimensión hace referencia al clima en el que se encuentran sumergidos pacientes y enfermeras durante la práctica del cuidado. Profundiza en aquellas conductas que favorecen o distorsionan el ambiente o percepción en el que se desarrolla el cuidado.

Así como es un valor profesional en la práctica de la enfermería (AACN, 1986), la estética del cuidado es conocida como la ciencia que estudia los sentimientos implicados en la práctica del cuidado, cuya función incluye desvelar la dimensión de estos sentimientos y su incidencia en las actitudes, conocimientos y conductas de los profesionales de enfermería (Siles Gonzáles y Solano Ruiz, 2011, 2016).

Por tanto, no solo hace referencia a las acciones que se emprenden, sino a los comportamientos asociados que influyen en la percepción del paciente, favoreciendo unos sentimientos positivos, y que se reflejan a través de las acciones que emprenden las enfermeras en forma de habilidades manuales y técnicas enfocadas hacia el arte (Wainwright, 2000).

La estética en el cuidado ha sido motivo de estudio por numerosos autores (Carper, 1978; Wainwright, 2000; Gómez Ramírez, Daza y Zambrano Caro, 2008; Siles González

y Solano Ruiz, 2011), que han ofrecido distintas perspectivas acerca de la profundidad de su significado.

El hecho de que la enfermería haya sido considerada un arte, ha propiciado que se le confiera un valor estético al cuidado que se hace visible a través de las acciones que emprende enfermería, con la finalidad de proveer al paciente aquello que le es necesario (Carper, 1978). En función de la facilidad con que el profesional sea capaz de relacionar la enfermería con el arte, presentará mayor o menor habilidad para aprender o mejorar este valor.

Con la finalidad de ofrecer una mejor comprensión, del modo en que llevan a la práctica el valor de la estética del cuidado las enfermeras, se profundizará en dos de las metacategorías que la componen, el clima laboral como generador de buenas prácticas y el contexto laboral.

A pesar de que el clima laboral se encuentra íntimamente relacionado con el contexto laboral, se exponen como metacategorías independientes como consecuencia de la relevancia que le han conferido los profesionales a cada una de ellas, determinando la necesidad de profundizar en cada una de ellas de un modo independiente.

5.7.1 Clima laboral como generador de buenas prácticas

Todas las enfermeras coinciden en que el trabajo en equipo es imprescindible para fomentar un clima agradable entre todos los profesionales que asisten al paciente, el cual repercute positivamente en la atención al paciente:

EE 8 (1:376)

“Pues que se sienten mejor atendidos. Además, lo ven ellos, lo ven y te lo manifiestan: ‘cómo se nota que hoy no estáis las tres’. Sí, sí, lo manifiestan así. Gente que está uno o dos días, a lo mejor no, pero gente que está mucho tiempo, gente que nos conoce de otros ingresos te lo manifiestan así (...) Bueno, o a veces simplemente nos oyen reír por el pasillo. Si tú estás con dos personas, las tres que sabemos, vamos las tres a una, sabes que cuando acabes una cosa irás a por la otra, por la otra, por la otra. Si tú estás con una persona que no sabes ni cómo trabaja o no trabaja como trabajas tú o, bueno, siempre hay gente que se cuelga más o se cuelga menos. Claro, el trabajo no sale lo mismo y eso se manifiesta en la demora, la atención al paciente, en una cura o en lo que sea.”

EE 12 (1:1282)

“No puedes dar la misma atención. O sea, no puedes dar atención si no estás bien en el equipo. No puedes porque no, porque somos humanos y los sentimientos te provocan emociones y esa emoción te va a salir quieras o no.”

Del mismo modo, los pacientes coinciden en el sentimiento que les produce ver que los profesionales que los atienden se relacionan con armonía:

EP 15 (2: 132)

“Entre ellas muy bien, buen rollo. Buen rollo. A mí me gusta que haya compañerismo entre los trabajadores. Que no se vean caras largas ni nada de esto. Yo creo que eso es muy positivo, que haya compañerismo entre las personas. Yo veo un equipo que va así, abrazándose, que van un poco distendidos y dices: ‘ostras, qué bien, tienen buen rollo. Y todo eso se transmite.’”

EP 3 (2:250)

“Me gusta a mí este hospital (...) Pues eso, el trato y la unión que hay entre ellos.”

A través de la observación, ha sido posible contrastar la veracidad de la opinión de enfermeras y pacientes, sobre la buena relación existente, en general, entre los miembros del equipo:

OB E 10 (3: 329)

Ha terminado su ronda y le ofrece ayuda a su compañero.

OB E 20 (3:896)

Preparan la medicación los dos enfermeros de la planta, juntos. Mientras tienen música puesta y se van moviendo al compás, entre bromas y risas. También se ayudan.

OB E 24 (3: 787)

Van todas juntas a desayunar, pero como ve que las compañeras del otro lado del pasillo no van al office): “Voy a ver qué les pasa a éstas que no vienen. (...) Ya te hago yo el ingreso, no, déjalo, ya lo hago yo. Es que así controlo más...”. (Le prepara y deja listas todas las hojas que necesita para hacer el ingreso, pero no se lo hace.)

Este buen ambiente, que en general se observa durante la interrelación entre profesionales, creen que es debido a que estos se cuidan entre ellos, situación que creen viene propiciada por el aumento de la carga laboral:

EE 20 (1:857)

“Creo que a veces cuando... bueno, creo no, lo afirmo. En el hospital tendemos a cuidar a la gente, somos enfermeros y eso lo tenemos claro, pero dentro del equipo, o sea, entre nosotros, del mismo rango de profesional de enfermeros, sí que nos cuidamos.”

EE 7 (1:1143)

“Primero tiene que haber buen clima laboral, porque yo tengo claro con quién voy y con quién no voy. Intento ir con todo el mundo porque a nivel profesional no suelo tener ningún problema. Pero normalmente es porque hay buen clima y porque, es que lo que tengo claro, donde hay más trabajo hay más buen clima. Cuanta más carga de trabajo hay más buen clima con los trabajadores.”

EE 21 (1:656)

Aquí también tengo buenas compañeras gracias a Dios y cuando hay trabajo todo el mundo apoya mucho.

La idea de un aumento del buen clima labora en momentos de tensión laboral, se ve reforzada por estudios como el llevado a cabo por Stringer (2002), quien afirma que un buen ambiente laboral impacta de forma positiva en la motivación de los profesionales, así como en modo de llevar a cabo su trabajo. Así mismo, conlleva una mayor satisfacción profesional.

Sin embargo, la carga laboral se ha convertido en un tema controvertido. Si bien todas las enfermeras coinciden al hablar de los beneficios de una buena relación y trabajo en equipo, la carga laboral crea opiniones divergentes:

EE 8 (1:378)

“A veces surgen malos rollos. Muchos por sobrecarga de trabajo, otros quizá, por situaciones de urgencia, que a lo mejor en esos momentos cada uno reacciona de manera diferente y en esos momentos pues a lo mejor puede haber un... pero yo creo que muchos son por sobrecarga de trabajo o porque no hay un buen trabajo en equipo.”

Otro factor que consideran facilitador del ambiente profesional es el reconocimiento profesional existente entre ellos:

EE 10 (1:308)

“Intentamos trabajar siempre en equipo, ninguna es más que nadie, ni menos que otra, y si alguna compañera ha tenido algún problema en concreto o con algún

paciente o por lo que sea, pues intentamos siempre amortiguar todos los golpes que podamos ir recibiendo dentro del equipo, porque al fin y al cabo una no trabaja sin la otra. Está todo muy enlazado. Entonces, valores... yo creo que nos valoramos todas por lo que hacemos. En ese momento a nivel profesional, pero también a nivel personal, evidentemente, pero al fin y al cabo estamos trabajando y como profesionales yo creo que nos valoramos bien.”

Esta actitud de respeto y compañerismo que se da entre los equipos profesionales, por tanto, crea un clima de bienestar en la unidad donde trabajan, favoreciendo un buen ambiente para los pacientes y facilitando una percepción positiva acerca del cuidado que reciben.

Tal como identifica la AACN (1986), crear un buen ambiente laboral concuerda con los comportamientos adecuados para la realización de una práctica basada en los valores profesionales de enfermería, y en este caso en concreto, el de la estética del cuidado. Si bien es cierto que actualmente no está considerado como uno de los valores esenciales de la enfermería, está íntimamente relacionado con la práctica del cuidado, y condiciona la calidad del mismo.

Sin embargo, esta idílica relación entre cuidado y clima laboral positivo no siempre se produce. Se han observado, con cierta frecuencia, discrepancias y enfados entre compañeros durante la realización de alguna técnica o en el pasillo de la unidad:

OB E 25 (3:867)

[Surge un problema con la paciente que quería ducharse. Va a buscar a las auxiliares, que están haciendo una higiene en una habitación y se da una discusión con los pacientes delante, que las miran atentamente.]

OB E 3 (3:491)

[Encuentro a la enfermera agobiada y enfadada, que solicita no ser observada. Empieza a quejarse de toda la organización. Pregunto sobre su enfado y refiere no sentirse apoyada por sus mandos. Enfadada, contesta mal al auxiliar de su unidad, en medio del pasillo, cuando esta le pregunta algo.]

A su vez, coinciden en que la colaboración entre el equipo, y como consecuencia el ambiente, se ve distorsionado en función de la compañera que tienen:

EE 25 (1:754)

“Y, bueno, cuando vamos a tomar café nos esperamos todas, no va una y luego la otra, vamos en grupito. Nos preguntamos cómo vamos y nos ayudamos si hace

falta. Tomamos café y luego cada una va a su rol de trabajo. Luego, en la merienda, igualmente nos vamos a buscar. ‘Oye, que es tal hora, venga, vamos a merendar, lo dejamos como está y vamos a merendar’. Y nos echamos unas risas, me encuentro a gusto con los compañeros, aunque hay excepciones de esto que te comentaba, que depende de la enfermera que hay, pues sé que lo va a dejar mejor o peor.”

EE 8 (1:377)

“Si tú estás con una persona que no sabes ni cómo trabaja o no trabaja como trabajas tú... O bueno, siempre hay gente que se cuelga más o se cuelga menos, entonces el trabajo no se hace con profesionalidad, y eso se manifiesta en la demora, la atención al paciente, en una cura o en lo que sea.”

La misión, visión y valores de las instituciones donde se ha realizado la investigación⁴⁸ están encaminados a favorecer la calidad del cuidado y como consecuencia a que el paciente tenga una percepción positiva del cuidado. Siendo el trabajo en equipo un punto de inflexión para el bienestar del paciente, sorprende que, durante la observación, se haya podido constatar una rotación de personal tan elevada. Cabe preguntarse si la institución es consciente de la influencia negativa que una excesiva rotación de los equipos genera, disminuyendo la percepción de un cuidado de calidad. En caso afirmativo, ¿qué motivo existe para continuar con esta práctica? Esta pregunta precisa de un análisis institucional más profundo, que en este caso no forma parte del objetivo de esta investigación.

Las relaciones interpersonales entre mujeres son consideradas tensas en algunos equipos, por lo que se considera beneficioso la integración de enfermeros en el equipo profesional:

EE 7 (1:1233)

“Mira, [los hombres] aportan con las compañeras y con los pacientes. Con las compañeras porque un hombre en la planta cambia el ambiente, da igual que sea bajo, alto, feo o gordo. Pero por cómo somos los hombres, a veces suavizamos las cosas porque vemos las cosas más sencillas. Suavizas todas las relaciones, porque es verdad que, entre vosotras, es otra manera distinta de pensar y entonces, si hay un tío, pues cambia todo el ambiente (...) Porque yo voy a cualquier unidad y pocas veces he tenido problemas con las enfermeras conflictivas de la unidad por el mero hecho de ser un hombre.”

⁴⁸ Con la finalidad de mantener el anonimato de las instituciones, no se ha insertado en la bibliografía la dirección de la página web de la que procede la información.

Esta percepción negativa de la relación entre mujeres ha sido uno de los temas emergentes de la investigación, el cual plantea la posibilidad de un estudio al respecto. No se ha profundizado en este debate durante las entrevistas por no ser el tema de esta investigación.

Como resumen de esta metacategoría, se puede afirmar que existe una apreciación de la necesidad de un trabajo cordial y en equipo, tanto desde el punto de vista del paciente como del de enfermera, con el fin de aportar beneficios en el bienestar de ambos.

La relación se ve favorecida por la valoración profesional, el respeto y el conocimiento entre los miembros del equipo. Se destaca, como influencia negativa en el clima laboral, la excesiva rotación del personal, puesto que consideran que rompe el equilibrio que genera un conocimiento entre los compañeros a través de sus rutinas de trabajo conjunto.

5.7.2 Contexto laboral

El hecho de que la práctica del cuidado se desarrolle en el seno de una institución marca, en gran medida, los sentimientos que surgen en los profesionales, debido a que la organización se rige por unos valores que condicionan las conductas de las enfermeras y por tanto sus sentimientos.

Tal como lo entienden la AACN (1986), el contexto laboral determina el ambiente y por tanto los sentimientos de enfermeras y pacientes hacia el entorno en el que se encuentran.

En el hospital, lugar de reposo y restablecimiento de la salud, debería caracterizarse, por tanto, por ser un lugar tranquilo y silencioso, que facilite de esta manera el descanso del paciente. Sin embargo, la realidad está lejos de la teoría. Enfermeras y pacientes coinciden en apuntar la **elevada intensidad de ruido** que se aprecia en las unidades de hospitalización:

EE 21 (1:627)

“El volumen al hablar es muy importante... cuando les digo [a mis compañeras] ‘no gritéis tanto’ me dicen ‘cállate tú’. Cuando estamos hablando todas a la vez o algo, entonces pienso que hay mucho ruido en el hospital.”

EE 25 (1:819)

“Yo no soporto el ruido. No sé cómo pueden estar con teléfonos, ruido, nosotras que hablamos, reímos... de todo. Y la gente que pasa. Yo soy partidaria —se lo dije a la supervisora—: habría que cerrar todas las puertas, es que se enteran de todo.”

EP 13 (2:392)

“El primer día solo oía, ‘pim, pim, pim’, los timbres. Y me digo: pensaba que por la noche duermen más. Pues no, están a cada segundo.”

OB E 25 (3: 857)

[Comentario de una enfermera:] “Cuesta tanto concentrarse con este sonido atmosférico que hay...”

En ocasiones, este ruido ambiental se ve incrementado por el propio personal de enfermería, al hablarse entre ellas en un volumen estridente por los pasillos:

OB E 25 (3: 922)

[Está en el pasillo y se dirige a una compañera, a gritos: “Habrá que quitarle una vía a la señora del 16. Lo puedes hacer tú, ¿por favor?”]

OB E 1 (3:440)

[Llama al camillero gritando por el pasillo]

Este ruido alimenta sentimientos negativos en los pacientes, generando una situación estresante para el paciente y siendo el origen de alguna de las quejas que se reciben.

EE 23 (1:575)

“Sí, es una planta muy ruidosa, tenemos quejas. Porque una de las cosas por las que deberíamos velar todas las que trabajamos aquí, es por el descanso del paciente. Para mí es una planta que no se hace respetar, y deberíamos”.

EE 18 (1:1035)

“El ruido, ¿al paciente? Yo creo que le afecta mucho, porque para empezar no puede ni descansar. Y yo pienso que cuando te encuentras mal lo que necesitas es estar tranquilo y no el ajetreo este continuo.”

EE 11 (1:1366)

“Supongo que sí, realmente lo oye, porque en sí las habitaciones deberían estar cerradas, y el nivel de angustia que ya tienen por la patología puede aumentar porque no pueden relajarse y estar tranquilos en la habitación. Están escuchando gritos, supongo que eso aumenta la ansiedad del paciente.”

Si las enfermeras son conscientes de la necesidad de emprender acciones para disminuir el ruido percibido por los pacientes, e identifican el cerrar las puertas de las habitaciones como una de las acciones que pueden contribuir a ello, sorprende que, durante la observación realizada, forme parte de su normalidad el no cerrar las puertas de las habitaciones cuando salen de ellas:

EE 10 (1:630)

“Es que es todo en general es así en la enfermería, a veces. Ya te digo, entre nosotras mismas hablamos alto a veces y ya no se toma en cuenta, pero entre nosotras mismas ya podríamos tener otra actitud. Hubo una temporada que la supervisora decía ‘id cerrando todas las puertas’. Yo tengo esa costumbre porque pienso que, si estuviera ingresada, no me gustaría que me viera todo el mundo, pero para colmo, las puertas se abren automáticamente (bueno, que no cierran bien). Entonces, las cerramos y se abren solas, es así, ya se abren solas. Y nosotras, claro, con el trabajo vas haciendo ruido y además el entorno no acompaña. Entonces es ruidoso.”

El volumen de voz de las enfermeras es también un factor a tener en cuenta a la hora de mantener un ambiente tranquilo en la unidad. Algunas de ellas son conscientes de que tienen un tono de voz más fuerte que el resto. Sin embargo, a pesar de ser conscientes de ello e intentar controlarlo, vuelven al volumen habitual de un modo inconsciente:

EE 6 (1:218)

“Tengo un volumen de voz elevado...Yo tengo mucha voz, intento controlarme, lo que pasa es que es innato. Es inevitable. Incluso ellos me lo dicen: ‘¡Tienes un chorro de voz, eh!’. Bueno, supongo que habrá gente a la que le incomode, pero supongo que por educación no te lo dicen. Pero normalmente, no... A ver, tampoco estás gritando toda la información, ¿no? Si es algo más íntimo, bajas el volumen o intentas ser más... No me he encontrado tampoco. Supongo que habrá gente a la que le moleste, pero... me sale.”

La preocupación acerca del excesivo ruido al que se ven sometidos los pacientes durante su estancia hospitalaria es generaliza, y ha originado la necesidad de estudiar la repercusión que tiene sobre los pacientes (Garrido Galindo, Camargo Caicedo y Vélez-Pereira, 2016), así como la de aplicar intervenciones dirigidas a disminuir el impacto que este tiene en las diferentes unidades de un hospital (Villamor Ordozgoiti, Priu Parra, Carmen, Torres Valdes, Ciudad, Pilar, y Ponce Quilez, 2017).

La carga de trabajo con la que se enfrentan las enfermeras, en su contexto laboral, condiciona en gran medida la puesta en escena de la práctica del cuidado. Entre las consecuencias de la elevada carga laboral que enfermeras y pacientes han puesto de manifiesto, se encuentran:

- **Sensación de desorganización**

EE 6 (1:234)

“Más estrés del que ya llevan. Porque te están viendo a ti, que vas *de culo* para arriba y para abajo. Muchas veces los dejas con la palabra en la boca. Te van a hacer una pregunta y ‘espera, que ahora vengo’ o ‘espera, que está sonando un timbre’ o ‘espera, ahora vengo que me he olvidado esto’. No lo tienes tan organizado como lo harías en un día tranquilo. Porque hay muchas interrupciones, y te faltan la mitad de las cosas por hacer o te interrumpe un timbre o muchas cosas.”

EP 13 (2:91)

“Ha habido veces, y también te digo, que me ha tocado explicar a familiares que estaban asustados, perdidos o que en un momento determinado están horrorizados, y les decía ‘¿pero no te das cuenta de que no es a las enfermeras a quienes hay que decírselo? No le cuentes a esta mujer que te han robado la cartera, no le cuentes a esta mujer que ese baño no funciona, no le cuentes a esta mujer que...’ Baja a atención al paciente y dílo, porque esa no es misión de la enfermera, y además porque a la enfermera le va a dar un ataque de nervios en cinco minutos, porque tiene que asumir un problema personal que no tendría que resolver ella...”

- **Sensación de prisa, tanto en presencia del paciente como por el pasillo**

EE 10 (1:304)

“A ver, la carga laboral la perciben siempre. En ir corriendo a la habitación, en hacer lo que te pidan y tener la sensación de que vas con prisa, en que no le preguntas mucho porque no tienes tiempo... Ya entramos con esa cara de decir: ‘voy con prisa, no me entretengas’. Sensación mala. Mala de decir: ‘bueno, yo tengo este problema ahora y, siendo egoísta, no me importa nada lo que le pase a los demás’. También hay situaciones que, hablándoles, explicándoles lo que pasa en ese momento, son conscientes y también ayuda en el sentido de decir ‘bueno, yo necesito esto ahora, pero entiendo que también hay otra persona que necesita con más urgencia que le atiendas antes que a mí’. Yo creo que explicando y

hablando con la gente lo pueden llegar a entender la mayoría, luego están a los que les da igual y, siendo egoísta, pues diré que dediques 'x' tiempo en esa habitación y ya está. Pero la percepción en general es mala. Yo creo que para cualquiera esa sensación de ir corriendo y de ir agobiada pues te crea esa inseguridad de decir '¿sabe realmente lo que me está haciendo o tiene la cabeza en otro lado?'"

EE 5 (1:409)

"Notan las prisas, notan que no les miras a la cara. Que quizá te preguntan algo y les dices 'pues lo que ya te he dicho antes' o '¿mi compañera no te lo ha explicado?' Como que no nos ponemos de acuerdo entre nosotras, notan que a veces, quizás, llamadas telefónicas que hacemos por el pasillo y no sabes, o sea sí que lo sabes, pero que el paciente está en la habitación y te puede escuchar. A veces te dicen 'no, no ya he escuchado que, o que falta una auxiliar o que...' Saben cosas que no tendrían que saber. No tendrían que saber y es que lo notan, lo notan solamente viéndote la cara con la que entras: si entras riendo, si entras mirando el parte, o hablando por teléfono. A veces hacemos cosas que solo hay que vernos. Yo lo intento muchas veces, que no se note. Esto a veces te das cuenta después, cuando acabas, he ido a destajo toda la mañana y es que se me ha tenido que notar que tenía mucha faena."

- **Percepción de falta de acompañamiento por parte de los pacientes**

EP 12 (2:346)

"Las enfermeras son muy majas, la verdad. No vienen mucho. Hombre, como llamo y ven que me espabilo sola y no estoy sola... pero son muy majas"⁴⁹

EP 14 (2:408)

"Pienso que, como ven que tengo compañía, por eso no me acompañan mucho. Eso y que veo que ellas tienen mucho trabajo. Van un poco agobiadas (...) No puedo decir nada, pero no sé qué harían si me vieran sola. Yo comprendo que no las ves paradas, que van de bólido, que tienen mucho trabajo. Pero acompañar, no acompañan. Pero creo que, aunque me vieses sola no lo harían, quizá alguna, pero no."⁵⁰

⁴⁹ *Verbatim* traducido por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

⁵⁰ *Verbatim* traducido por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

- **Disminución en la calidad de atención**

EP 1 (2:210)

“Las enfermeras me dan pena, pobre gente qué de trabajo, pero claro, lo entiendo. Llevo todo el día esperando un laxante que me tienen que traer. Ya lo he pedido... cada vez que entran les digo ‘¿os acordáis?’ Pero no lo traen. Pienso que cuando no lo traen es porque están muy desbordadas de trabajo o les falta gente, o que viene el fin de semana y son menos de plantilla.”⁵¹

EE 25 (1:846)

“¿Lo que podríamos mejorar en cuanto al cuidado al paciente? Sí, que hay mucha teoría, pero a la práctica tengo muy poquita cosa. Hacemos lo justo. Yo creo que en todo, global. Sí, sí, tanto el trato como las técnicas. Técnicas, incluso vamos haciendo cursos. También reciclándonos.”

Se podría concluir, por tanto, afirmando que los profesionales son conscientes de la repercusión que tiene el valor de la estética del cuidado en el bienestar y los sentimientos del paciente. Sin embargo, para ellas no es un valor primordial, puesto que dan más relevancia a que su trabajo esté realizado, en vez de a la armonía con la que lo realizan.

5.8 Dimensión: Reguladores de la práctica del cuidado basado en los valores profesionales de la enfermería

Esta dimensión hace referencia a las situaciones que limitan los esfuerzos realizados por los profesionales de enfermería para trabajar en base a los valores de su profesión.

De las cinco metacategorías que la componen, se ha decidido profundizar en dos de ellas por ser las que más categorías comprenden y las que suponen una mayor limitación de la práctica de los valores, según la bibliografía consultada. Estas son el estrés y la gestión empresarial.

⁵¹ *Verbatim* traducido por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

5.8.1 Estrés

El estrés al que se ven sometidos los profesionales de enfermería durante su desempeño profesional es una constante reconocida por todas las enfermeras:

EE 9 (1:852)

“¿Actualmente? Cuidar, cuidamos, gracias a Dios porque es nuestro papel. Pero **cuidamos estresados**, porque muchas veces te planteas: ‘yo cuido al paciente porque es mi trabajo, pero ¿quién me cuida a mí como enfermero?’”

Este estrés no lo relacionan con un único concepto, sino que para los profesionales de enfermería coexisten varios factores que influyen en la generación de estrés o agotamiento profesional. Entre ellos se encuentran:

- El tiempo de desempeño de la profesión y la edad del profesional

EE 12 (1:633)

“Me encanta mi trabajo, pero salgo de aquí a veces muy cansada y muy estresada. Cada vez me cuesta más desconectar.”

- La carga laboral

EE 8 (1:1305)

“Intentas hacer todo lo que puedes, pero en detrimento de nuestra salud. **Sales con un estrés y un dolor de estómago**, que por suerte te gusta lo que haces. Pero yo pienso que a nosotros esto nos perjudica la salud.”⁵²

EE 26 (1: 1105)

“**El estrés y todo esto es a raíz de los timbres y la faena**, pero no por nada que el paciente te diga o te cuestione, no.

- La rutina

EE 7 (1: 1181)

“O que está quemada o que lleva mucho tiempo haciendo lo mismo. **El problema es cuando llevas mucho tiempo haciendo exactamente lo mismo**”.

EE 14 (1:1350)

“Por un lado, que sea rutinario te da una confianza porque hace que llegues al final de la tarea o que empieces, mejor dicho, la jornada, y sepas lo que tienes que hacer. Pero a veces **está bien que no sea algo tan rutinario, que se salga de las normas porque, si no, profesionalmente es un agobio.**”

⁵² *Verbatim* traducido al castellano por la investigadora, de entrevista realizada en catalán

- La organización y la implicación de la enfermera

EE 6 (1:232)

“**Falta de personal, demasiado personal nuevo, todo eso crea un estrés** porque no saben llevar... Ese día no se lleva bien la unidad. O porque ese día vienen cincuenta ingresos (...) Soy muy organizada y me gusta tenerlo todo bajo control. El problema es que, como se me descontrole algo a mí, ya me crea un poquito de estrés. Cuando se me descuadra todo un poco... Es decir, me gustaría no ser tan organizada, quizá ser un poco más relajada en ese sentido. Porque al ser tan organizada, como haya algo que se me escape ya me pongo nerviosa.”

EE 16 (1:732)

“**Yo era súper meticulosa, súper perfeccionista... y eso es una carga enorme.** Da igual si un apósito se pone un poquito torcido o si se pone derecho, la función de la vía es la misma. Pues todas las curas tenían que ser... si se hace con esto, toca con esto. Ahora no, soy un poco más flexible (...) conlleva estrés, una fatiga increíble y un cansando multiplicado por 6, sin ningún sentido”

- El clima laboral

EE 3 (1:531)

“A ver, evidentemente no vas a cambiar tu forma de trabajar [cada vez que te cambian la compañera], porque si no ya cambiarías todo, pero bueno. Evidentemente, entre trabajar a gusto y no trabajar a gusto, hay un abismo (...) Yo siempre he venido feliz y contenta a trabajar. Y **hubo una temporada que me costaba mucho venir a trabajar.** Entonces, dices, ‘¿qué mal no?’ Esto te hace sentir mal, porque si, a ver, yo pienso que tengo una posición que no tiene todo el mundo. Y es que estar trabajando en lo que a uno le gusta y en lo que quiere, no lo puede decir cualquier persona.”

- El tratar con personas

EE 7 (1:1185)

“El área donde trabajo es donde más carga hay. Nadie quiere ir a trabajar por esto. Otros llevan 10 pacientes. Nosotros llevamos 14, entonces, dices... pero bueno que no es fácil trabajar con la gente, aparte de la carga de trabajo, es que **las personas queman. Es mucha gente distinta, muchos tratos distintos. Cada persona es un mundo y es trabajar de cara al público, y eso quema.**”

Estos factores que inciden en la práctica enfermera coinciden con los detectados por Hayes, Bonner y Prior (2010) como determinantes del grado de satisfacción percibido por los profesionales de enfermería. Se considera importante incidir en ellos, puesto que, a mayor satisfacción profesional, menor estrés y, por tanto, menor posibilidad de sufrir *burnout*. Efectivamente, como consecuencia de trabajar en situación de estrés, las enfermeras coinciden en que, debido a una prolongada exposición a los factores anteriormente mencionados, se puede desembocar en un síndrome de *burnout*.

EE 18 (1:1058)

“No me gustan ciertas cosas que se podrían mejorar y no se intentan mejorar. Y eso te va cansando. Tanto como quemada, no, no llevo tantos años como para estar quemada. Pero **si esto siguiera así, a la larga sí me sentiría quemada**. Yo creo que sí.”

EE 8 (1:1306)

“Por desgracia, la gente se quema. Ojalá no fuera así, pero tengo que decir que tanto la gente mayor como la joven se quema. Yo he tenido estudiantes de enfermería con mucha capacidad, gente que tenía muchas cualidades y que cuando ven lo que hay en el hospital te dicen: ‘mira, yo preferiría trabajar en primaria.’⁵³

Las enfermeras identifican unos signos y síntomas relacionados directamente con la situación de estrés que repercuten en su estado de salud y en sus emociones:

EE 21 (1:620)

“Cuando llevo dos o tres días estresada me levanto, me siento en la cama y pienso ‘buff... tengo que ir otra vez a tal sitio, con tales pacientes o con tal situación’. Entonces vengo triste. A mí me gusta venir como vengo yo, contenta (...) Cuando veo que mi cuidado se queda corto, eso llega a angustiarme de tal manera que me interrumpe el sueño y todo.”

EE 22 (1:767)

“Sí, y me desbordo, me pongo nerviosa. Se me pone un nudo y hasta ganas de llorar y llevo años en el trabajo. Es que me entra como una pena de impotencia, de no poder llegar a todo.”

⁵³ *Verbatim* traducido por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

Estas manifestaciones somáticas referidas por las enfermeras coinciden con las características que presentan las personas afectadas de *burnout*: tristeza, angustia, nerviosismo e insomnio, entre otras (Guo, Lam, Luo, Plummer, Cross, Li, et al., 2017).

En otros casos afecta directamente sobre el paciente:

EE 7 (1:1207)

“Si no, consigues explotar de alguna manera. Te cargas y al final lo va a pagar el paciente de alguna manera, a lo mejor le das una mala contestación al pobre, que no deja de estar enfermo.”

EE 12 (1:1286)

“**Si tú te quemas, la ilusión pues ya no es la misma.** No lo puedes hacer. **No puedes dar la atención adecuada.** Hay mucha gente que se quema, que está quemada. **Se quema por no poder trabajar en base a estos valores que crees.** Porque como no se las cuida, pues se acaban quemando. Y entonces trabajas sin ilusión. Y si trabajas sin ilusión, los valores no son los mismos. Porque tú intentas hacer el trabajo bien, pues tienes que hacerlo bien porque te pagan por tu trabajo. Si no te vas a la calle, pero no lo haces por la dedicación.”

Esta relación entre valores profesionales y *burnout* ya fue demostrada por Altun (2002) y Liselotte et al. (2010). Estos encontraron una correlación negativa entre los valores profesionales y el cansancio emocional, la despersonalización y un bajo rendimiento laboral. Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente, el hecho de que los profesionales no puedan trabajar en base a los valores en los que creen les produce un sufrimiento moral que puede desembocar en *burnout* (Dalmolin, Lunardi, Lunardi, Barlem y Silveira, 2014).

Los pacientes, a su vez, también son conscientes de la carga laboral que soportan las enfermeras que los cuidan:

EP 12 (2:53)

“Las enfermeras están cansadas. Sí, pobrecitas, es que algunas... o también puede ser que tengan, es que todo el mundo tiene sus problemas, también. Y dices, pues también es natural que a veces estemos más cansados, y esto sin querer se refleja (...) Mire, mil motivos: familiares, de trabajo excesivo de aquí, el poco personal, que han de trabajar un poco más...”

EP 15 (2:128)

“Yo veo que la gente pone bondad e intenta hacerlo lo mejor posible. Es difícil, se necesitan más medios, por supuesto. Esto es así, donde hay medios, puede haber mejora. Pero tiene que haber medios materiales y humanos (...) Claro, no es lo mismo que te digan que te vas a encargar de cinco habitaciones que de tres. Porque tú en estas tres habitaciones vas a poder trabajar mucho mejor, porque vas a concentrar más tiempo de tu jornada laboral sobre estas habitaciones. Todo esto también va repercutiendo en el cansancio del profesional, porque el profesional se ve a veces incluso en situaciones complicadas: ‘¿Voy a ver a este? ¿Dejo de hacer esto porque el otro...?’ Es difícil, eh. Yo por eso pienso que es un trabajo que yo admiro.”

Las enfermeras agradecen que el paciente sea consciente de los esfuerzos que realizan para que ellos se sientan bien atendidos. Sin embargo, agradecerían sentirse respaldadas por la empresa, hecho que les ayudaría en gran medida a sobrellevar la situación:

EE 23 (1:590)

“Se debería hacer más por parte de las jefas, nos tendrían que reconocer un poco el estrés diario que acarreamos. Nos sentimos a veces muy saturadas, que a veces dices ‘es que no puedo más’, y a veces nos sentimos que no son conscientes del estrés que llevamos (...) Y te ves sola, a nivel de enfermería estás sola. En general siempre, y hablo del turno de tarde ahora, y por eso es muy importante el trabajo en equipo. Pero muchas veces no siempre esa persona, o es nueva o no ha estado en la planta, son días puntuales que dices: ‘¿Y ahora yo qué hago?’ Y ves que la carga de trabajo te sobrepasa y aquí es donde quizás necesitaríamos que alguien nos dijera: pues entiendo que estés mal... que no siempre necesitas un abrazo, a ver, que tenemos días de todo, pero que te valoren el decir otras como ‘entiendo que estás fatal, pero intentaremos...’, y eso falta.”

EE 20 (1:855)

“No te sientes acompañado... no, hay momentos que no. Echo de menos un respaldo, un apoyo [de la dirección]... o simplemente decir ‘¿qué pasó ayer, tuviste muchos ingresos o pasó algún percance...? Entonces, lo vives y ahí queda... por lo menos se preocupan.”

Esto pone de manifiesto, nuevamente, la relación positiva que existe entre el soporte que ofrecen los mandos intermedios y la disminución del estrés, por parte de las enfermeras (Hayes et al. 2010).

Entre los profesionales que más estrés soportan, se encuentran aquellos que no tienen una ubicación fija y cada día desempeñan su actividad laboral en una nueva unidad:

EE 2 (1:1153)

“Al principio es complicado porque son catorce nombres nuevos. Que a mí lo que me cuestan son los nombres, catorce nombres cada vez. Y es complicado porque son catorce veces que tienes que ganarte a esa persona en ocho o siete horas que tienes para estar con ella. A mí me da mucha rabia cuando te dicen: ‘a ti no te había visto nunca’. Como diciendo ‘tú eres nuevo’. Y, *joder*, llevo seis años trabajando en el hospital, no soy nuevo. Eso es complicado, ja, ja, tener que demostrar que no eres nuevo y sabes lo que haces.”

EE 16 (1:679)

“A primera hora de la mañana, si hace tiempo que no he estado en el servicio y no me conozco a los enfermos, es un tanto estresante. Hasta que yo no deposito los pies, me he mirado bien el parte, se lo cuento a la auxiliar y he sacado la medicación y he hecho una primera toma de contacto con el enfermo, estoy bastante nerviosa. Nerviosa entre comillas, preocupada diría yo.”

5.8.2 Gestión empresarial

Las enfermeras identifican la gestión llevada a cabo por la empresa como la mayor responsable de regular la práctica del cuidado, resultando un facilitador o un limitador, en función de los resultados obtenidos.

Determinadas acciones son percibidas como beneficiosas para una práctica basada en valores profesionales de enfermería, siendo el acompañamiento de supervisión una de las acciones que más valoran las enfermeras desde la gestión empresarial, que como ya se ha constatado anteriormente, repercute de modo positivo en la calidad del cuidado:

EE 15 (1:1339)

“Pienso que tiene que haber, como antes había, la figura de la supervisora, que a mí me parece fundamental. No porque seamos niños y nos tengan que ir detrás. Pero pienso que sí tiene que haber un mayor control de las funciones, porque a veces las cosas no funcionan al cien por cien y la gente necesita que a veces se

le diga que se está equivocando en algo. Entonces una persona más preparada y más capacitada, que esté un poco detrás, que conozca bien a los miembros de cada equipo, cómo funcionan, cuáles son sus puntos fuertes y débiles. Que también sepa realzar sus valores, que también se necesita. Yo echo de menos esto, y ya te digo que tengo mucha suerte porque tengo una jefa que viene cada día y se preocupa, pero como lleva doscientas mil cosas, tampoco puede estar con nosotras.”⁵⁴

Sin embargo, la mayoría de profesionales tiene una visión negativa de la gestión que realiza la institución. Únicamente identifican aspectos limitadores, todos ellos relacionados con la satisfacción del personal y la calidad del cuidado. Los más usuales que destacan las enfermeras, son:

- Excesiva rotación de personal en las unidades de hospitalización, impidiendo a su vez la estabilidad de los equipos de trabajo:

EE 21 (1:632)

“Me gustaría hacer más grupos de compañeros, como yo voy para arriba y para abajo no tienes compañeros estables... aquí me da la sensación de que se intentan romper grupos, que no todo el mundo vaya con todo el mundo. Que eso a veces está bien, pero no sé si une o desune más, así.”

EE 6 (1:191)

“Los cambios de personal, continuamente. Todo eso te frena, a la hora de hacer cuidados. El cambiar cada día de unidad, cambiar de equipo, material que falta. No sé, te crea como esa ansiedad, esa inquietud que dices: ‘¿Dónde voy a ir hoy? ¿Con quién voy a estar? A ver qué me toca hacer hoy, a quién tengo que llamar’. Todo eso, no es que te cree inseguridad, pero te crea esa inquietud interna que dices ‘no sé si voy a estar bien’.”

- Ausencia de apoyo y cuidado de la empresa hacia sus trabajadores

EE 20 (1:895)

“Era una familia bastante importante y se sintieron como mal atendidos. Incluso yo la quería denunciar porque me estaba amenazando en mi puesto de trabajo y no tuve apoyo para nada. No. Yo formalicé una carta con todos los hechos, fui a hablar con la directora de enfermería, y me dijo que si necesitaba unos días de descanso. Yo no necesitaba unos días de descanso, yo venía a trabajar y no

⁵⁴ *Verbatim* traducida por la investigadora, de entrevista realizada en catalán

tengo por qué solicitar unos días de descanso fuera de mi periodo vacacional, cuando yo no tengo la culpa de nada... no, yo necesito que me ayudéis porque si a mí me están amenazando en mi puesto de trabajo, espero que haya una respuesta por parte de la institución.”

EE 23 (1:591)

“En según qué turno tienes que buscarte la vida solo a nivel de profesional, porque muchas veces por los gestores que haya, o por la tarde, el tema de la tarde, están muy desvinculados. Yo soy de tarde, y el tema de la tarde... no tenemos secretaria, cuando por ejemplo tienes que mandar analítica, tienes que ir a buscar sangre y lo tienen que hacer las auxiliares y es un trabajo extra que según qué profesional esté contigo el trabajo mejora, y según con quién empeora. Y te ves sola, a nivel de enfermería estás sola.”

- Falta de valoración de la empresa hacia los trabajadores.

EE 10 (1:310)

“Hacemos muchas... lo que son a nivel de reuniones... no es que hagamos... Sí que cuando hay un problema intentamos, a lo mejor, quedar todos para exponer ese problema a lo que son los mandos y demás, pero aquello en plan rutinario, una quedada para poner en común puntos o tal, no es el caso. Solo hacemos eso, cuando hay algo, algún problema que queramos exponer entre todas, nos reunimos y lo hablamos.”

EE 20 (1:858)

“Entre nosotros, del mismo rango de profesional de enfermeros, sí que nos cuidamos, pero falta la parte de gestión o supervisión... que somos un número para ellos. O sea, si no vienes a trabajar, pues bueno, pongo a otro. Si mañana no vienes no te preguntan qué te ha pasado o qué no te ha pasado... pero es eso, es el respaldo de los de arriba, a veces.”

- Exceso de burocracia

EE 3 (1:475)

“Yo muchas veces me quejo y digo: ‘a ver, es que hay veces que estoy dos horas haciendo trabajo administrativo y yo no quiero esto’. Yo quiero esas dos horas que yo pierdo de mi trabajo a administración, yo quiero estar con el enfermo.”

EE 7 (1:1200)

“Si redujéramos el tiempo de burocracia de alguna manera, tendría más tiempo para él. Podría estar tranquilamente mirando las vías, el tratamiento, los sueros, preguntarle cómo está más veces, si me tiene que contar una historia darle tiempo para que me cuente la historia.”

- Exceso de carga laboral

EE 5 (1: 460)

“Es que todo es lo mismo, las cargas de trabajo. Porque ellos [la dirección de enfermería] igual no lo relacionan, no sé si acaban de entender que contra más faena tenemos, que dejen una auxiliar una mañana, acaba afectando a la enfermera, al paciente a todos. A veces, piensas ‘¿qué valor quieren?, ¿cómo valoran ellos lo que nosotros hacemos?, ¿cómo quieren que trabajemos?’”

EE 15 (1:1308)

“Me encanta lo que hago, pero reconozco que a veces estoy tan saturada que los pacientes me dan mucha pena. Pena, porque veo que no les damos todo lo que les tendríamos que dar. Son gente que se lo merece, se lo merecen los jóvenes y se lo merecen los mayores.”⁵⁵

Hay que recordar que son percepciones que tienen las enfermeras acerca de la gestión que se realiza en las instituciones. Con la finalidad de comprender este fenómeno de insatisfacción por parte de los profesionales, se considera necesario realizar un estudio desde la perspectiva de la institución, de modo que permita valorar las gestiones que se llevan a cabo desde las direcciones institucionales con el objetivo de minimizar la percepción negativa que de ella tienen los trabajadores.

Sin embargo, los pacientes difieren de los profesionales respecto a la percepción de la gestión del cuidado, ya que, en general, se sienten satisfechos con el cuidado recibido:

EP 13 (2: 392)

“Lo que trabajan, lo trabajan bien, realmente. O sea, el trabajo lo hacen bien y con rigor. No hacen las cosas así de cualquier manera, no, no, lo hacen bien. Pero yo las veo y dices, con las palicitas que somos los enfermos, las pocas chicas que están, las pobres pues no pueden dedicarlo.”

⁵⁵ *Verbatim* traducido por la investigadora, de entrevista realizada en catalán.

EP 6 (2:8)

“Yo no creo que, después de todo lo que me han ofrecido, pueda haber más. Yo creo que se han volcado conmigo todas, a cambio de nada, porque cuando estás aquí y entras, estás que no estás por tonterías. Y entonces ellas siempre han estado allí animándote y dándote todo lo que han podido de ellas.”

Como contrapartida, sí muestran un descontento hacia la alta rotación de personal con que se encuentran habitualmente, y esto genera que tengan en menos consideración el perfil profesional de estas enfermeras, creando incluso les crea confusión acerca de su categoría profesional:

EP 7 (2: 33)

“Enfermeras de primera, hay unas cuantas. Después, de segundo grado hay un montón, pero es porque no están fijadas, las van cambiando, entonces no les da tiempo.”

EP 14 (2:409)

“Pasan por aquí demasiadas enfermeras. Son agradables, pero ves tantas, que ya no sabes quiénes son, si es la enfermera o si son las que mandan o las que trabajan.”⁵⁶

Así mismo, las enfermeras están seguras de que un acercamiento de la dirección de enfermería a la realidad laboral del día a día proporcionaría una mejora de la gestión, así como una mayor implicación por parte de los profesionales con la institución.

EE 17 (1:990)

“Yo creo que mejorarían muchas cosas, sí, si la jefa de enfermería un día se pasa por la planta y ve cómo trabajamos, lo que hacemos, habla con el paciente. ‘¿Cómo te tratan y cómo estás?’ Al final también cuesta poco cambiar las cosas”

EE 7 (1:1224)

“Si la empresa nos reconociese el trabajo que hacemos, yo creo que le haríamos más favores a la empresa.”

Como resumen de esta dimensión, cabe destacar la relevancia que tiene la gestión de las emociones y de las instituciones sanitarias en la percepción del cuidado tanto de la perspectiva del paciente como de la enfermera, así como la repercusión que tiene en la

⁵⁶ *Verbatim* traducido por la investigadora de entrevista realizada en catalán.

salud de los profesionales de enfermería la gestión que se lleva a cabo desde las direcciones de enfermería.

A modo de conclusión general, se puede afirmar que existe una falta de conceptualización acerca de los valores profesionales, al mismo tiempo que hay una falta de conciencia en la aplicación de estos durante la práctica del cuidado, aunque de modo involuntario.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tomando como referencia los objetivos planteados en el diseño de la investigación, se va a proceder a enumerar las conclusiones que han emergido de este trabajo de tesis:

- Las enfermeras asocian a la práctica del cuidado unos valores. Sin embargo, no poseen los conocimientos necesarios para definirlos, aunque sí son capaces de identificar aquellas actitudes y comportamientos asociados a éstos y que le confieren el carácter ético a la profesión.
- A pesar de que los profesionales de enfermería son conscientes de que los valores se deben llevar a la práctica para ofrecer un cuidado de calidad, aluden a causas ajenas a ellas, como la carga laboral, el tiempo y la falta de recursos, como motivos principales de su desuso. Sin embargo, a través de la observación realizada, se ha podido constatar que, en gran medida, el incumplimiento de la práctica de los valores se debe a la falta de conciencia sobre los mismos y a la consecuente conversión de la práctica en mera rutina.
- Se identifica una necesidad de coherencia entre los valores profesionales y la práctica del cuidado para salvaguardar un cuidado de calidad y la autoestima profesional. Es necesaria la colaboración de la institución sanitaria para alinear la misión de ésta con los valores profesionales en la enfermería.
- El valor de la dignidad humana constituye la base del resto de los valores esenciales de la práctica enfermera.
- Se aprecia un esfuerzo por parte de las enfermeras por respetar los valores de la profesión. No obstante, según los comportamientos descritos por la AACN, son especialmente susceptibles de mejora el valor de la dignidad humana y el de la integridad.
- A pesar de la necesidad de introducir mejoras en la calidad del cuidado, se ha percibido un alto nivel de satisfacción de los pacientes en relación con los cuidados de enfermería recibidos.
- Se ha identificado el estilo de gobernanza economicista como el principal limitador de una práctica basada en valores.

- Los pacientes valoran por igual el trato que reciben de las enfermeras y los conocimientos que éstas poseen. No obstante, consideran que el buen trato constituye el valor diferencial de la práctica enfermera.
- Aparece un sentimiento de solidaridad del paciente hacia la enfermera, al ser consciente de la carga laboral que ésta soporta, que justifica la ausencia de la enfermera a pie de cama. Esta falta de acompañamiento no disminuye la percepción de cuidado por parte de los pacientes.

Como conclusión final se afirma que, como consecuencia de la falta de conceptualización de los valores y la falta de conciencia de su aplicación por parte de los profesionales de enfermería, así como de la necesidad de aprender y practicar los valores para evitar que caigan en desuso, resulta necesaria una actualización constante acerca de la práctica de estos más allá de los estudios universitarios.

A lo largo del desarrollo de esta tesis han ido surgiendo ideas que abren **futuras líneas de investigación**, todas ellas encaminadas a profundizar o ampliar el estudio de los valores profesionales de enfermería. Dichas líneas se exponen a continuación:

- Elaboración y aplicación de una intervención educativa basada en los valores profesionales de enfermería y estudio de su impacto en la práctica.
- Realización de una investigación para medir el grado de cuidado humanizado percibido por los pacientes, utilizando la escala de Watson.
- Profundizar en las dimensiones emergentes de esta tesis, ya que el volumen de datos ha sido tan amplio que no se han podido abarcar completamente.
- Estudio longitudinal para medir la evolución de los valores desde el inicio de los estudios de enfermería hasta los dos años posteriores de la finalización del grado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abegg, C., Croucher, R., Marcenes, W.S., y Sheiham, A. (2000). *How Do Routines of Daily Activities and Flexibility of Daily Activities Affect Tooth-cleaning Behavior?* Journal of public health dentistry, 60 (3), 154-158.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., y McHugh, M. D. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.* The Lancet, 383 (9931), 1824-1830.

Akin, S., y Erdogan, S. (2007). *The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients.* Journal of clinical nursing, 16 (4), 646-653.

Almeida Silvia, L.F, Lima, M.G, y Fleury Seidl, E.M. (2017). *Bioethical conflicts: in physiotherapy home care for terminal patients.* Revista Bioética, 25 (1), 148-157.

Altun, I. (2002). *Burnout and nurses' personal and professional values.* Nursing Ethics, 9 (3), 269-278.

American Association of Colleges of Nursing (1986). *Essentials of colleges and university education for professional nursing.* Washington DC: American College of Nursing.

American Association of Colleges of Nursing (1998). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice.* Washington DC: American College of Nursing.

American Association of Colleges of Nursing (2008). *Essentials of baccalaureate nursing education for professional nursing practice.* Washington DC: p. 27-28.

American Nurses Association (2001). *Code of nurses with interpretative statements.* Washington: American Nurses publishing.

American Nurses Association (2005). *Incivility, Bullying, and Workplace Violence.* [consultado el 24 febrero 2014] disponible en <http://www.nursingworld.org/Bullying-Workplace-Violence>

American Nurses Association. (2008). *Guide to the code of ethics for nurses: Interpretation and application.* Silver Spring, MD: Nursebooks.org.

- Arenas, N.M. (2006). *El cuidado como manifestación de la condición humana*. *Salus*, 10 (1), 19-26.
- Arnold, E.C., y Boggs, K.U. (2015). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*. Elsevier Health Sciences.
- Arone, E.M., y Cunha, I.C.K.O. (2007). *Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência*. *Revista Brasileira de enfermagem*, 60 (6), 721-723.
- Arredondo-González, C.P., y Siles-González, J. (2009). *Tecnología y Humanización de los Cuidados: una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. *Index de enfermería*, 18(1), 32-36.
- Avellaneda Garcia, P. (2009). *La investigación cualitativa en el estudio de las relaciones entre movilidad cotidiana y pobreza en el contexto latinoamericano: un caso aplicado en la Lima metropolitana*. *Documents d'anàlisi geogràfica*, (55), 057-76.
- Backes, D.S., Lunardi, V.L., y Lunardi, W.D. (2006). *A humanização hospitalar como expressão da ética*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (1), 132-135.
- Bäck, E., y Wikblad, K. (1998). Privacy in hospital. *Journal of advanced nursing*, 27 (5), 940-945.
- Badcott, D. (2011). *Professional values: introduction to the theme*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14: 185-186.
- Baillie, L. (2009). *Patient dignity in an acute hospital setting: a case study*. *International journal of nursing studies*, 46 (1), 23-37.
- Bandura, A. (1995). *Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26 (3), 179-190.
- Bao, Y., Vedina, R., Moodie, S., y Dolan, S. (2013). *The relationship between value incongruence and individual and organizational well-being outcomes: an exploratory study among Catalan nurses*. *Journal of advanced nursing*, 69 (3), 631-641.
- Bardallo Porras, M.D. (2010). *Entre la Enseñanza y el Aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir*. Tesis Doctoral inédita. Investigación en Didáctica, Formación y Evaluación Educativa de la Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía.

- Basurto Hoyuelos, S., Fraile, C.L., Weis, D., Urien, E.D.L., Elsdén, C.A., y Schank, M.J. (2010). *Nursing professional values: validation of a scale in a Spanish context*. *Nurse Education Today*, 30 (2), 107-112.
- Berry, P.A., Gillespie, G.L., Gates, D., y Schafer, J. (2012). *Novice nurse productivity following workplace bullying*. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 80-87.
- Blais, K.K., Hayes, J.S., Kozier, B., y Erb, G. (2006). *Professional nursing practice: concepts and perspectives*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Brera, G. (3 de septiembre de 2004). *La Contra: La medicina centrada en la persona*. Barcelona: La Vanguardia.
- Brewer, B.B., y Watson, J. (2015). *Evaluation of authentic human caring professional practices*. *Journal of Nursing Administration*, 45 (12), 622-627.
- Brycz, H. (2011). *Perception accuracy of biases in self and in others*. *Psychology Research*, 1 (3), 203-215
- Brown, S.S., Lindell, D.F., Dolansky, M.A., y Garber, J.S. (2015). *Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians*. *Nursing ethics*, 22 (2), 205-216.
- Bond, A.E., Mandelco, B., y Warnick, M.L. (2004). *At the heart of nursing: stories reflect the professional values in AACN's essentials document*. *Nurse Educator*, 29 (2), 84-88.
- Bouisson, J., y Swendsen, J. (2003). *Routinization and emotional well-being: an experience sampling investigation in an elderly French sample*. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58 (5), 280-282.
- Burhans, L.M., Alligood, M.R. (2010) *Quality nursing care in the words of nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (8):1689–97. 23.
- Calderón, C. (2002). *Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario*. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 473-482.
- Campos Pavone Zoboli, E.L., y Schweitzer, M.C. (2013). *Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis*. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21 (3), 695-703.
- Cano, A., y del Carmen, M. (2004). *El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas*. *Revista Cubana de Enfermería*, 20 (1), 1.

Cañadas Núñez, F. (2005). *Humanizar la tecnología: la asignatura enfermera*. *Índex de Enfermeria*, 14 (48-49), 69-70.

Cara, C. (2003). *A pragmatic view of Jean Watson's caring theory*. *International Journal for Human Caring*, 7 (3), 51-61.

Carbelo Baquero, B., Romero Llorca, M., Casas Martínez, F., Ruiz Ureña, T., y Rodríguez de la Parra, S. (1997). *El cuidado desde una perspectiva psicosocial. Cultura de los cuidados*: *Revista de enfermería y humanidades*, 1 (2), 54-59.

Caricati, L., La Sala, R., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A. et al. (2014). *Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses*. *Journal of nursing management*, 22 (8), 984-994.

Carper, B.A. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in nursing science*, 1 (1), 13-24.

Castañeda Valencia, C.R., Orozco Giraldo, M.J., y Rincón Mancera, G.P. (2015). "Empoderamiento", Una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. *Hacia la promoción de la salud*, 20 (1), 13-34.

Castro Solano, A., y Nader, M. (2006). *La evaluación de los valores humanos con el Portrait Values Questionnaire de Schwartz*. *Interdisciplinaria*, 23 (2), 155-174.

Cheng, F., Meng, A.F., y Jin, T. (2015). *Correlation between burnout and professional value in Chinese oncology nurses: A questionnaire survey*. *International Journal of Nursing Sciences*, 2 (2), 153-157.

Childs, A. (2006). *The complex gastrointestinal patient and Jean Watson's Theory of Caring in nutrition support*. *Gastroenterology Nursing*, 29 (4), 283-288.

Clark, C.S. (2016). *Watson's Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators*. *Humanities*, 5 (2), 21.

Coates, C.J. (1997). *The caring efficacy scale: Nurses' self-reports of caring in practice settings*. *Essential Readings in Holistic Nursing*, 24.

Coetzee, S.K., Klopper, H.C. (2001). *Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis*: *Nursing & Health Sciences*, 12 (2): 235-243.

Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: interamericana-McGraw-Hill.

- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería. (1988). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2005). *Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra: CIE
- Cragg, C.E., Plotnikoff, R.C., Hugo, K., y Casey, A. (2001). *Perspective Transformation in RN-to-BSN Distance Education*. *Journal of nursing education*, 40 (7), 317-22.
- Crawford, P., Gilbert, P., Gilbert, J., Gale, C., y Harvey, K. (2013). *The language of compassion in acute mental health care*. *Qualitative Health Research*, 23, 719-727.
- Bruce, S.M., Conaglen, H.M., y Conaglen, J.V. (2005). *Burnout in physicians: a case for peer-support*. *Internal medicine journal*, 35 (5), 272-278.
- Corley, M.C. (2002). *Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda*. *Nursing ethics*, 9 (6), 636-650.
- Dalmolin, G.D.L., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Barlem, E.L.D., y Silveira, R.S.D. (2014). *Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?* *Revista latino-americana de enfermagem*, 22 (1), 35-42.
- Daza de Caballero, R., Torres Pique, A.M., y Prieto de Romano, G.I. (2005). *Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto*. *Index de Enfermería*, 14 (48-49), 18-22.
- Day, L. (2007). *Courage as a virtue necessary to good nursing practice*. *American Journal of Critical Care*, 16 (6), 613-616.
- Denzin, N.K., y Lincoln, Y.S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London, Inglaterra: Sage.
- Díaz Flores, M., Castro Ricalde, D.M., y Cuevas Jaimes, B.L. (2012). *Valores profesionales de enfermería: una mirada hacia la formación en la Educación Superior*. *Humanidades Médicas*, 12 (2), 289-299.
- Downey, L., y Lloyd, H. (2008). *Bed bathing patients in hospital*. *Nursing Standard*, 22 (34), 35-40.

Dunn, W. W. (2000). *Habit: What's the brain got to do with it?*. The Occupational Therapy Journal of Research, 20(1_suppl), 6S-20S.

Ercilla, M.A., y Tejada, N.B. (1999). *La educación en valores: una propuesta pedagógica para la formación profesional*. Pedagogía Universitaria, 4(3).

Erickson, F. (1989). *Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza*. La investigación de la enseñanza, 2, 195-301.

Errasti-Ibarrondo, B., Martínez García, M., Carvajal Varcárcel, A., y Arantzamendi Solabarrieta, M. (2014). *Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida*. Cuadernos de bioética, 25(84), 243-256.

Fahrenwald, N. L., Bassett, S. D., Tschetter, L., Carson, P. P., White, L., y Winterboer, V. J. (2005). *Teaching core nursing values*. Journal of Professional Nursing, 21(1), 46-51.

Fajardo Trasobares, M.E., y German Bes, C. (2004). *Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles*. Index de Enfermería XII (46), 9-12

Falcó Pegueroles, A. (2005). *Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería*. Enfermería Clínica, 15 (5), 287-290.

Falcó Pegueroles, A., y Tomás-Sábado, J. (2004). *La formación en valores profesionales de los estudiantes de enfermería*. Bioética & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica, (37), 101-102.

Fetzer, S.J. (2003). *Professionalism of associate degree nurses: the role of self-actualization*. Nursing Education Perspectives, 24 (3), 139-143.

Fernandes, B.M. (1998). *A enfermeira no olhar das clientes: representações da sua prática profissional* (Doctoral dissertation, Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.). En Kemmer, L.F., y Paes da Silva. (2007). *La visibilidad del enfermero según la percepción de los profesionales de comunicación*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15 (2), 191-198.

Ferré-Grau, C., Rodero Sánchez, V., Cid Buera, D., y Vives Relats, C. (2008). *El relato de la experiencia depresiva: Aplicando los factores cuidados de Jean Watson*. Index de Enfermería, 17 (1), 22-24.

- Findik, U.Y., Unsar, S., y Sut, N. (2010). *Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics*. *Nursing & Health Sciences*, 12 (2), 162-169.
- Fontana, A., y Frey, J. (2005). *The interview: From neutral stance to political involvement*. In *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 695–727). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Foster, C., Bowers, L., y Nijman, H. (2007). *Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management*. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (2), 140-149.
- Freudenberger, H.J. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of psychoactive drugs*, 18 (3), 247-251.
- Fröjd, C., Swenne, C.L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., y Wadensten, B. (2011). *Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care*. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 226-236.
- Fronzizi, R. (1972). *Valor, estructura y situación*. *Dianoia: Anuario de Filosofía*, 18, 78-102.
- Gallagher, A. (2004). *Dignity and respect for dignity-two key health professional values: implications for nursing practice*. *Nursing ethics*, 11(6), 587-599.
- Gallagher, A. (2011). *Moral distress and moral courage in everyday nursing practice*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (2).
- Gallagher, A. (2016). *What counts as 'ethics education'?* *Nursing Ethics*, 23(2), 131.
- Galvin, K. y Todres, L. (2013). *Caring and Well-Being: a Lifeworld Approach*. London: Routledge.
- García Hernández, M.L., Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A., Hernández Ortega, Y., y Salvador Martínez, C. (2011). *Emerging concept construction: professional nursing care*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20: 74-80.
- García Martín-Caro, C., y Martínez Martín, M.L. (2001). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Elsevier.
- Garfinkel, H. (1967) *Studies in ethnomethodology*. Prentice Hall.

- Garrido Galindo, A., Camargo Caicedo, Y., y Vélez-Pereira, A.M. (2016). *Nivel de ruido en unidades de cuidado intensivo de un hospital público universitario en Santa Marta (Colombia)*. *Medicina Intensiva*, 40 (7), 403-410.
- Garvin, B. J. (1976). *Values of male nursing students*. *Nursing Research*, 25(5), 352-357.
- Garvin, B.J., y Boyle, K.K. (1985). *Values of entering nursing students: changes over 10 years*. *Research in Nursing & Health*, 8 (3), 235-241.
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. 1967. Chicago: Aldine
- Glen, S. (1999). *Educating for interprofessional collaboration: teaching about values*. *Nursing Ethics*, 6 (3), 202-13.
- Goetz, J.P., y LeCompte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata.
- Gómez Ramírez, O.J., Daza, L.A, y Zambrano Caro, V. M. (2008). *Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional*. *Avances de enfermería*, 26 (1), 85-89.
- González-Valentín, M.A., Padín López, S., y de Ramón Garrido, E. (2005). *Satisfacción del paciente con la atención de enfermería*. *Enfermería clínica*, 15 (3), 147-55.
- Gracia, D. (2013). *Construyendo valores*. Madrid: Triacastela.
- Guo, Y., Lam, L., Luo, Y., Plummer, V., Cross, W., Li, H., y Zhang, J. (2017). *Female nurses' burnout symptoms: No association with the Hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis*. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 47-50.
- Haigh, C.A. (2010). *Reconstructing nursing altruism using a biological evolutionary framework*. *Journal of advanced nursing*, 66 (6), 1401-1408.
- Haigh, C., y Johnson, M. (2007). *Attitudes and values of nurse educators: an international survey*. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4 (1).
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Hawkins, S.F., y Morse, J. (2014). *The praxis of courage as a foundation for care*. *Journal of Nursing Scholarship*, 46 (4), 263-270.

Hayes, B., Bonner, A., y Pryor, J. (2010). *Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature*. *Journal of Nursing Management*, 18 (7), 804-814.

Heijkenskjöld, K.B., Ekstedt, M., y Lindwall, L. (2010). *The patient's dignity from the nurse's perspective*. *Nursing ethics*, 17 (3), 313-324.

Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M., van den Berg, B., y Kool, R.B. (2009). *Patient satisfaction revisited: a multilevel approach*. *Social science & medicine*, 69 (1), 68-75.

Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. España: Interamericana McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores.

Hospital Ibáñez, M.L., y Guallart Calvo, R. (2004). *Humanización y tecnología sanitaria: ante el proceso final de la vida*. *Index de Enfermería*, 13 (46), 49-53.

Jacobson, N. (2007). *Dignity and health: a review*. *Social Science & Medicine*, 64 (2), 292-302.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984. 331.

Jameton, A. (1993). *Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing Practice*. *Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing* 1993; 4 (4): 542-551.

Jaspers, K (1989). *Introducción a la filosofía*. Barcelona: Círculo de Lectores (p. 59). en Torralba, F. *Hacia una Antropología de la vulnerabilidad*. Barcelona: Forma: revista d'estudis comparatius. Art, literatura, pensament, 2010.

John, O.P., y Robins, R.W. (1994). *Accuracy and bias in self-perception: individual differences in self-enhancement and the role of narcissism*. *Journal of personality and social psychology*, 66 (1), 206.

Johnstone, M.J. (2011). *Nursing and justice as a basic human need*. *Nursing Philosophy*, 12 (1), 34-44.

Joinson, C. (1992). *Coping with compassion fatigue*. Nursing 22 (4), 116, 118-119, 120

Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Kidder, D.L. (2005). *Is it 'who I am', 'what I can get away with', or 'what you've done to me'? A Multi-theory Examination of Employee Misconduct*. Journal of Business Ethics, 57 (4), 389-398.

Kim, H.J., y Choi, H.J. (2012). *Emergency nurses' professional quality of life: compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress*. Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 18 (3), 320-328.

Kramer M. (1967) *Comparative study of characteristics, attitudes and opinions of neophyte British and American nurses*. International Journal of Nursing Studies 4, 281–294.

Kret, D.D. (2011). *The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients*. Medsurg Nursing, 20 (1), 29.

Lachman, V.D. (2007). *Moral courage: a virtue in need of development?* Medsurg Nursing, 16 (2), 131.

Lachman, V.D. (2010). *Strategies Necessary for Moral Courage*. Online Journal of Issues in Nursing, 15 (3).

Lachman, V.D., Murray, J.S., Iseminger, K., y Ganske, K. M. (2012). *Doing the right thing: Pathways to moral courage*. American Nurse Today, 7 (5), 24-29.

Larson, E.A., y Zemke, R. (2003). *Shaping the Temporal Patterns of our Lives: The Social Coordination of Occupation*. Journal of Occupational Science, 10(2), 80-89.

Leininger, M. (1991). *Transcultural care principles, human rights, and ethical considerations*. Journal of Transcultural Nursing, 3 (1), 21-3.

Leners, D.W., Roehrs, C., y Piccone, A.V. (2006). *Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students*. The Journal of nursing education, 45 (12), 504-11.

Lescaille Taquechel, M. (2006). *Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad*. Revista cubana de enfermería, 22 (1).

- Lin, Y.H., Wang, L. S., Yarbrough, S., Alfred, D., y Martin, P. (2010). *Changes in Taiwanese nursing student values during the educational experience*. *Nursing Ethics*, 17 (5), 646-54.
- Lin, Y.P., Watson, R., y Tsai, Y.F. (2013). *Dignity in care in the clinical setting: A narrative review*. *Nursing ethics*, 20 (2), 168-177.
- Lindh, I.B., Barbosa da Silva, A., Berg, A., y Severinsson, E. (2010). *Courage and nursing practice: A theoretical analysis*. *Nursing Ethics*, 17 (5), 551-565.
- Lincoln, Y.S., y Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*, 75.
- Liselotte, N., Massie F., Eacker, A et. al (2010). *Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students*. *Jama*, 304 (11), 1173-1180.
- Lombardo, B., y Eyre, C. (2011). *Compassion fatigue: A nurse's primer*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1), 1-1.
- López-Pereira, A., y Arango-Bayer, G. (2017). *Professional values of nurse lecturers at three universities in Colombia*. *Nursing ethics*, 24 (2), 198-208.
- Lothian, K., y Philp, I. (2001). *Care of older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting*. *BMJ: British Medical Journal*, 322 (7287), 668.
- Lui, M.H., Lam, L.W., Lee, I.F., Chien, W.T., Chau, J.P., y Ip, W.Y. (2008). *Professional nursing values among baccalaureate nursing students in Hong Kong*. *Nurse Education Today*, 28 (1), 108-114.
- McAndrew, N.S., Leske, J.S., y Garcia, A. (2011). *Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care*. *Journal of Trauma Nursing*, 18 (4), 221-230.
- Maciá Soler, L. (2014). *Gestión clínica*. Elsevier España.
- Mann, J. (1998). *Dignity and health: The UDHR's revolutionary first article*. *Health and Human Rights*, 2 (3), 30-38.
- Marín, H. (2011). *Teoría de la cordura y de los hábitos del corazón*. Valencia: Pre-textos.
- Marin Ibáñez, R. (1976). *Valores, objetivos y actitudes en educación*. Información general. Valladolid: Miñón D.L.

Marriner Tomey, A., y Alligood, M.R (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ª edición). España: Elsevier.

Martin, P., Yarbrough, S., y Alfred, D. (2003). *Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students*. Journal of Nursing Scholarship, 35 (3), 291-6.

Martins, J.B. (2008). *Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano*. Revista de enfermería. UERJ, 16(2), 276-81.

Matiti, M. R., & Trorey, G. M. (2008). *Patients' expectations of the maintenance of their dignity*. Journal of clinical nursing, 17 (20), 2709-2717.

Matwick, A.L., y Woodgate, R. L. (2016). *Social Justice: A Concept Analysis*. Public Health Nursing.

Medina, J.L. (1999). *La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes.

Medina, J.L. (2005) *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i edicions de la universitat de Barcelona.

Miller, R. (2005). *Moral courage: Definition and development*. Retrieved December, 20, 2009.

Mira, J.J., Galdón, M., García, E.I., Velasco, M.V., Lorenzo, S., Vitaller, J. y Buil, J.A. (1999). *¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi*. Revista Calidad Asistencial, 14. 165-77.

Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., y Llorca, E. (2002). *Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria*. Revista de Calidad Asistencial, 17 (5), 273-283.

Morse, J.M., Bottorff, J., Neander, W., y Solberg, S. (1991). *Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring*. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 23 (2), 119-126.

Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., y Watson, P. (1998). *Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature*. Health Technology Assessment, 2 (16), 1-274

Murray, J.S. (2010). *Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk*. Online Journal of Issues in Nursing, 15 (3).

Mylykoski, H. (2011). *Social justice: who cares?* Alberta RN, 67 (4), 28.

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., y Scheffer, C. (2011). *Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents*. Academic medicine, 86 (8), 996-1009.

Numminen, O., Repo, H., y Leino-Kilpi, H. (2016). *Moral courage in nursing: A concept analysis*. Nursing ethics, 0969733016634155.

Nyberg, J. (1990). *The effects of care and economics on nursing practice*. Journal of Nursing Administration, 20 (5), 13-18.

O'Connell, B., Young, J., y Twigg, D. (1999). *Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum*. International Journal of Nursing Practice, 5 (2), 72-7.

Oh, Y., y Gastmans, C. (2015). *Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review*. Nursing ethics, 22 (1), 15-31.

Olivé Ferrer, M.C., Isla Pera, M.P. (2015). *El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros*. Revista Enfermagem, 38 (2), 123-128.

Palacio Lapuente, F., Marquet Palomer, R., Oliver Esteve, A., Castro Guardiola, P., Bel Reverter, M., y Piñol Moreso, J.L. (2003). *Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo*. Atención primaria, 31 (5), 307-314.

Papadopoulos, I., y Ali, S. (2016). *Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review*. Nurse education in practice, 16 (1), 133-139.

Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Beverly Hills (CA): Sage.

Peter, E. (2015). *Guest editorial: Three recommendations for the future of moral distress scholarship*. Nurs Ethics, 22 (1), 3-4.

Poblete Troncoso, M.,Valenzuela Suazo, S. (2007). *Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*. Acta Paul Enferm, 20 (4), 499-503.

- Pols, J. (2013). *Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care*. Nursing philosophy, 14 (3), 186-200.
- Pronin, E. (2007). *Perception and misperception of bias in human judgment*. Trends in cognitive sciences, 11 (1), 37-43.
- Pronin, E. (2008). *How we see ourselves and how we see others*. Science, 320 (5880), 1177-1180.
- Pronin, E., Gilovich, T., y Ross, L. (2004). *Objectivity in the eye of the beholder: divergent perceptions of bias in self versus others*. Psychological review, 111 (3), 781.
- Raatikainen, R. (1989). *Values and ethical principles in nursing*. Journal of Advanced Nursing, 14 (2), 92-96.
- Ramió Jofre, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions.
- Rassin, M. (2008). *Nurses' professional and personal values*. Nursing Ethics, 15 (5), 614-30.
- Reich, J.W., y Zautra, A.J. (1991). *Analyzing the trait of routinization in older adults*. The International Journal of Aging and Human Development, 32 (3), 161-180.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: U.S. Free Press.
- Romero Massa, E., Méndez, C., Maria, I., y Moncada Serrano, A. (2016). *Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización del paciente*. Hacia la Promoción de la Salud, 21 (1), 26-36.
- Rubio Domínguez, S. (2008). *Principios y valores que guían el ejercicio del personal de enfermería*. Revista CONAMED, 13 (1), 22-26.
- Rutty, J.E. (1998). *The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism*. Journal of advanced nursing, 28 (2), 243-250.
- Sabatino, L., Kangasniemi, M.K., Rocco, G., Alvaro, R., y Stievano, A. (2016). *Nurses' perceptions of professional dignity in hospital settings*. Nursing ethics, 23 (3), 277-293.
- Sadooghiasl, A., Parvizy, S., y Ebadi, A. (2016). *Concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model*. Nursing ethics, 0969733016638146.

- Scammell, J., y Tait, D. (2014). *Using humanising values to support care*. Nursing times, 110 (15), 16.
- Schmidt, B.J. (2016). *Core professional nursing values of baccalaureate nursing students who are men*. Nursing ethics, 23 (6), 674-684.
- Shih, F. J., Lin, Y. S., Smith, M. C., Liou, Y. M., Chiang, H. H., Lee, S. H., y Gau, M. L. (2009). *Perspectives on professional values among nurses in Taiwan*. Journal of clinical nursing, 18 (10), 1480-89.
- Shaw, H.K., y Degazon, C. (2008). *Integrating the core professional values of nursing: a profession, not just a career*. Journal of cultural diversity, 15 (1), 44.
- Schwartz, S.H. (1996). *Applying of theory of integrated value systems: Value priorities and behavior*. In The psychology of values: The Ontario Symposium, 8, 1-24.
- Siles González, J. y Solano Ruiz, M.C. (2011). *Cultural history and aesthetics of nursing care*. Revista latino-americana de enfermagem, 19 (5), 1096-1105.
- Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2016). *Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics*. Nursing ethics, 23 (2), 154-166.
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W.W.Y., Carson A, y Kazanjian, A. (2013). *Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce*. Palliative Medicine, 2, 172–178.
- Smith, A. (1995). *An analysis of altruism: a concept of caring*. Journal of Advanced Nursing, 22 (4), 785-790.
- Souza N.C.M., Brêtas, A.C.P., y Matheus, M.C.C. (2009). *Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?*. Revista Brasileira de Enfermagem, (3), 349-354.
- Stringer, H. (2001). *Raging Bullies*. Nurse Week. Consultado el 27 julio 2015. Disponible en: <http://members.tripod.com/laura08723/mary.htm>
- Stringer, R.A. (2002). *Leadership and Organizational Climate*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Szczeklik, A. (2010). *Entre el arte y la ciencia*. En A. Szczeklik, Catarsis (págs. 69-86). Barcelona: Acantilado.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significado*. Barcelona: Paidós

Taylor, S.J., y Bogdan, E.R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Thompson, A. (2013). *How Schwartz Rounds can be Used to Combat Compassion Fatigue*. (Cover story). *Nursing Management*, 20 (4), 16-20.

Todres, L., Galvin, K., y Dahlberg, K. (2007). *Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends*. *Medicine, health care and philosophy*, 10(1), 53-63.

Todres, L., Galvin, K.T., y Holloway, I. (2009). *The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4 (2), 68-77.

Torralba, F. *Hacia una Antropología de la vulnerabilidad*. Barcelona: Forma: revista d'estudis comparatius. Art, literatura, pensament, 2010.

Nasarre T, G., (2015). *El coneixement didàctic del contingut del professor universitari d'infermeria* (Doctoral dissertation, Universitat de Barcelona).

Turnock, C., y Kelleher, M. (2001). *Maintaining patient dignity in intensive care settings*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17 (3), 144-154.

Ulrich, B.T. (1986). *Value differences between practicing nurse executives and graduate educators*. *Nursing economics*, 5 (6), 287-291.

Urra, E., Jana, A., y García, M. (2011). *Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales*. *Ciencia y enfermería*, 17 (3), 11-22.

Valles, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis. Col. Sociología.

Vargas Jiménez, I. (2012). *La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos*. *Calidad en la Educación Superior*, 3 (1), 119-139.

Vesilind, P.A. (2006). *The Right Thing to Do: an ethics guide for engineering students*. Lakeshore Press.

- Vessey, J.A., DeMarco, R.F., Gaffney, D.A., y Budin, W.C. (2009). *Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments*. *Journal of Professional Nursing*, 25 (5), 299-306.
- Villamor Ordozgoiti, A., Priu Parra, I., Carmen, M., Torres Valdes, C., Ciudad, B., Pilar, M., y Ponce Quilez, M.R. (2017). *Intervención para reducir la repercusión en el sueño de la luz y el ruido en áreas de observación de urgencias*. *Emergencias*, 29 (1).
- Wainwright, P. (2000). *Towards an aesthetics of nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 750-756.
- Walsh, K., y Kowanko, I. (2002). *Nurses' and patients' perceptions of dignity*. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (3), 143-151.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Associated University press.
- Watson, J. (2001). Jean Watson: *Theory of human caring*. In M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia: Davis.
- Watson, J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company.
- Watson, J. (2006). *Carative factors—Caritas processes guide to professional nursing*. *Clinical Nursing Journal*, 20 (3), 21-27.
- Watson, J., y Foster, R. (2003). *The Attending Nurse Caring Model®: integrating theory, evidence and advanced caring—healing therapeutics for transforming professional practice*. *Journal of clinical nursing*, 12 (3), 360-365.
- Weis, D., y Schank, M.J. (2000). *An instrument to measure professional nursing values*. *Journal of Nursing Scholarship*, 32 (2), 201-204.
- Weis, D., y Schank, M.J. (2009). *Development and psychometric evaluation of the nurses professional values scale—revised*. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (3), 221-231.
- Widäng, I., y Fridlund, B. (2003). *Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients*. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), 47-56.

William, R. (2014). *Reflections on self in relation to other: Core community values of a moral/ethical foundation*. *Creative nursing*, 20 (4), 242-247.

Woods, P. (1987). *La Escuela por dentro: La etnografía en la investigación cualitativa*. Paidós. Madrid.

Yoder, E.A. (2010). *Compassion fatigue in nurses*. *Applied Nursing Research*, 23 (4), 191-197.

Yu, J., y Kirk, M. (2008). *Measurement of empathy in nursing research: systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (5), 440-454.

Zhao, S.H., Akkadechanunt, T., y Xue, X.L. (2009). *Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital*. *Journal of clinical nursing*, 18 (12), 1722-1728.

Zisberg, A., Young, H.M., Schepp, K., y Zysberg, L. (2007). *A concept analysis of routine: relevance to nursing*. *Journal of advanced nursing*, 57 (4), 442-453.

ANEXOS

Anexo 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de los profesionales de Enfermería?

Este documento le informará sobre las características del estudio y sobre su participación en este proyecto de investigación. Es importante que usted lea este documento cuidadosamente y que luego decida voluntariamente si desea participar.

PROPÓSITO:

EL propósito de esta investigación es:

Explorar la percepción que tienen los pacientes a cerca del Cuidado que han recibido durante su ingreso hospitalario.

A través de este estudio se pretende profundizar en el tipo de cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería que lo han atendido durante su estancia, para detectar si existe la necesidad de incluir dentro de los planes de formación continuada, la formación en valores profesionales una vez finalizados los estudios de Enfermería.

PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como participante en este estudio incluyen:

- **Observación** del trabajo realizado por las enfermeras a sus pacientes, en el ámbito hospitalario. Acompañando a los profesionales durante su atención a los pacientes.
- **Encuesta sociodemográfica** con la finalidad de recoger el perfil de todos los participantes en el estudio, como: edad, sexo, nivel de estudios, profesión, residencia, años finalización de los estudios universitarios,
- **Entrevistas individualizadas.** Se realizarán durante su periodo de hospitalización o en los días inmediatamente posteriores a su alta médica. El lugar de la entrevista será pactado con usted.

DURACIÓN:

El estudio se llevará a cabo durante aproximadamente 6 meses. No se descarta ampliar el periodo de tiempo si se cree necesario ampliar la información.

El tiempo necesario para llevar a cabo la entrevista con usted será de 60-90 minutos aproximadamente. Puede decidir finalizarla en cualquier momento.

El tiempo necesario para realizar la encuesta sociodemográfica será de 10 minutos.

El estudio se llevará a cabo en los hospitales que forman el grupo IDCsalud en Cataluña, que son Hospital General de Cataluña, Hospital Universitario Sagrat Cor y la Clínica del Vallès, todos ubicados en la provincia de Barcelona.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

A pesar de que no existe ningún riesgo para su salud, es posible que los procedimientos empleados para la realización de este estudio le puedan causarle cansancio o incomodidad, a usted o a su familia.

POSIBLES BENEFICIOS:

A pesar que a usted no le va a suponer un beneficio directo, este estudio, servirá para obtener información que permita aumentar la calidad del cuidado ofrecido por los profesionales de Enfermería.

CONFIDENCIALIDAD:

La información obtenida durante el estudio, se codificará de tal modo, que su identidad se mantendrá confidencial en todo momento. Durante el estudio no se revelará su identidad ni tampoco en el caso que los resultados obtenidos sean publicados por alguna revista o expuestos en algún congreso. Las entrevistas y anotaciones recogidas durante la observación estarán guardados en un lugar seguro por la investigadora principal y no estarán disponibles públicamente.

Los datos personales serán incorporados a un fichero automatizado que ofrece un nivel de protección conforme a la legislación española "(Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos Personales)".

Un Comité Ético independiente ha aprobado el protocolo del estudio y el de esta Hoja de información y Consentimiento Informado.

CON QUIEN HABLAR SI TIENE PREGUNTAS:

Puede hacer todas las preguntas que desee. Del mismo modo le aclararemos todas las dudas que tenga sobre su participación en el estudio.

Si más adelante se da cuenta que necesita resolver o aclarar más dudas, podrá ponerse en contacto con: Sra. Marisa Martín en el teléfono 555444333

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria. No tiene ninguna obligación de participar si no lo desea.

Si decide participar, podrá retirarse del estudio en cualquier momento y sin tener que justificarlo. Su retirada no afectará en ningún caso al trato o cuidado recibido por parte de

los profesionales que lo atienden. Puede retirarse del estudio simplemente llamando a la Sra. Marisa Martín al teléfono 555444333.

Su firma a continuación confirma que usted ha leído este documento. Usted recibirá una copia firmada de este documento de consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de discutir su participación con el investigador.

Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

DOCUMENTO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de Enfermería?

Yo, ...con DNI... decido libremente revocar el consentimiento informado autorizado a fecha sin que por ello se vea afectado el trato y/o cuidados que estoy recibiendo por parte de los profesionales que me atienden.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

Anexo 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAL ENFERMERÍA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de los profesionales de Enfermería?

Este documento de consentimiento informado le informará en qué consistirá su participación en este proyecto de investigación. Es importante que usted lea este documento cuidadosamente y que luego decida voluntariamente si desea participar.

PROPOSITO:

El propósito de esta investigación es:

Explorar la percepción que tienen los pacientes a cerca del Cuidado que han recibido durante su ingreso hospitalario, así como el cuidado proporcionado por los profesionales de Enfermería.

A través de este estudio se pretende profundizar en los valores del cuidado, para detectar si es necesario incluir dentro de los planes de formación continuada, la formación en valores profesionales una vez finalizados los estudios de Enfermería.

PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como participante en este estudio incluyen:

- **Observación** del trabajo realizado, en el ámbito hospitalario. Acompañando a los profesionales durante su atención a los pacientes.
- **Encuesta sociodemográfica** con la finalidad de recoger el perfil de todos los participantes en el estudio, como: edad, sexo, nivel de estudios, profesión, residencia, años finalización de los estudios universitarios,
- **Entrevistas individualizadas.** Se realizarán durante el periodo que dure la observación. El momento y el lugar de realización será pactado con usted.

DURACION:

El estudio se llevará a cabo durante aproximadamente 6 meses. No se descarta ampliar el periodo de tiempo si se cree necesario ampliar la información.

El tiempo necesario para llevar a cabo la entrevista con usted será de 60-90 minutos aproximadamente. Puede decidir finalizarla en cualquier momento.

El tiempo necesario para realizar la encuesta sociodemográfica será de 10 minutos.

El estudio se llevará a cabo en los hospitales que forman el grupo IDCsalud en Cataluña, que son Hospital General de Cataluña, Hospital Universitario Sagrat Cor y la Clínica del Vallès, todos ubicados en la provincia de Barcelona.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

A pesar de que no existe ningún riesgo para su salud, es posible que los procedimientos empleados para la realización de este estudio le puedan causarle cansancio o incomodidad.

POSIBLES BENEFICIOS:

A pesar que a usted no le va a suponer un beneficio directo, este estudio, servirá para obtener información que permita aumentar la calidad del cuidado ofrecido por los profesionales de Enfermería.

CONFIDENCIALIDAD:

La información obtenida durante el estudio, se codificará de tal modo, que su identidad se mantendrá confidencial en todo momento. Durante el estudio no se revelará su identidad ni tampoco en el caso que los resultados obtenidos sean publicados por alguna revista o expuestos en algún congreso. Las entrevistas y anotaciones recogidas durante la observación estarán guardados en un lugar seguro por la investigadora principal y no estarán disponibles públicamente.

Los datos personales serán incorporados a un fichero automatizado que ofrece un nivel de protección conforme a la legislación española "(Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos Personales)".

Un Comité Ético independiente ha aprobado el protocolo del estudio y el de esta Hoja de información y Consentimiento Informado.

CON QUIEN HABLAR SI TIENE PREGUNTAS:

Puede hacer todas las preguntas que desee. Del mismo modo le aclararemos todas las dudas que tenga sobre su participación en el estudio.

Si más adelante se da cuenta que necesita resolver o aclarar más dudas, podrá ponerse en contacto con:

Sra. Marisa Martín en el teléfono 555444333

PARTICIPACION VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria. No tiene ninguna obligación de participar si no lo desea.

Si decide participar, podrá retirarse del estudio en cualquier momento y sin tener que justificarlo. Su retirada no afectará en ningún caso al trato o cuidado recibido por parte de los profesionales que lo atienden. Puede retirarse del estudio simplemente llamando a la Sra. Marisa Martín al teléfono 555444333.

Su firma a continuación confirma que usted ha leído este documento. Usted recibirá una copia firmada de este documento de consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de discutir su participación con el investigador.

Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

DOCUMENTO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de Enfermería?

Yo, ...con DNI..... decido libremente revocar el consentimiento informado autorizado a fecha sin que por ello se vea afectado el trato y/o cuidados que estoy recibiendo por parte de los profesionales que me atienden.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

Anexo 3

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Sexo _____

Edad _____

Estado Civil _____

Nº de hijos _____

Localidad de residencia _____

Años finalización estudios Enfermería _____

Ultima titulación académica obtenida _____

Tiempo de desempeño profesional en actual puesto trabajo _____

¿Ha realizado algún tipo de formación en valores? _____

En caso afirmativo explique el tipo de formación recibida.

Anexo 4

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Sexo _____

Edad _____

Estado Civil _____

Nº de hijos _____

Nivel de estudios _____

Localidad de residencia _____

Provincia _____

Número de ingresos durante el último año _____

Situación profesional _____

¿Volvería a ingresar en este hospital? _____

¿Por qué? _____

Anexo 5

PROPUESTA DE GUIÓN PARA LA OBSERVACIÓN

Elementos del Contexto (recursos humanos, materiales, turnos, demandas médicas.....)

Llama a la puerta antes de entrar a la habitación

Saluda al entrar y se identifica

Llama al paciente por su nombre

Habla con el paciente o familiares mientras realiza las técnicas necesarias.

Trata con educación al paciente

Se muestra comprensiva con la situación del paciente/familia

Tiene en cuenta las preferencias de los pacientes en relación al cuidado

Afronta asertivamente los conflictos surgidos en su interacción con el paciente/familia

Muestra serenidad y templanza en la ejecución del cuidado

Crea un ambiente de trabajo agradable

Adapta los cuidados a la necesidad individual del paciente

Informa al paciente de las actuaciones que va a llevar a cabo

Guarda la confidencialidad sobre sus pacientes

Respeto la intimidad del paciente y sus familiares

Habla en la habitación de temas que no están relacionados con su trabajo

Redacta con objetividad en la historia clínica lo acontecido en su turno

Acepta las negativas de los pacientes a recibir un tratamiento

Anexo 6

PROPUESTA DE GUÍA PARA LA ENTREVISTA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

¿Qué significa para ti cuidar?

¿Cómo definirías tu manera de cuidar?

¿Cómo te sientes cuidando a los pacientes?

¿Cómo crees que cuidas?

¿Cómo calificarías tu relación con los pacientes y las familias?

¿Cómo crees que se sienten los pacientes con tu forma de cuidar?

¿Qué destacarías como positivo en tu forma de cuidar?

¿Qué destacarías como aspectos a mejorar en tu forma de cuidar? ¿Cómo mejorarías tus prácticas de cuidado?

¿Qué valores consideras asociados al cuidado?

¿En qué medida te crees portadora de estos valores? ¿Cómo asumes estos valores?

¿Cómo expresas tus valores sobre el cuidado en tu práctica profesional?

¿Hasta qué punto eres consciente de los valores que pones en práctica cuando cuidas? Pon algún ejemplo

¿En qué medida sientes que tu práctica es coherente con tu escala de valores?

¿Qué elementos del contexto favorecen o dificultan la aplicación de tus valores en la práctica del cuidado?

Me gustaría que pudieras aportar alguna otra visión sobre los temas tratados o algún otro relacionado que te parezca importante y no haya surgido en la conversación.

Anexo 7

PROPUESTA DE GUÍA PARA LA ENTREVISTA A LOS PACIENTES

Hábleme de su experiencia, sobre cómo le han cuidado las enfermeras durante su estancia en este centro

¿Qué sería para usted "una buena enfermera"?

¿Qué tipo de profesionales le han atendido?

Describa qué le ha hecho cada profesional y su grado de satisfacción sobre su manera de actuar.

¿Qué requisitos pediría para contratar a una profesional de enfermería? ¿Cuáles de ellos ha observado en las enfermeras que lo han atendido?

¿Qué es lo que más estima a la hora de ser cuidado?

¿De qué manera cree que las enfermeras que le han cuidado han cubierto sus necesidades y sus expectativas?

¿Qué percepción cree que tiene su familia sobre la atención que usted ha recibido de los distintos profesionales, durante su ingreso?

¿Qué considera usted que habríamos de mejorar para satisfacer sus expectativas de cuidado?

¿Qué considera usted que habríamos de mejorar para satisfacer sus expectativas?

¿Qué percepción cree que tiene su familia sobre la atención que usted ha recibido de los distintos profesionales, durante su ingreso?

¿Qué considera usted que tendríamos que mejorar para satisfacer sus expectativas de cuidado?

¿Qué considera usted que deberíamos mantener en las enfermeras para satisfacer las expectativas de los pacientes?

¿En qué medida considera que su familia comparte sus puntos de vista como paciente, respecto a la atención recibida y a las cualidades de las enfermeras?

Me gustaría que pudiera aportarnos otra visión que no hayamos comentado hasta ahora y que sea importante para su satisfacción como paciente

Anexo 8

APROBACIÓN CEIC DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA 1



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION CLÍNICA

Sra. MONTSERRAT GRANADOS PLAZA, SECRETARIA DEL COMITÉ D'ÉTICO Y INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC) DEL HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA, sito en c/ Pedro i Pons 1, 08195 SANT CUGAT DEL VALLÈS (Barcelona)

CERTIFICA:

Que este Comité ha **EVALUADO** en fecha 11/03/2014 (acta n°2/2014) las respuestas a las aclaraciones solicitadas correspondientes al estudio:

“Formación en valores profesionales: ¿una necesidad en el marco de la formación continuada de los profesionales de enfermería?”

Código Interno: INF-QUAL-2014-01

Y emite DICTAMEN FAVORABLE para su realización por la Sra. Marisa Martín Ferreres, Coordinadora de Docencia, Formación e Investigación idcsalud en Catalunya, como Investigadora Principal en los centros:

- idcsalud Clínica del Vallès, Sabadell
- idcsalud Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès
- idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Lo que firma en Sant Cugat del Vallès, a 13 de marzo de 2014.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'M. Granados Plaza', is written over a faint circular stamp.

Sra. Montserrat Granados Plaza
Secretaria CEIC
idcsalud a Catalunya



Anexo 9

APROBACIÓN CEIC DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA 2



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

COLOMA MORENO QUIROGA, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ DE SABADELL (Barcelona)

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor M. Luisa Martin Ferreres para que se realice el estudio titulado: "Formación en valores profesionales ¿una necesidad en el marco de la formación continuada de los profesionales de enfermería?" protocolo y Hoja de información al Paciente y a personal de enfermería, versión 1, y considera que:

1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsible para el sujeto.
2. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudiera derivarse de su participación en el estudio.
4. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
5. Y que el Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell por Rus Garcia Montserrat, como investigador principal.

Lo que firma en Sabadell a jueves, 21 enero 2016

Firmado:



Dra. Coloma Moreno Quiroga

Ref.: 2015631

Anexo 10

APROBACIÓN CER DE LA UIC



Barcelona, 22 de enero de 2014.

Sra. María Luisa Martín Ferreres
Brasil 32
08195, Sant Cugat del Vallès

Estimada Sra.

Por la presente, le comunico que la Comisión Académica del Doctorado en Ciencias de la Salud, en su sesión del pasado 14 de enero, y una vez estudiada su solicitud ha acordado:

Se acuerda admitir a la Sra. María Luisa Martín Ferreres al Periodo de Investigación del Doctorado de Recerca en Salut.

Se acuerda aprobar el Proyecto de Tesis titulado "Formación en valores profesionales: ¿una necesidad en el marco de la formación continuada de los profesionales de enfermería", y nombrar a la Dra. Dolores Bardallo Porras como Directora y al Dr. José Luis Medina Moya como Codirector de la Tesis.

Adicionalmente, se le informa que la normativa de la UIC establece que debe obtener una evaluación favorable del Comité de Ética en la Investigación, antes de la puesta en marcha de la investigación. Deberá aportar este informe cuando lo obtenga.

Aprovecho la oportunidad para saludarla cordialmente,

Jaime Oliver Serrano
Secretario Comisión Académica
Doctorado en Ciencias de la Salud



VICERECTORAT DE RECERCA



REGISTRE GENERAL

Serida
11/0098
Data
23/01/14