



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Facultat de Ciències de l'Educació

Departament de Teories de l'Educació i Pedagogia Social

Doctorado en Educación

TESIS DOCTORAL

**LOS VALORES PROFESIONALES EN EL GRADO DE
ENFERMERÍA**

DOCTORANDA: Silvia Bleda García

DIRECTORA: Isabel Álvarez Cánovas

Barcelona, marzo 2021

A Noa...

A Óscar...

... ellos saben por qué.

“La construcción de valores es el objetivo fundamental de toda vida que merezca el calificativo de específicamente humana”

Diego Gracia (2016)

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.3 OBJETIVOS.....	6
1.3.1 Objetivo general.....	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 DEL CONCEPTO DE VALOR A LOS VALORES PROFESIONALES EN ENFERMERÍA.....	8
2.1.1 Conceptualización del valor.....	8
2.1.2 Propiedades y soportes de los valores.....	14
2.1.3 Los valores profesionales desde la perspectiva enfermera.....	17
2.1.4 El modelo de valores profesionales de Kaya y Boz.....	19
2.2 VALORES PROFESIONALES EN LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS.....	23
2.2.1 Consejo Internacional de Enfermería.....	23
2.2.2 American Association of Colleges of Nursing.....	25
2.2.3 American Nurses Association.....	28
2.2.4 Association des Infirmières et Infirmiers du Canada.....	42
2.2.5 Código Deontológico de la Enfermería Española.....	52
2.2.6 Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.....	61
2.3 INVESTIGACIÓN DE VALORES PROFESIONALES EN ENFERMERÍA.....	73
2.3.1 Perceptions, practices and plans (AACN Essential values).....	74
2.3.2 Cuestionario del código de conducta profesional (Hong Kong).....	75
2.3.3 Encuesta europea enmarcada en el proyecto DUQuE.....	78
2.3.4 Nursing Professional Values Scale: NPVS y NPVS-R.....	80
2.3.5 Escala de Valores Profesionales Enfermeros (EVPE).....	82
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	85
3.1 CONTEXTO DE ESTUDIO.....	86
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	87
3.3 DISEÑO.....	87
3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	89
3.4.1 Proceso de elaboración del CCEUG.....	89

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	93
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	93
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	94
4.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA EVPE.....	95
4.1.1 Participación de los estudiantes.....	95
4.1.2 Perfil de los estudiantes.....	96
4.1.3 Análisis de fiabilidad de la EVPE.....	97
4.1.3.1 Dimensión “Cuidado Ético”.....	97
4.1.3.2 Dimensión “Compromiso Profesional”.....	98
4.1.3.3 Dimensión “Dominio Profesional”.....	99
4.1.4 Percepción respecto a los valores profesionales.....	99
4.1.5 Análisis de la normalidad de la distribución.....	101
4.1.6 Relación de la escala EVPE con las variables demográficas.....	102
4.1.6.1 Género.....	102
4.1.6.2 Edad.....	103
4.1.6.3 Curso.....	104
4.1.6.4 Vía de acceso.....	108
4.1.6.5 Situación laboral.....	109
4.1.6.6 Número de años de experiencia laboral en ciencias de la salud.....	109
4.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DEL CCEUG.....	110
4.2.1 Dimensión Cuidado Ético.....	110
4.2.1.1 Comportamiento 1: PRESENTARSE.....	110
4.2.1.1.1 Abordaje cuantitativo.....	111
4.2.1.1.2 Abordaje cualitativo.....	112
Categoría 1: Factores facilitadores.....	113
1A. Valores.....	113
1B. Establecimiento de la relación enfermera – paciente.....	115
1C. Empatía.....	117
1D. Educación.....	117
Categoría 2: Factores no facilitadores.....	118
2A. Evitar el rechazo por ser estudiante.....	118
2B. Inseguridad.....	118
2C. Sobrecarga de trabajo.....	119
2D. Olvido.....	119

2E. Creencia de que es innecesario.....	119
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	119
3A. Influencia de otros profesionales.....	120
3B. Características de la unidad.....	120
3C. Complejidad de la técnica.....	120
3D. Características del paciente.....	121
4.2.1.2 Comportamiento 2: MANTENER A LA PERSONA DESNUDA.....	121
4.2.1.2.1 Abordaje cuantitativo.....	121
4.2.1.2.2 Abordaje cualitativo.....	122
Categoría 1: Factores facilitadores.....	123
1A. Falta de conciencia.....	124
1B. Falta de pericia	124
1C. Sobrecarga laboral o prisas.....	124
1D. Interrupciones.....	125
Categoría 2: Factores no facilitadores.....	125
2A. Valores.....	125
2B. Empatía.....	126
2C. Formación universitaria.....	127
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	127
3A. Características de la técnica.....	127
3B. Influencia de otros profesionales.....	128
4.2.1.3 Comportamiento 3: EXPLICAR EL PROCEDIMIENTO.....	128
4.2.1.3.1 Abordaje cuantitativo.....	129
4.2.1.3.2 Abordaje cualitativo.....	130
Categoría 1: Factores facilitadores.....	131
1A. Aporta beneficios al paciente.....	132
1B. Valores	134
1C. Empatía.....	135
1D. Formación universitaria.....	135
Categoría 2: Factores no facilitadores.....	136
2A. Sobrecarga de trabajo o prisa.....	136
2B. Falta de conocimientos.....	136
2C. Olvido.....	137
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	137

3A. Características del procedimiento.....	137
3B. Características del paciente.....	138
3C. Características de los profesionales.....	138
4.2.1.4 Comportamiento 4: CONVERSACIONES EXCLUYENDO AL PACIENTE.....	138
4.2.1.4.1 Abordaje cuantitativo.....	139
4.2.1.4.2 Abordaje cualitativo.....	141
Categoría 1: Factores que evitan las conversaciones.....	142
1A. Atención centrada en el paciente.....	142
1B. Valores	142
1C. Creencia de que es de mala educación.....	144
1D. Empatía.....	144
1E. Formación universitaria.....	144
1F. Comunicación terapéutica.....	145
Categoría 2: Factores que favorecen las conversaciones.....	145
2A. Conversación formativa con la tutora.....	145
2B. Falta de conciencia.....	146
2C. Influencia de otros compañeros.....	146
2D. Monotonía – Rutina.....	147
2E. Sobrecarga de trabajo.....	147
2F. Inexperiencia - inseguridad.....	148
2G. Continuar conversación ya iniciada.....	148
2H. Rol de estudiante – falta de asertividad.....	149
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	149
3A. Características del paciente.....	149
3B. Características de la técnica.....	150
4.2.1.5 Comportamiento 5: TRATO PUERIL.....	150
4.2.1.5.1 Abordaje cuantitativo.....	151
4.2.1.5.2 Abordaje cualitativo.....	152
Categoría 1: Factores que evitan el trato pueril.....	153
1A. Valores.....	153
1B. Empatía.....	155
1C. Creencia de que no se debe hacer.....	155
1D. Formación universitaria.....	156
Categoría 2: Factores que favorecen el trato pueril.....	156

2A. Falta de experiencia y conocimiento.....	156
2B. Sobrecarga de trabajo.....	157
2C. Problemas externos.....	157
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	158
3A. Comportamiento del paciente.....	158
3B. Influencia de otros profesionales.....	158
4.2.1.6 Comportamiento 6: INFORMAR EN LUGAR INADECUADO.....	159
4.2.1.6.1 Abordaje cuantitativo.....	159
4.2.1.6.2 Abordaje cualitativo.....	160
Categoría 1: Factores que evitan informar en lugar inadecuado.....	161
1A. Valores.....	162
1B. Favorecer la comunicación.....	164
1C. Atención centrada en el paciente.....	164
1D. Empatía.....	164
1E. Formación universitaria.....	165
Categoría 2: Factores que favorecen informar en lugar inadecuado.....	165
2A. Abordaje del paciente o familiares en pasillo.....	165
2B. Falta de tiempo.....	165
2C. Situación urgente.....	165
2D. Inseguridad – Rol de estudiante.....	165
2E. Falta de conocimientos o experiencia.....	165
2F. Vergüenza.....	165
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	166
3A. Estructura física del centro.....	167
3B. Características de la unidad.....	167
4.2.1.7 Comportamiento 7: RESPETAR LOS VALORES DEL PACIENTE.....	168
4.2.1.7.1 Abordaje cuantitativo.....	168
4.2.1.7.2 Abordaje cualitativo.....	170
Categoría 1: Factores que favorecen el respeto.....	171
1A. Valores.....	171
1B. Aporta beneficios al paciente.....	172
1C. Empatía.....	174
1D. Experiencia y conocimiento de otras culturas.....	174
1E. Formación universitaria.....	175

Categoría 2: Factores que no favorecen el respeto.....	175
2A. Desconocimiento de los valores del paciente.....	175
2B. Creencias del paciente diferentes a las propias.....	176
2C. Falta de tiempo o recursos.....	176
2D. Olvido.....	176
2E. Prácticas culturales no saludables.....	177
2F. Prejuicios.....	177
4.2.1.8 Comportamiento 8: TRATO DIFERENTE SEGÚN PERFIL.....	177
4.2.1.8.1 Abordaje cuantitativo.....	178
4.2.1.8.2 Abordaje cualitativo.....	179
Categoría 1: Factores que evitan un trato diferente según el perfil.....	181
1A. Valores.....	181
1B. Empatía.....	182
1C. Gratificación cognitiva.....	183
1D. Formación universitaria.....	183
Categoría 2: Factores que favorecen un trato diferente según el perfil.....	183
2A. Características del paciente.....	183
2B. Miedo o inseguridad.....	185
2C. Prejuicios.....	186
2D. Falta de conocimientos o experiencia.....	186
2F. Barreras idiomáticas.....	186
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	187
3A. Experiencias previas.....	187
4.2.1.9 Comportamiento 9: PARTICIPAR EN ACCIONES DE MEJORA.....	187
4.2.1.9.1 Abordaje cuantitativo.....	188
4.2.1.9.2 Abordaje cualitativo.....	189
Categoría 1: Factores que favorecen la participación.....	190
1A. Aprendizaje e información.....	191
1B. Visibilizar la profesión.....	191
1C. Mejorar la calidad de la atención al paciente.....	191
1D. Mejorar la profesión.....	191
Categoría 2: Factores que no favorecen la participación.....	192
2A. Falta de oportunidad.....	192
2B. Falta de tiempo.....	193

2C. Falta de experiencia y conocimientos.....	193
2D. Falta de interés.....	193
Categoría 3: Tipos de participación.....	194
4.2.1.10 Comportamiento 10: BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.....	195
4.2.1.10.1 Abordaje cuantitativo.....	196
4.2.1.10.2 Abordaje cualitativo.....	197
Categoría 1: Factores que favorecen la búsqueda de información.....	199
1A. Duda o desconocimiento.....	199
1B. Mejorar la formación.....	200
1C. Curiosidad o interés.....	201
1D. Aumenta la seguridad del estudiante.....	201
1E. Mejora la calidad asistencial.....	202
1F. Placer de aprender.....	202
1G. Valores.....	202
1H. Adaptarse al centro de prácticas.....	203
1I. Poco trabajo en el centro de prácticas.....	204
Categoría 2: Factores que no favorecen la búsqueda de información.....	204
2A. Falta de tiempo.....	204
2B. Falta de interés.....	205
2C. Falta de necesidad.....	205
2D. No ser consciente de la posibilidad.....	206
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	206
3A. Influencia de otros profesionales.....	206
Categoría 4: Fuentes de información.....	206
Categoría 5: Fuentes de información.....	207
4.2.1.11 Comportamiento 11: AUTOEVALUACIÓN.....	208
4.2.1.11.1 Abordaje cuantitativo.....	208
4.2.1.11.2 Abordaje cualitativo.....	210
Categoría 1: Factores que favorecen la autoevaluación.....	211
1A. Actividades evaluativas.....	211
1B. Valores.....	211
Categoría 2: Factores que no favorecen la autoevaluación.....	211
2A. Predilección por la evaluación externa.....	212
2B. Rechazo del ejercicio.....	212

2C. Periodo de prácticas corto.....	212
2D. Turno de noche.....	212
Categoría 3: Factores ambivalentes.....	213
3A. Influencia de tutores y profesores.....	213
Categoría 4: Objetivos de la autoevaluación.....	213
4A. Identificar puntos de mejora.....	213
4B. Identificar puntos fuertes.....	214
4C. Ser un buen profesional.....	214
4.2.1.12 Comportamiento 12: CONOCIMIENTO DE VALORES PROFESIONALES.....	215
4.2.1.12.1 Abordaje cuantitativo.....	215
4.2.1.12.2 Abordaje cualitativo.....	216
4.2.1.11 Comportamiento 13: RESPETO DE LOS VALORES PROFESIONALES.....	218
4.2.1.11.1 Abordaje cualitativo.....	218
Categoría 1: Sí, he ignorado los valores profesionales.....	219
Categoría 2: No he ignorado los valores profesionales.....	220
Categoría 3: No conozco los valores profesionales.....	220
Categoría 4: Factores que favorecen el respeto de los valores profesionales.....	220
4A. Profesionalidad.....	220
4B. Empatía.....	221
4C. Vocación.....	221
4D. Humanizar el cuidado.....	222
4E. Formación universitaria.....	222
4F. Coincidencia con valores personales.....	222
4H. Principios éticos.....	223
4I. Altruismo.....	223
Categoría 5: Factores no favorecedores del respeto de los valores profesionales..	223
5A. Sobrecarga laboral – falta de tiempo.....	224
5B. Falta de conocimiento y experiencia.....	224
5C. Inseguridad – rol de estudiante.....	225
5D. Trato despectivo del paciente.....	225
5E. Problemas externos.....	226
5F. Características del paciente.....	226
5G. Cansancio.....	226
5H. Experiencias previas negativas con algún colectivo.....	227

5I. Situación urgente.....	227
Categoría 6: Factores ambivalentes.....	227
6A. Influencia de los profesionales.....	227
4.3 SÍNTESIS DE CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS (CCEUG).....	228
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	230
5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS CON LA ESCALA EVPE.....	231
5.1.1 Dimensión Cuidado Ético.....	231
5.1.2 Dimensión Compromiso Profesional.....	233
5.1.3 Dimensión Dominio profesional.....	235
5.1.4 Variables sociodemográficas.....	236
5.1.4.1 Curso académico.....	236
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS CON EL CCEUG.....	239
5.2.1 Factores favorecedores.....	240
5.2.1.1 Dimensión Cuidado Ético.....	240
5.2.1.1.1 Empatía.....	240
5.2.1.1.2 Relaciones efectivas con pacientes y familiares.....	240
5.2.1.1.3 Formación universitaria.....	241
5.2.1.1.4 Atención centrada en el paciente.....	243
5.2.1.2 Dimensión Compromiso Profesional.....	244
5.2.1.2.1 Mejora de formación y la calidad asistencial, visibilizar la profesión.....	244
5.2.1.3 Dimensión Dominio profesional.....	245
5.2.1.3.1 Dudas, mejora de la formación y curiosidad.....	246
5.2.1.3.2 Vocación.....	247
5.2.1.3.3 Responsabilidad profesional.....	248
5.2.2 Factores no favorecedores.....	249
5.2.2.1 Sobrecarga laboral.....	249
5.2.2.2 Inseguridad o vergüenza.....	251
5.2.2.3 Falta de conocimientos o experiencias.....	252
5.2.2.4 Prejuicios y barreras idiomáticas.....	252
5.2.2.5 Rol de estudiante.....	253
5.2.2.6 Dificultades en la regulación emocional.....	253
5.2.2.7 Influencia de profesores y tutores.....	254
5.2.2.8 Rutina o monotonía.....	254
5.2.2.9 Falta de motivación o interés.....	255

5.2.2.10 Falta de oportunidades.....	256
5.2.2.11 Conflicto con los valores del paciente.....	256
5.2.3 Factores ambivalentes.....	257
5.2.3.1 Influencia de profesores y profesionales.....	257
5.2.3.2 Características de la técnica.....	260
5.2.3.3 Experiencias previas.....	260
5.2.3.4 Características de la organización.....	262
5.2.3.5 Características del paciente.....	263
5.2.4 Valores identificados.....	263
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.....	267
6.1 INTRODUCCIÓN.....	268
6.2 OBJETIVOS.....	268
6.2.1 Objetivo 1.....	268
6.2.2 Objetivo 2.....	268
6.2.3 Objetivo 3.....	269
6.2.4 Objetivo 4.....	270
6.3 LIMITACIONES.....	271
6.4 PROPUESTAS DE FUTURO Y REPERCUSIONES EN LA PRÁCTICA.....	272
7. BIBLIOGRAFÍA.....	273
8. ANEXOS.....	296
8.1 ANEXO I: ESCALA DE VALORES PROFESIONALES ENFERMEROS (EVPE).....	297
8.2 ANEXO II: CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTOS (CCEUG).....	299
8.3 ANEXO III: CUESTIONARIO PARA LA MEJORA DE LA VALIDEZ DEL CCEUG.....	306
8.4 ANEXO IV: RESOLUCIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA.....	308
8.5 ANEXO V: DOCUMENTO INFORMATIVO A PARTICIPANTES.....	310
8.6 ANEXO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO A PARTICIPANTES.....	312

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ordenación de los valores según soporte.	14
Tabla 2. Valores de la American Nurses Association (Adaptada de Basurto)	42
Tabla 3. Estructura de la herramienta de Elfrink y Lozt	74
Tabla 4. Estructura básica (Nursing College of Hong – Kong).	76
Tabla 5. Estructura del cuestionario (DUQuE)	79
Tabla 6. Características de la Nursing Professional Values Sscale (NPVS).	80
Tabla 7. Análisis factorial de la NPVS - R.....	81
Tabla 8. Modelo teórico de la escala de valores profesionales en enfermería (EVPE).....	83
Tabla 9. Relación de los profesionales colaboradores del diseño del CCEUG	90
Tabla 10. Relación entre el CCEUG y las 3 dimensiones de la escala EVPE.....	91
Tabla 11. Aproximación metodológica e instrumentos utilizados en la investigación	92
Tabla 12. Porcentaje de participación por cursos.....	95
Tabla 13. Edad	96
Tabla 14. Análisis de fiabilidad para la dimensión “Cuidado Ético”	98
Tabla 15. Análisis de fiabilidad para la dimensión “Compromiso Profesional”	98
Tabla 16. Análisis de fiabilidad para la dimensión “Dominio Profesional”	99
Tabla 17. Percepción respecto a la importancia de los valores profesionales (EVPE).	100
Tabla 18. Análisis de la normalidad de la distribución (Prueba de Kolmogorov – Smirnov)	101
Tabla 19. Puntuación media EVPE - Género	103
Tabla 20. Prueba U de Mann – W – Whitney (EVPE – Género).....	103
Tabla 21. Coeficiente de correlación Rho de Spearman: Puntuación media EVPE- Edad.....	104
Tabla 22. Puntuación total de la escala EVPE por dimensiones en función del Curso.....	104
Tabla 23. Comparación por parejas: Puntuación total EVPE y Curso.....	105
Tabla 24. Relación entre el Curso y los 26 ítems que conforman la escala EVPE	107
Tabla 25. Puntuación media EVPE – Vía de acceso al grado	109
Tabla 26. Relación entre Nº de años de experiencia profesional en salud y EVPE	110
Tabla 27. Relación entre Presentarse y Curso.....	111
Tabla 28. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Presentarse	112
Tabla 29. Matriz de codificación: Presentarse y Curso	113
Tabla 30. Relación entre Mantener a la persona desnuda y Curso.	121
Tabla 31. Relación entre EVPE y Mantener a la persona desnuda	122
Tabla 32. Matriz de codificación: Mantener a la persona desnuda y Curso	123
Tabla 33. Relación entre Explicar el procedimiento y Curso.....	129

Tabla 34. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Explicar el procedimiento	130
Tabla 35. Matriz de codificación: Explicar el procedimiento y Curso.	131
Tabla 36. Relación entre Conversaciones excluyendo al paciente y Curso.....	139
Tabla 37. Relación entre EVPE y Conversaciones excluyendo al paciente.....	140
Tabla 38. Matriz de codificación: Mantener conversaciones excluyendo al paciente - Curso .	141
Tabla 39. Relación entre Trato pueril y Curso.....	151
Tabla 40. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Trato pueril.....	152
Tabla 41. Matriz de codificación: Trato pueril - Curso	153
Tabla 42. Relación entre Informar en lugar inadecuado y Curso.....	159
Tabla 43. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Informar en lugar inadecuado ...	160
Tabla 44.. Matriz de codificación: Informar en lugar inadecuado y Curso	161
Tabla 45. Relación entre Respetar los valores del paciente y Curso.....	168
Tabla 46. Relación entre EVPE y Respetar los valores del paciente.....	169
Tabla 47. Matriz de codificación: Respetar los valores del paciente y Curso	170
Tabla 48. Relación entre Trato diferente según perfil y Curso	178
Tabla 49. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Trato diferente según perfil	179
Tabla 50. Matriz de codificación: Trato diferente según perfil - Curso.....	180
Tabla 51. Relación entre Participar en acciones de mejora y Curso	188
Tabla 52. Relación entre EVPE y Participar en acciones de mejora	189
Tabla 53. Matriz de Codificación: Participar en acciones de mejora - Curso.....	190
Tabla 54. Relación entre Búsqueda de información y Curso	196
Tabla 55. Relación con la escala EVPE y sus dimensiones.....	197
Tabla 56. Matriz de codificación: Búsqueda de información y Curso	198
Tabla 57. Relación entre Autoevaluación y Curso.....	208
Tabla 58. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Ejercicio de autoevaluación	209
Tabla 59. Matriz de codificación: Autoevaluación - Curso.....	210
Tabla 60. Relación entre Conocimiento de los valores profesionales y Curso	215
Tabla 61. Relación entre EVPE y Conocimiento de valores profesionales	216
Tabla 62. Valores profesionales identificados por los estudiantes de cada curso.....	217
Tabla 63. Matriz de codificación: Vulneración de los valores profesionales - Curso.....	219
Tabla 64. Categorías códigos y subcódigos (CCEUG) en relación con dimensiones (EVPE)	229

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones en la conceptualización del valor.	10
Figura 2. Modelo de Kaya y Boz	19
Figura 3. Esquema básico de la investigación	88
Figura 4. Diagrama de caja: Edad	96
Figura 5. Distribución de estudiantes por curso	96
Figura 6. Distribución de estudiantes por nº de años de experiencia laboral en salud.....	97
Figura 7. Distribución de la puntuación total de la escala EVPE	102
Figura 8. Diagrama de barras: Presentarse y Curso	111
Figura 9. Diagramas de caja: EVPE - Presentarse	112
Figura 10. Diagrama de barras: Mantener a la persona desnuda - Curso	122
Figura 11. Diagrama de barras: Explicar el procedimiento y Curso	129
Figura 12. Diagramas de caja: EVPE – Explicar el procedimiento	130
Figura 13. Diagrama de barras: Mantener conversaciones excluyendo al paciente - Curso....	140
Figura 14. Diagramas de caja: EVPE –Conversaciones excluyendo al paciente	140
Figura 15. Diagrama de barras: Curso – Trato pueril	151
Figura 16. Diagramas de caja: EVPE – Trato pueril	152
Figura 17. Diagrama de barras: Curso – Informar en lugar inadecuado	160
Figura 18. Diagrama de barras: Curso – Respetar los valores del paciente.....	169
Figura 19. Diagramas de caja: Curso – Respetar los valores del paciente	169
Figura 20. Diagrama de barras: Curso – Trato diferente según perfil.....	178
Figura 21. Diagramas de cajas: EVPE - Trato diferente según perfil	179
Figura 22. Diagrama de barras: Curso – Participar en acciones de mejora	188
Figura 23. Diagrama de barras: EVPE – Participar en acciones de mejora	189
Figura 24. Diagrama de barras: Curso – Búsqueda de información.....	196
Figura 25. Diagramas de caja: Curso – Búsqueda de información.....	197
Figura 26. Diagrama de barras: Curso –Autoevaluación.....	209
Figura 27. Diagramas de caja: Curso – Ejercicio de autoevaluación	209
Figura 28. Diagrama de barras: Curso – Conocimiento de valores profesionales	216
Figura 29. Diagramas de caja: Curso – Conocimiento de los valores profesionales	216

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los valores profesionales se definen como valores humanos contextualizados orientados a la profesión, constituyendo la identidad profesional y se adquieren principalmente mediante la formación académica y la práctica clínica. El principal objetivo de esta investigación ha sido analizar la percepción respecto a los valores profesionales de los estudiantes de una escuela de enfermería de Barcelona (España).

METODOLOGÍA: La presente investigación es un estudio de caso para el que se han utilizado metodología mixta siguiendo un diseño de triangulación concurrente (DITRIAC). Participaron tres ciento quince estudiantes de los cuatro cursos que conforman el grado de enfermería. Con la intención de dar respuesta a los objetivos planteados, se utilizaron dos instrumentos: para el abordaje cuantitativo se utilizó la Escala de Valores Profesionales de Enfermería (EVPE) validada en España por Basurto (2010) y para el abordaje cualitativo se diseñó un cuestionario ad hoc que incluyó 13 comportamientos relacionados con los valores profesionales (CCEUG).

RESULTADOS: La tasa de respuesta fue de 65,9%. La puntuación media obtenida por los estudiantes en la Escala de valores (EVPE) fue de 113,35 siendo el rango de puntuación posible entre 26 y 130. Se analizó la fiabilidad de la escala y se obtuvo un Coeficiente alfa de Cronbach de ,926. Tras analizar la relación de la escala con las seis variables sociodemográficas de la muestra de estudiantes, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en dos de ellas: 1) Curso Académico y 2) Años de experiencia laboral en Ciencias de la Salud. Las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en la Dimensión Ética. El abordaje cualitativo nos permitió identificar los valores que guían los comportamientos de los estudiantes en sus prácticas clínicas según su propia percepción, así como los factores facilitadores, inhibidores y ambivalentes asociados a estos comportamientos.

CONCLUSIONES: Este estudio ha demostrado que la percepción de la importancia de los valores en estudiantes de enfermería es alta, aunque se incrementa a lo largo de los dos últimos cursos. El principal valor que guía su conducta durante las prácticas es el respeto a la dignidad humana para todos los cursos, aunque en cursos superiores aumenta el abanico de valores identificados. Diversidad de factores inhiben o favorecen los comportamientos de los estudiantes asociados a los valores. Por todo ello consideramos necesario intensificar la formación en valores profesionales a lo largo del grado con la intención de mejorar la calidad de la atención de los futuros profesionales.

PALABRAS CLAVE: Valores profesionales, humanización del cuidado, atención centrada en el paciente, formación en enfermería, NPVS-R, EV

ABSTRACT

BACKGROUND: Professional values are defined as contextualized human values oriented to the profession, constituting the professional identity and are acquired mainly through academic training and clinical practice. The main objective of this research has been to analyze the perception regarding the professional values of the students of a nursing school in Barcelona (Spain).

METHODOLOGY: This research is a case study for which mixed methodology has been used following a concurrent triangulation design (DITRIAC). Three hundred and fifteen students from the four courses that make up the nursing degree participated. With the intention of responding to the proposed objectives, two instruments were used: for the quantitative approach, the Professional Nursing Values Scale (EVPE) validated in Spain by Basurto (2010) was used and for the qualitative approach, a questionnaire specifically designed for research that included 13 behaviors related to professional values (CCEUG).

RESULTS: The response rate was 65.9%. The mean score obtained by the students on the Scale of Values (EVPE) was 113.35, the range of possible scores being between 26 and 130. The reliability of the scale was analyzed and a Cronbach's alpha coefficient of .926 was obtained. After analyzing the relationship of the scale with the six sociodemographic variables of the student sample, statistically significant differences were obtained in two of them: 1) Academic year and 2) Years of work experience in Health Sciences. The highest scores were obtained in the Ethical Dimension. The qualitative approach allowed us to identify the values that guide the behaviors of the students in their clinical practices according to their own perception, as well as the facilitating, inhibiting and ambivalent factors associated with these behaviors.

CONCLUSIONS: This study has shown that the perception of the importance of values in nursing students is high, although it increases over the last two years. The main value that guides their conduct is respect for human dignity for all courses, although in higher courses the range of identified values increases. Certain factors influence student behaviors associated with values. For all these reasons, we consider it necessary to intensify training in professional values throughout the degree with the intention of improving the quality of care for future professionals.

KEY WORDS: Professional values, professional virtues, humanization of care, patient centered care, nursing education, NPVS-R, EVPE.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Jordi Pàmies su ayuda, ya que en los momentos de mayor incertidumbre de este proceso puso en mi camino a una gran persona que me ha aportado calma, seguridad y sabiduría, mi directora, Isabel Álvarez. Gracias Isabel por tu apoyo, por tus consejos y por tu escucha, has hecho que me sienta acompañada en este arduo viaje.

Gracias a Mercè, por tantas inquietudes y desasosiegos compartidos, por tantas alegrías vividas, gracias por estar siempre ahí.

Gracias a Álex por tus abrazos y tu coherencia y a ti, Diana, por su generosidad y altruismo.

Quiero agradecer a todos los pacientes y sus familiares que tanto me enseñaron cuando era enfermera y a los estudiantes que tanto me enseñan ahora que soy enfermera y “profe”.

Gracias a mis compañeros de pedales, por los ánimos, por el esfuerzo, por la alegría y por el cuidado.

Gracias a mis compañeros de baile por la libertad, por la pasión, por el sentir.

Y gracias especialmente a Noa y a Óscar, quienes, con su infinita paciencia han comprendido mi ausencia en muchos momentos: ¡Ya estoy de vuelta!

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

“Los valores son vertientes de la realidad ambiguas por naturaleza, carentes de contornos definidos, rebosantes de dimensiones y, como tales, muy difíciles de reducir a un estudio analítico preciso y riguroso”

López Quintás

1.1 JUSTIFICACIÓN

Este estudio, pretende explorar las percepciones de los estudiantes de enfermería respecto a la importancia que otorgan a los valores profesionales que deben guiar los comportamientos, las actitudes y las decisiones en la práctica del cuidado, Así como estudiar los factores que pueden dificultar o favorecer su manifestación o desarrollo durante las prácticas clínicas a lo largo del grado.

Enfermería es una profesión humanista y científica que se centra en los fenómenos y actividades de los cuidados para ayudar, a apoyar facilitar y capacitar a las personas o grupos a que conversen o recuperen su bienestar, de un modo culturalmente significativo o beneficioso, o para ayudar a las personas a que afronten impedimentos físicos o mentales o la misma muerte (1). Implica un ideal de protección y promoción del bienestar humano que pone el acento en la unidad esencial entre cuerpo y mente (2).

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (3). Para alcanzar estas metas no es suficiente considerar únicamente la esfera biológica de la persona. Resulta imprescindible contar con los aspectos emocionales, psicológicos, culturales, sociales y familiares que completan al individuo para alcanzar mejores resultados en salud.

Peplau define el cuidar como la relación que se establece entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir de manera terapéutica. Su modelo teórico, en el que se sustenta el presente trabajo, orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirige el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental. Este proceso de relación, precisa del compromiso sólido del profesional para con el paciente (4).

A pesar de estas consideraciones, la realidad es hoy día otra. En muchas ocasiones, la satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de los cuidados recibidos es baja. Con una frecuencia mayor a la deseable se observan conductas deshumanizadoras en habitaciones y pasillos de Urgencias, residencias, hospitales, quirófanos o Centros de Atención Primaria (5).

Bauman (6) se lamentaba ya hace unos años cuando afirmó que vivimos en una sociedad de expertos, en las que pocas veces se presta atención a la persona en su totalidad ya que los

profesionales sanitarios acostumbran a tratar a los órganos y sus funciones sin tener en cuenta al ser humano de manera holística e integral.

Entre los factores que coexisten en la génesis de la deshumanización en cuidados destaca la incorporación incesante de avances tecnológicos (7–9); un entorno laboral complejo caracterizado por una gran presión asistencial (7,9,10); cambios sociales que han provocado un deterioro de las relaciones humanas (7–9,11); un perfil de paciente de edad avanzada y con multimorbilidad asociada que lleva asociada una intensificación de los cuidados requeridos (7,9,12) y por último las carencias formación académica (7). Respecto a este último estamento, podemos afirmar que la formación técnica en enfermería ha ido alcanzando un mayor nivel de profundidad especialmente desde la implementación del Grado, pero la formación humanística, pilar básico de nuestra esencia profesional, no ha alcanzado el mismo reconocimiento.

Muchos autores coinciden en afirmar que la educación en valores profesionales no está recibiendo la misma atención que la formación técnica e intelectual (13). Los programas de educación profesional enfatizan en el conocimiento, las habilidades y el juicio clínico necesario para aprobar los exámenes, pero frecuentemente pasan por alto la construcción de una identidad profesional ética y moral de los estudiantes (13–15). De hecho, los profesores en educación superior, han manifestado sus dificultades a la hora de evaluar las virtudes éticas de sus discentes, en relación a los conocimientos, las habilidades o las actitudes, ya sea por falta de formación propia, por el poco peso académico o por la dificultad para localizar evidencias (16).

El profesional de enfermería se ha impregnado del modelo biomédico de atención, priorizando la prevención y el tratamiento de patologías y minimizando la importancia de la atención holística de la persona. La formación en enfermería se ha centrado en la adquisición de habilidades y destrezas técnicas y en la realización de procedimientos enfermeros, pero ha dejado en un segundo plano la formación en valores profesionales (5).

La carencia de contenidos filosóficos o antropológicos humanistas ha dado como resultado el aumento del número de profesionales con una gran pericia técnica pero con serias dificultades para reconocer que el centro de nuestra atención debe ser el paciente (11,17,18)

Como respuesta a la necesidad de que los profesionales de enfermería ofrezcamos cuidados humanizados a aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, algunos autores han propuesto incluir la formación en valores a lo largo del currículum (18–20); otros en cambio optan por trabajar preferiblemente en la adquisición de virtudes (21,22); aunque en los últimos años está tomando fuerza la idea de incorporar el profesionalismo y su evaluación en la

formación de grado de las profesiones sanitarias (23–26). Este último constructo ofrece una visión más amplia, se iguala a la excelencia profesional, y propone la necesidad de atributos diversos que incluyen además de la disposición de conocimientos sólidos, valores y actitudes profesionales.

El profesionalismo ha sido ampliamente definido en otras profesiones sanitarias, cabe destacar el esfuerzo que ha realizado la profesión médica en este sentido y también Farmacia a nivel internacional y nacional. En Enfermería, el profesionalismo sí que ha sido conceptualizado por diferentes asociaciones profesionales de EUA, el reino Unido y Canadá, pero en España es un constructo sobre el que no hay un consenso claro, este concepto no está claramente definido y la literatura científica al respecto es escasa.

De entre las autoras que han conceptualizado el profesionalismo en nuestro país en los últimos años podemos destacar a Valdivia y Velandia (26) que equiparan el profesionalismo en enfermería al hábito de la excelencia en el cuidado y enfatizan en la necesidad de transmitir en los distintos niveles de formación y prácticas profesionales el ideal de profesionalismo como un hábito que contribuya al logro de la excelencia en la práctica profesional y que mejora la calidad de los cuidados.

En la sociedad del siglo XXI se han producido grandes cambios, el paciente pasivo se ha convertido en un paciente más activo y empoderado respecto a su propia salud. La sociedad en la actualidad demanda abiertamente profesionales de la salud capaces de identificar la necesidad de autonomía, autodeterminación, identidad cultural y plenitud espiritual y no únicamente su vulnerabilidad física. La persona quiere ser respetada desde todas sus esferas: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual (27).

En este sentido, las instituciones de Educación Superior del Grado de Enfermería tienen un compromiso con la sociedad, el de ser capaces de formar profesionales de enfermería humanistas, con capacidad innovadora, regidos por el pensamiento crítico, que sean líderes en el cuidado profesional y, por tanto, la formación en valores profesionales no debe quedar en un segundo plano dada la gran influencia que ejerce sobre la calidad del cuidado (28).

Para formar profesionales de enfermería capaces de ofrecer cuidados excelentes es imprescindible continuar profundizando en los conocimientos, capacitar a los estudiantes en habilidades expertas además de potenciar la pedagogía axiológica a lo largo del grado (29) a ser posible desde una perspectiva transdisciplinar (30), aunque sin olvidar la educación transprofesional y la mejora de habilidades comunicativas (31).

Siguiendo las recomendaciones del CIE (32), no hay que olvidar que debemos tener siempre presente nuestra responsabilidad profesional o corremos el peligro de que a medida que la disciplina enfermera vaya evolucionando como ciencia vayamos perdiendo su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de guía. Para que la ciencia sea considerada como tal, debe considerar, también, la dimensión humana y situarse en el ámbito de lo moral.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación que me planteo en este proyecto de tesis nacen de mi experiencia como enfermera durante dos décadas y como docente en estos últimos 4 años. En los que, con una frecuencia mayor de la deseable, he observado conductas por parte del colectivo enfermero que denotaban una carencia severa respecto a valores profesionales. He observado en muchos casos una atención más centrada en las organizaciones o en los propios profesionales que en los pacientes, que deberían ser sin lugar a duda el centro de nuestros cuidados.

Surgen también, de la necesidad de mejorar como profesional y también de colaborar en la formación de enfermeras capaces de ofrecer unos cuidados humanos centrados en la persona y no únicamente en el profesional o en la organización, por ello creo que incluir el profesionalismo, y especialmente la formación en valores profesionales en el grado de enfermería puede conseguir mejorar la calidad de los cuidados

- ¿Qué valores deben guiar la práctica de los profesionales de enfermería?
- ¿Cuál es el grado de importancia que otorgan los estudiantes del grado de enfermería de una facultad de enfermería a los valores profesionales?
- ¿Qué relación existe entre las características socio-demográficas de los estudiantes de enfermería y su percepción de los valores profesionales?
- ¿Qué valores guían a los estudiantes de enfermería de una facultad de Barcelona durante sus prácticas clínicas?
- ¿Qué valores influyen en los comportamientos asociados a los valores profesionales de los estudiantes de enfermería de una facultad de Barcelona durante sus prácticas clínicas?

1.3 OBJETIVOS

Los objetivos de investigación que se derivan de las preguntas de investigación formuladas anteriormente son los siguientes:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción respecto a los valores profesionales de los estudiantes de una facultad de enfermería de Barcelona a lo largo del Grado.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para poder alcanzar el objetivo general se han formulado 4 objetivos específicos que se muestran a continuación:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el grado de importancia que otorgan los estudiantes a los valores profesionales de la American Nursing Association (ANA).
2. Analizar la relación entre las características socio-demográficas de los estudiantes y el grado de importancia otorgado a los valores profesionales de la American Nursing Association (ANA).
3. Describir la percepción de los estudiantes respecto a la incorporación de los valores profesionales en su actuación durante las prácticas.
4. Explorar los factores que influyen en los comportamientos asociados a los valores profesionales de los estudiantes de enfermería.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

“La actitud con la cual realizas tu trabajo, no sólo determina tu calidad y eficiencia, sino que moldea tu carácter y revela tus valores y principios”.

Orison Swett Marden

2.1 DEL CONCEPTO DE VALOR A LOS VALORES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El mundo de los valores es sumamente complejo, ente otras razones, porque es posible abordar el tema desde múltiples perspectivas y enfoques (33). El debate que ha suscitado la conceptualización de los valores a lo largo de la historia de nuestra sociedad ha sido amplio. El presente capítulo pretende mostrar brevemente las posturas de autores y las corrientes más representativas desde la última mitad del s. XX hasta la actualidad, exponer las propiedades de los valores, presentar los valores profesionales desde la perspectiva enfermera y mostrar los valores defendidos por los principales códigos deontológicos de la profesión.

2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL VALOR

Según la Real Academia Española (34) el término *Valor* deriva del latín: *valor, valoris* y posee varias acepciones, entre las que destacamos las siguientes:

“Grado de utilidad o aptitud que poseen las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar”.

“Alcance de la significación o importancia de una cosa, acción, palabra o frase”.

“Subsistencia y firmeza de algún acto”

“Fuerza, actividad, eficacia o virtud de las cosas para producir sus efectos”.

Diego Gracia (35) considera que valorar es una necesidad biológica tan primaria como percibir, recordar, imaginar o pensar. Vivir es un continuo proceso de valoración, por lo que todo es objeto de estima o desprecio y por lo tanto tiene un valor.

Según este autor, las teorías objetivistas, de la mano de Platón, consideraron los valores como realidades puras y objetivas. En este contexto, el pluralismo axiológico carecía de todo sentido y era lícito utilizar la fuerza en defensa de los valores que se tenían por verdades absolutas. Este fue el paradigma que imperó en nuestra sociedad hasta bien entrado el s. XVI. En ese contexto y de la mano del luteranismo y la modernidad, fue abriéndose paso el pluralismo que, aunque en principio era religioso, fue abarcando también el mundo de los valores, llegando a la conclusión de que los valores son puramente subjetivos e irracionales, de modo que no tiene sentido analizarlos racionalmente o deliberar sobre ellos, sino tan solo constatar su presencia. Durante el s. XX, se ha intentado superar esta dicotomía existente entre en objetivismo y el

subjetivismo axiológico, pero ninguna de las dos posturas ha logrado explicar satisfactoriamente el modo de ser de los valores, pues al centrarse sólo en un aspecto del valor, y olvidar o menospreciar el otro, aciertan en lo que afirman pero no en lo que ignoran o callan (33).

Tras siglos de debate, ha tomado el relevo en la actualidad una tercera postura que se caracteriza por ser constructivista. Bajo este último paradigma se comprende que los valores se construyen, tanto individual como colectivamente, por lo tanto, más que adoctrinar de un modo beligerante o clarificar preservando la neutralidad de las cuestiones de valor se hace imprescindible involucrar a las personas en los procesos de construcción activa de los valores y buscar activamente los mejores valores para nosotros mismos y para la sociedad a través de la deliberación. Para Gracia (35), los valores son realidades de carácter constructivista e hermenéutico, o sea, construcciones humanas con carácter subjetivo, social, cultural e histórico, que dan sentido a las cosas, a las actividades

Desde este paradigma, Pérez-Pérez (33), continuando con el trabajo de Garzón-Pérez y Garcés-Ferrer (36), ha intentado explicar las diferentes dimensiones dicotómicas que conforman el concepto del valor:

- Dimensión Objetiva – Subjetiva: Según el enfoque subjetivo el valor es una construcción del sujeto; es algo que éste añade a los objetos físicos o sociales y por tanto, depende de sus características y vivencias psicológicas. Por el contrario, los objetivistas entienden que el valor existe de forma real, autónoma y objetiva, constituyendo un aspecto de la realidad que se le impone al sujeto.
- Dimensión Real – Ideal: esta dimensión hace referencia a la concepción del valor como algo concreto, real, sustantivo, o, en cambio, como un estado ideal y abstracto que conseguir.
- Dimensión Emocional – Racional: La gran mayoría de las interpretaciones subjetivas han identificado o situado el valor en la esfera de lo irracional, de lo emotivo. En el campo de las interpretaciones objetivas se pueden distinguir dos posiciones contrapuestas que van desde los planteamientos racionalistas de Kant o Hartmann, para quienes los valores sólo se pueden conocer a través del intelecto, de la razón, hasta los planteamientos schelerianos, en los que se rechaza el racionalismo apriorístico kantiano y se plantea un apriorismo emocional.
- Dimensión Universal – Relativa: Las perspectivas objetivas consideran los valores como algo universal y absoluto e independiente del valor, lo que implica su inmutabilidad. Las

teorías subjetivas plantean un relativismo axiológico tanto psicológico (depende del sujeto que valora) como histórico (condicionado por factores sociales y culturales).

- Dimensión colectiva – Individual: Tradicionalmente la axiología y la psicología, y tanto en las interpretaciones subjetivas como en la objetivas, han presupuesto que el valor es ante todo un fenómeno de la conciencia individual. Sin embargo, desde campos como la antropología, la sociología o la psicología social, el valor se convierte en un elemento cultural que proporciona a los miembros de esa cultura un esquema conceptual de lo que es correcto, ideal y preferible, de tal manera que orienta la conducta humana.

La figura 1 muestra el esquema de las diferentes dimensiones que conforman los valores y su relación con las diferentes perspectivas axiológicas.



Figura 1. Dimensiones en la conceptualización del valor. Adaptado de Garzón-Pérez y Garcés-Ferrer (36)

El abordaje teórico actual del concepto valor se encuentra indisolublemente unido al desarrollo de la psicología social y la sociología (37). Son diversos los autores que han intentado elaborar una aproximación conceptual del concepto valor, entre las que quiero destacar las siguientes, teniendo en cuenta las dimensiones antes descritas:

Kluckhohn et al. (38) consideró los valores como *“actitudes, motivaciones, objetos, cantidades mensurables, campos concretos de conducta, costumbres o tradiciones afectivamente cargadas y relaciones como las que tienen lugar entre individuos, grupos, objetos y sucesos”*, el mismo autor añade que *“un valor es una concepción, explícita o implícita, propia de un individuo o característica de un grupo, acerca de lo deseable, lo que influye sobre la selección de los modos, medios y fines de acción accesible. Un valor no es solamente una preferencia, sino una preferencia que se siente o se considera justificada o ambos casos a la vez, ya sea moralmente o*

por razonamientos, o por juicios estéticos, utilizándose casi siempre estas dos o tres justificaciones”.

Fronzizi (39) considera que el valor es una cualidad que surge de la reacción de un sujeto frente a las propiedades que se hallan en un objeto Maslow (40) propuso una base biológica de los valores y equiparó este concepto con el de necesidad innata al ser humano. Los valores nacen de la priorización de lo deseable y necesario para satisfacer una necesidad, distingue entre necesidades básicas (de carácter universal) y necesidades idiosincráticas (dependen de cada individuo) y otorga importancia a la capacidad de elección de la persona. Planteó cinco valores o necesidades jerarquizadas en forma de pirámide, de manera que el acceso a un valor de orden superior solo se produce tras haber satisfecho las necesidades del escalón anterior. Estas necesidades en orden de importancia creciente son: necesidades fisiológicas básicas, necesidades de seguridad, necesidades de afecto y afiliación, necesidad de reconocimiento y éxito y necesidades de autorrealización.

Para Rokeach (41), un valor es la creencia perdurable de que un modo de conducta específico o fin en la vida, es personal o socialmente preferible sobre otro modo de conducta o fin de existencia. Según este autor y, a diferencia de Maslow, el aprendizaje y adquisición de los valores tiene un alto componente educativo y social, y solo a través del contacto con determinantes culturales desde una edad temprana se van adquiriendo los valores y estableciéndose la jerarquización de estos. El número de interconexiones entre los diferentes valores determina la importancia de estos. De manera que, a mayor número de conexiones, mayor nivel de importancia y resistencia al cambio. Esta organización es permanente y estable en el tiempo y sirve a la persona como criterio para resolver conflictos y guiar la toma de decisiones cuando aparece un conflicto de valores.

Posteriormente, Schwartz (42), utilizando como punto de partida el trabajo de Rokeach, en la teoría de los valores universales, postuló que los valores son creencias vinculadas a las emociones que actúan como guía de las acciones y juicios, las cuales pueden ser ordenadas según el grado de importancia o prioridad, conformando el sistema de valores propio de cada individuo. Los define como una meta transituacional deseable, variable en importancia, que sirve como guía o principio en la vida de una persona o entidad social (43). El autor, destacó el papel relevante que juega la motivación en la formación de los valores y propuso un modelo formado por 10 valores universales y no jerárquicos que se ordenan de manera circular agrupándose aquellos cuya consecución está relacionada. Schwartz (43), prioriza el carácter subjetivo de los valores y considera que son representaciones internas del sujeto inherentes a

tres necesidades humanas básicas: necesidades de los individuos como organismos biológicos, necesidades de coordinación de la interacción social, necesidades de supervivencia y bienestar del grupo.

Llopis y Ballester (44) afirman que en la valoración se produce una fusión del plano cognitivo y del afectivo en el que entra en juego toda nuestra personalidad. En la misma línea, Gervilla (45) señala que *“ni el emotivismo radical ni el racionalismo absoluto son buenos conocedores de los valores, pues en su captación, los sentimientos no son totalmente ciegos ante la razón, ni el conocimiento intelectual es ajeno a la afectividad”*. Entendiendo los valores como el deseo de poseer (si no se tiene) o de conservar y aumentar (si ya se posee) un bien real o ideal, deseado o deseable para una persona y/o la sociedad.

Según la postura de Quintana (46) los valores pueden ser captados simultáneamente por la vía del sentimiento y la del entendimiento, de lo racional y de lo emocional, aunque considera que la vía afectiva más frecuente ya que la vía intelectual supone mayor esfuerzo. Es un claro defensor de la existencia de unos valores absolutos, los grandes valores antropológicos (dignidad de la persona, libertad, derechos humanos...), aunque también acepta que hay otros que no lo son. Según este autor, lo absoluto de los valores se aplica a los valores ideales que ocupan los primeros puestos de la escala, mientras que los valores relativos son los que se encuentran en la parte inferior de la escala. Pero entiende que, aunque algunos valores son básicamente absolutos y otros básicamente relativos, la mayoría de los valores tienen elementos de uno u otro tipo, en proporciones variadas. De cualquier modo, según este autor, los valores objetivos siempre se captan por la vía intelectual y racional, por ser la que ofrece mayores garantías de verdad.

Escámez, García y Ortega (47) conceptualizan los valores como cualidades reales, inmateriales, históricas, dinámicas e incardinadas en el mundo de la vida ordinaria de las personas. Señalan la importancia de conjugar la construcción del conocimiento y los valores desde múltiples perspectivas, pero defienden la existencia de unos valores absolutos.

Para Garzón y Garcés (36), los valores son la dimensión prescriptiva que toda presentación cognitiva lleva implícita y que el individuo utiliza cotidianamente como marco de referencia de su interacción con los demás. Según Zubiri (48), antes de realizar algo, debemos proyectarlo como posibilidad. El primer problema que se deriva que a todo ser humano se le presentan un número indeterminado de posibilidades entre las que ha de elegir; el segundo problema es que no puede delegar la decisión en otro, pues en ello le va a uno su vida moral; el tercer problema,

es el de saber discernir qué posibilidad es la mejor. Aquí es donde adquiere un papel decisivo la noción de valor.

Hall concibe los valores como ideales que dotan de significado nuestras vidas, expresados a través de prioridades que tienen su reflejo en la conducta humana, y con los que las personas actúan de manera consistente y repetidamente. Son la base que da significado, impulsa y motiva a la persona (49). El Modelo Hall-Tonna responde a un modelo de valores de corte evolutivo, dinámico y sistémico. Estos autores consideran que los valores no tienen sentido aislados, y que a lo largo de la vida, las prioridades de valor van cambiando, dependiendo de las circunstancias y de las experiencias vividas (50). Hall (49), al contrario de Schwartz, reconoce la naturaleza subjetiva y objetiva de los valores. Considera que tienen un papel mediador entre el mundo interior y exterior de la persona y que es el lenguaje la herramienta que facilita su aproximación, el vehículo que traduce el mundo interno y lo comunica al exterior y que permite describir el mundo externo e interiorizarlo y hacerlo propio.

Pérez-Pérez (33), sintetizando las posturas de diversos autores, ha concluido que los valores pueden entenderse como cualidades de la realidad material humana que nos permiten preferir aquellas manifestaciones de dicha realidad que son o nos parecen óptimas. Los valores son propiedades de la realidad que sólo aparecen o se perciben en la relación que se establece entre las realidades presuntamente valiosas y los hombres que se vinculan con ellas.

Torralla (51) afirma que los valores nos ayudan a vivir más intensamente y con mayor profundidad nuestra cotidianidad y si somos capaces de vivir coherentemente con nuestros propios valores, nos sentimos profundamente felices. Según el autor, los valores configuran el carácter de la persona y facilitan las relaciones humanas y con el entorno. Considera que, aunque son invisibles e intangibles, dan fortaleza al espíritu y permiten el desarrollo personal a lo largo de nuestra existencia. Entiende los valores como horizontes de referencia que orientan la vida humana y se manifiestan en las acciones y omisiones, en las palabras y los silencios, de modo que cuando algo tiene valor, dedicarle tiempo y esfuerzo tiene un sentido.

Aunque hay acuerdo que los valores sirven de antecedentes en el comportamiento y la toma de decisiones de los individuos y los grupos sociales (50), según Pérez-Armenio (37), la falta de un claro consenso entre la comunidad de expertos es una muestra de que se trata de un concepto que no se encuentra claramente definido y cuya complejidad no se ha conseguido explicar completamente, aunque se puede afirmar que existen elementos que son abordados por la mayoría de los autores como sus tres dimensiones: su carácter social, dinamizador y legitimador del comportamiento, así como su importancia dentro de las organizaciones.

2.1.2 PROPIEDADES Y SOPORTES DE LOS VALORES

Scheler (52) teorizó sobre los soportes de los valores y propuso una clasificación estos en función de sus posibles soportes de modo que, los valores instrumentales pueden ser soportados por todo lo que tenga materia (desde la naturaleza inorgánica hasta los seres humanos), aunque son más propios de los objetos que de las personas; los valores vitales solo pueden ser soportados por los seres vivos (incluidas las personas) y por último, los valores éticos solo pueden ser soportados por los seres humanos.

Los valores se ordenan, por tanto, en función de su soporte, de tal manera que los seres humanos son depositarios de los valores espirituales, vitales y materiales, los seres vivos lo son de los valores vitales y materiales y los objetos únicamente de los valores materiales. Hay que tener en cuenta también, que cuanto más elevado sea el soporte, menos importancia tienen los valores instrumentales y mayor importancia tienen los valores intrínsecos (35). La tabla 1 muestra cómo se ordenan los valores en función de los soportes que los sustentan:

Tabla 1. Ordenación de los valores según soporte. Adaptado de Gracia (35).

CATEGORÍA Y SOPORTE	TIPOS	VALORES
VALORES ESPIRITUALES O DE PERSONA SOPORTE: SERES HUMANOS Soporte de valores principalmente intrínsecos	Religiosos	Sagrado – Profano Divino – Demoníaco Pío - Impío Bueno – Malo Bondadoso – Malvado
	Morales	Justo – Injusto Escrupuloso – Relajado Leal - Desleal
	Ontológicos	Digno - Indigno
	Sociales	Solidario - Insolidario Correcto – Incorrecto
	Jurídicos	Legítimo - Ilegítimo Verdadero – Falso
	Lógicos	Evidente – Probable Cierto – Erróneo Exacto - Inexacto
	Estéticos	Bello – feo Elegante – inelegante Útil – Inútil
	Instrumentales	Trabajador – Vago Diligente - Negligente
VALORES VITALES O DE SER VIVO SOPORTE: SERES VIVOS Soporte de valores intrínsecos e instrumentales	Vitales	Vivo -Muerto Sano – Enfermo Fuerte – débil Bienestar – Malestar Agradable – Desagradable Placentero - Doloroso
	Estéticos	Bello - Feo
	Instrumentales	Útil - Inútil
VALORES MATERIALES O DE LAS COSAS SOPORTE: OBJETOS Soporte de valores sobre todo instrumentales	Valores intrínsecos	Bello – Feo Armonioso – Inarmónico Gracioso - Tosco Caro – Barato
	Valores instrumentales	Abundante – Escaso Útil - Inútil

Para complementar la aproximación al concepto del valor, Gracia (35) describe ciertas propiedades asociadas a los valores que se detallan a continuación:

- **Universalidad:** La valoración es un fenómeno universal, no tiene carácter optativo. Todos los seres humanos valoran. Todo lo que se siente, se percibe, se piensa, es inmediatamente valorado. Esto no significa que todos los seres humanos compartamos los mismos valores.
- **Pluralidad:** A pesar de que la valoración sea universal, los contenidos de esa valoración pueden diferir entre seres humanos. La pluralidad entiende que hay diversos valores y diversos tipos de valores.
- **Polaridad:** A todo valor positivo, le corresponde otro valor de signo opuesto, también denominado contravalor. La razón de esta polaridad está en que no son cosas, sino cualidades que se manifiestan desdobladas en un valor positivo y otro negativo. Esta polaridad implica que no podemos ser indiferentes ante los valores, y que por lo tanto suscitan reacciones en las personas, aunque en muchos casos no son de apetencia sino de rechazo.
- **Rango o jerarquía:** Los valores tienden a ordenarse jerárquicamente, en principio, los valores intrínsecos son superiores a los instrumentales. Por otro lado, los valores soportados por seres humanos son superiores a los soportados por seres vivos y estos a su vez son superiores a los soportados por realidades materiales. Aunque en caso de conflicto, el deber es salvar, siempre que sea posible todos los valores.
Todos los valores valen, pero no todos valen lo mismo ni son siempre compatibles entre sí. Por ello es posible jerarquizarlos según el orden de preferencia. Todas las teorías sobre valores han hecho su propuesta de categorización, que son muy variadas. De hecho, éste es uno de los problemas propios de la axiología.
- **Fortaleza o urgencia:** En este sentido, los valores inferiores son más fuertes que los superiores ya que los sustentan, aunque como en el caso anterior, si hubiera un conflicto, no es la única característica a tener en cuenta.
- **Incompatibilidad:** Los valores no resultan por completo compatibles entre sí. Así por ejemplo hay incompatibilidades entre jerarquía y fortaleza, entre los valores universales y los valores individuales, entre amor al prójimo y justicia, entre orgullo y humildad.
- **Tragicidad:** La pérdida irreparable de un valor, especialmente si se trata de un valor intrínseco se denomina tragedia, especialmente cuando se trata de un valor intrínseco. Así se perciben, por ejemplo, la pérdida de la vida o de la belleza. Hay que tener en cuenta que la tragedia es algo inevitable.

- **Conflictividad:** La conflictividad es inherente a la vida humana, por eso, el número de conflictos no puede tomarse como índice de la calidad de las relaciones entre los seres humanos. La ausencia de conflictos es incompatible con la vida, de modo que cuando se permite la participación de todos en la toma de decisiones, aumenta la conflictividad. La capacidad de asumir la tragedia y la conflictividad es un signo de fortaleza moral.

Además de las propiedades descritas por Diego Gracia, Pérez-Pérez (33) ha añadido las siguientes:

- **Son apetecibles o deseados por su bondad:** La propia idea de valor ya indica que es capaz de suscitar una apetencia o un deseo en el sujeto. Éste no puede permanecer indiferente ante el valor. El valor es deseable en el sentido de que merece la pena ser deseado por su dignidad, aunque, de hecho, el sujeto no lo desee por diversos motivos o circunstancias.
- **Posee fuerza para orientar la vida humana:** Todo valor va acompañado de un «deber ser» orientativo que, por su idealidad, nunca es totalmente alcanzado. Los valores son exigentes y ejercen una presión sobre la voluntad y la libertad de las personas. Esto en lo ético es un imperativo, en lo estético una conveniencia y en lo religioso es un compromiso. Es una exigencia que orienta nuestra vida en una u otra dirección o finalidad.
- **Categorización.** Los valores, por su pluralidad, admiten ser clasificados y ordenados desde diferentes puntos de referencia. Las categorizaciones de los valores que han realizado los diferentes autores que han trabajado sobre el tema son muy variadas y responden a criterios múltiples. Para realizar esta categorización es necesario tener en cuenta que los valores se nos ofrecen con un cierto orden y manteniendo unas relaciones entre ellos.
- **Infinitud.** Los valores nunca se alcanzan en su totalidad y por ello la posesión del valor siempre nos deja positivamente insatisfechos. Ninguna realidad es tan valiosa que nos impida un posterior perfeccionamiento.
- **Carácter relacional.** Tal y como plantea el objetivismo axiológico, el valor es y vale en sí mismo, pero no es ni vale por sí mismo, sino en relación a un sujeto que evalúa y valora. Supone necesariamente una referencia a un sujeto sensible e inteligente que lo capta sin lo cual no tendría razón de ser.

2.1.3 LOS VALORES PROFESIONALES DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Para Cortina (53), una profesión va más allá de ser una mera ocupación que permite obtener ingresos y estatus social, puesto que en realidad es una práctica social que adquiere su verdadero sentido y significado en el bien o servicio que proporciona a la sociedad. Esto, es especialmente significativo en las profesiones sanitarias, ya que el compromiso con la excelencia profesional se da por hecho, no solo a nivel técnico y científico sino a nivel humano (21). Para que esto sea así, es indispensable basar las intervenciones profesionales en valores profesionales establecidos y aceptados que ayuden a tomar las mejores decisiones en la práctica clínica y a sustentar la identidad de la profesión.

Cada disciplina posee un conjunto de valores que asume como propio, le otorga identidad como grupo profesional (54) y que se articulan en códigos deontológicos profesionales (55). La disciplina enfermera, como profesión, ha adoptado unos valores propios que le otorgan identidad y guían la prestación de cuidados seguros, de alta calidad y éticos a través de la socialización profesional (56).

Desde las organizaciones sanitarias también se han invertido esfuerzos en la aproximación conceptual al tema de los valores. Así, la American Nurses Association (57) define los valores como *“creencias firmes de lo que es deseable, tiene valor o dignidad que guían y motivan las actitudes y acciones e informan de la ética de la persona. Un valor intrínseco es un bien que tiene valor en sí mismo y no únicamente como un medio para otro bien. Por ejemplo: la salud es un valor instrumental como medio de satisfacción vital y contribución social”*. También describe las virtudes como un hábito del carácter que predispone a hacer lo correcto.

Zoboli y Schweitze (58) los consideran construcciones humanas con carácter subjetivo, objetivo, e intersubjetivo, social, cultural e histórico que dan sentido a las cosas y a las actividades. Según las autoras, en la práctica profesional, los valores constituyen ejes en torno de los cuales se desarrollan las intervenciones y entra en juego la excelencia en el cuidado. Por ser construcciones, los valores precisan ser comprendidos por medio de interpretaciones y deben permanecer abiertos para las realidades actuales y futuras.

Altun (59) defiende la postura de que los valores son ideales o creencias que los individuos o grupos sociales mantienen y que se reflejan en actitudes individuales. Díaz-Flores et. al. han definido los valores profesionales como *“Valores humanos contextualizados y orientados a la profesión que aúnan en sus significados la relación entre los requerimientos sociales y los de la*

profesión y constituyen la identidad profesional ya que son una guía de comportamiento en el ámbito laboral”.

Para Weis y Schank (60), la adquisición de valores profesionales influye en la habilidad para resolver conflictos y priorizar intervenciones según la importancia que se les otorgue. Estas autoras, afirman que su internalización es fundamental para el desarrollo profesional ya que proporcionan un marco común de referencia sobre el que se pueden desarrollar las expectativas. Son estándares de acción preferidos por el grupo profesional y pueden ser utilizados para evaluar la integridad tanto de la persona como de la organización.

Los valores profesionales en enfermería son aquellos ampliamente aceptados por el grupo profesional (19) son necesarios para todos los miembros de una profesión y son una parte esencial de la práctica adecuada en enfermería (61). Constituyen la base de las intervenciones enfermeras y sustentan todas las interacciones con pacientes, compañeros de trabajo, profesionales de otras disciplinas, y la población en general, además de proporcionar un marco para la práctica profesional (60,62). Estos valores se aprenden y se van perfilando a la luz de las experiencias profesionales y personales (63), conducen a patrones de conducta que se expresan en la acción y facilitan los procesos de toma de decisiones a los que se enfrentan las enfermeras en su práctica del cuidado (64–66) y sirven de apoyo a las enfermeras ofreciendo a la vez a los pacientes una sensación de seguridad de la mano de un cuidado humanizado (65,67).

Benner (14) puso de manifiesto la importancia de los valores profesionales y el comportamiento ético si se pretende alcanzar un cuidado óptimo y reveló que aunque la práctica de la enfermería requiere un alto nivel intelectual y habilidades técnicas calificadas, la enfermera también se debe involucrar en el razonamiento moral basado en la internalización de valores, lo que describió como el hábito mental de procurar hacer lo correcto para los pacientes dentro de los estándares de la profesión (14). Kaya y Boz (68), al proponer su modelo de valores profesionales concluyeron que el desarrollo de unos valores profesionales firmes aumenta la satisfacción laboral y se traduce en una mejora de la atención y la satisfacción del paciente.

Schmidt y McArthur (59), además de considerar que los valores profesionales son un concepto relevante dentro de la profesión, expresaron que una mayor comprensión de estos puede servir para aunar los esfuerzos y proporcionar una ética del cuidado culturalmente competente. Alfred et al. (69) y Sharihari et al. (70) han documentado la presencia de valores profesionales comunes en enfermeras de zonas geográficas y contextos culturales diferentes, aunque con pequeños matices culturales, especialmente en la priorización de los mismos.

La literatura ha mostrado que existe una fuerte relación positiva entre niveles altos de valores profesionales en enfermería y la satisfacción del paciente (71,72), de los propios profesionales (71–74) y la calidad de la atención (57,60,74–77).

Por todo ello, la adquisición de valores profesionales en enfermería es vital para los profesionales y su desarrollo y socialización debe iniciarse de manera intensiva durante la formación académica (60,78,79). Los estudiantes de enfermería deben adquirir un fuerte compromiso con los valores profesionales además de unos conocimientos profundos y unas habilidades técnicas actualizada para ofrecer una atención excelente (79).

2.1.4 EL MODELO DE VALORES PROFESIONALES DE KAYA Y BOZ

Kaya y Boz (68) han descrito un Modelo de Valores Profesionales (PVM) que integra los valores de las personas receptoras de los cuidados, los valores profesionales de las enfermeras, las relaciones que se producen entre ellos y las responsabilidades que es preciso asumir para mejorar la satisfacción de todos los actores y alcanzar una atención de calidad. En la figura 2, se muestran los principales componentes del PVM.

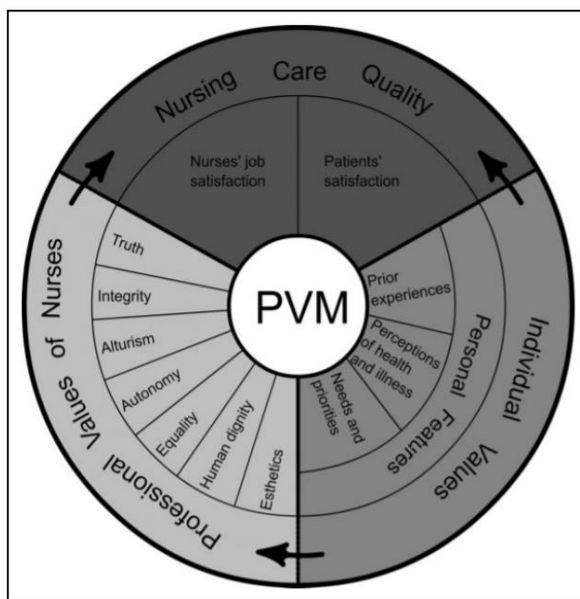


Figura 2. Modelo de Kaya y Boz

El modelo de Kaya y Boz, asume que el comportamiento de las personas es un reflejo de sus valores, y estos se ven afectados por sus propias experiencias. Consideran que las personas y el entorno se influyen mutuamente en todas las etapas de la vida y que las enfermeras son un factor importante en las interacciones entre el ser humano y el medio ambiente.

El marco de referencia del modelo está formado por tres conceptos básicos a los que se han intentado aproximar a través de la literatura y se exponen a continuación.

- **Los valores individuales de las personas:**

Los valores se refieren a las creencias de los individuos acerca de su ideal de comportamiento y se definen como estándares que guían la conducta humana. La base de los valores individuales se haya en la educación recibida por la familia. Así mismo, las características individuales,

experiencias previas, percepciones del binomio salud – enfermedad, necesidades, prioridades, medio ambiente y sociedad juegan un papel importante en la adquisición y creación de una estructura de valores. La honestidad, veracidad, bondad, democracia, solidaridad, buena voluntad, amistad, tolerancia, paciencia, amor, familia, racismo, cultura, patriotismo y libertad se encuentran entre los valores individuales. Estos guían a los individuos en sus selecciones y prioridades durante su proceso de toma de decisiones y tienen un papel relevante en la determinación de sus necesidades en momentos de salud y enfermedad. Desempeñan un importante papel en la participación o el rechazo de los cuidados y por ello es imprescindible conocerlos para acompañarles en la elección de las mejores decisiones de manera coherente con sus necesidades.

Características personales (físicas, psicológicas y sociales):

Las características físicas incluyen variables como la edad, género, habilidades físicas, resistencia, índice de masa corporal, agilidad y adaptación. Las características psicológicas implican variables como el autorrespeto, automotivación, percepción de las habilidades individuales y el estado de salud; las características sociales incluyen variables como el origen étnico, la estructura cultural, la educación y las condiciones socioeconómicas.

Todas estas características influyen en los valores individuales, la interpretación de las experiencias, la determinación de las necesidades y prioridades y el nivel de salud – enfermedad percibido.

Experiencias previas:

Las experiencias influyen en la ejecución de nuevos comportamientos, de modo que el éxito o el fracaso en comportamientos anteriores afectan a las conductas posteriores.

Percepciones de salud y enfermedad:

Las características y experiencias individuales son factores importantes que influyen en las percepciones de la salud y enfermedad y en la participación, aceptación o rechazo de los cuidados. De modo que, a medida que se otorga mayor importancia a la salud, mayor es la atención que se presta para iniciar y/o mantener conductas saludables.

La participación de los individuos en su propio cuidado es un componente importante del éxito de las intervenciones enfermeras. Si los individuos consideran la salud sólo como ausencia de enfermedad, presentan mayores dificultades para involucrarse en su autocuidado. Por el

contrario, si consideran la salud como un estado de bienestar, es más probable que adquieran comportamientos que promuevan la salud.

Únicamente se puede llegar a ofrecer una práctica ética si las enfermeras exploran el significado de salud – enfermedad para la persona y tienen en cuenta su contexto sociocultural.

Necesidades y prioridades:

Las características personales pueden determinar las necesidades y prioridades de las personas. Para mantener un nivel de salud óptimo, es preciso que las personas participen en su propio cuidado y en el proceso de recuperación en caso de enfermedad. Para ello deben considerar que necesitan atención y cuidados. La creencia de que una práctica de cuidado o un comportamiento saludable es difícil provoca que su aceptación e integración sea árdua, en cambio, tener en cuenta las necesidades priorizadas por los individuos influirá positivamente en la calidad de la atención.

- ***Los valores profesionales de las enfermeras:***

El hecho de que los miembros de una profesión tengan un sentimiento de pertenencia y entrelacen su profesión y su personalidad se considera un factor importante que contribuye al desarrollo de los valores profesionales. Las enfermeras actúan en función de sus propios valores, por lo que estos se intuyen a través de su comportamiento, actitudes y en los procesos de toma de decisiones en dilemas éticos. Es importante que las enfermeras conozcan los valores profesionales para que puedan cumplir con sus funciones de una manera eficaz.

Los valores profesionales han sido identificados por la *American Association of College of Nursing* y han sido apoyados por otras asociaciones profesionales e investigaciones que también han agregado nuevos valores. Como resultado, los valores básicos de la profesión enfermera se definen como la verdad (adherencia a un hecho o realidad), integridad (actuar de manera acorde con un código de ética apropiado y estándares aceptados de práctica), altruismo (consideración por el bienestar de los demás), autonomía (capacidad para tomar decisiones en las decisiones o acciones), igualdad (tener los mismos derechos y privilegios), dignidad humana (el valor inherente de un individuo) y estética (diferentes convenciones de lo que es apropiado, de buen gusto, elegante o agradable y lo que apreciar y valorar de manera fundamental).

La alta percepción de valores profesionales en enfermería genera mayor satisfacción laboral, desarrollo de la identidad profesional, socialización ocupacional, atención de enfermería de alta calidad y capacidad de tomar decisiones complejas. Las enfermeras que toman conciencia de

sus propios valores profesionales pueden transferirlos a su actuación profesional consiguiendo una mayor calidad en la atención del paciente y mayor satisfacción laboral.

- ***La calidad de la atención de los cuidados de enfermería***

El cuidado de enfermería se define como el esfuerzo cognitivo, emocional y físico para ayudar a otras personas a satisfacer sus necesidades cuando estas no son autónomas para ello. El objetivo de la profesión enfermera es ofrecer una atención eficaz y de alta calidad en consonancia con las necesidades individuales de los pacientes y utilizando para ello la mejor evidencia científica disponible. La presencia de unos valores profesionales firmes mejora la calidad de los cuidados y la satisfacción de los profesionales, además, las personas que reciben atención de alta calidad se sienten más satisfechas. Por el contrario, cuando las enfermeras no son conscientes de sus valores profesionales tienen mayores dificultades para comprender sus roles profesionales.

Concluyen finalmente, que para que las enfermeras puedan ofrecer la mejor atención de acuerdo con las elecciones y necesidades de las personas deben ser conscientes de los valores profesionales que influyen en su comportamiento.

Satisfacción del paciente:

La satisfacción del paciente se define como el cumplimiento de las expectativas del paciente sobre la atención brindada. Está relacionada con muchos factores, incluido el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas y los valores individuales y sociales. Se ha demostrado que el comportamiento profesional del personal sanitario y la calidad de la atención enfermera aumenta la satisfacción del paciente.

Satisfacción de los profesionales de enfermería:

La satisfacción laboral se define como el cumplimiento de las expectativas de los empleados sobre su trabajo e involucran sus conocimientos, creencias, sentimientos, evaluaciones y actitudes hacia su actividad laboral. Una satisfacción laboral elevada favorece la salud física y mental y ayuda a tomar decisiones precisas, por el contrario, una baja satisfacción laboral impacta de manera negativa en la satisfacción del paciente y la calidad de la atención.

La autoras concluyen su modelo de valores profesionales en enfermería afirmando que puede ser evaluado con diversas herramientas, entre ellas, la *Nursing Professional Values Scale (NPVS)* desarrollada por Weis y Schank in el año 2000, resvisada en el 2009 (NVPS-R) y conformada por 26 ítems

2.2 VALORES PROFESIONALES EN LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

A continuación, se presentan y se introducen los códigos deontológicos de las principales asociaciones profesionales que guían la disciplina enfermera en nuestro entorno en los que se pueden identificar los diferentes valores profesionales. Los códigos se muestran articulados con la intención de que sirvan de referencia al lector y no se han comentado al quedar esta empresa alejada de los objetivos planteados en la tesis.

2.2.1 CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) en representación de los más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo. Se fundó en 1899 y se autoproclama como la primera organización internacional y de mayor alcance en el mundo para los profesionales de la salud (80).

El CIE está dirigido por enfermeras, lidera a las enfermeras en el ámbito internacional, y trabaja para garantizar cuidados de enfermería de calidad para todos, políticas de salud sólidas, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia a nivel mundial de una profesión de enfermería respetada y una fuerza laboral de enfermería competente y satisfecha (80).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (81) adoptó por primera vez un *Código internacional de ética para enfermeras* en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2012: *El código deontológico del CIE para la profesión enfermera*. El documento pretende ser guía para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales.

En el preámbulo del citado documento se expone que las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados (81).

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética y se exponen a continuación (81):

1. La enfermera y las personas:

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos. La enfermera demostrará valores profesionales tales como el **respeto**, la **disponibilidad**, la **compasión**, la **confianza** y la **integridad**.

2. La enfermera y la práctica:

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas. La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

3. La enfermera y la profesión:

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas. La enfermera participará en el

desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales. La enfermera, actuando a través de la organización profesional, participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente. La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud. La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.

4. La enfermera y sus compañeros de trabajo:

La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud. La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.

2.2.2 AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING

La American Association of Colleges Of Nursing (AACN) trabaja para establecer estándares de calidad para la educación en enfermería; ayuda a las escuelas a implementar esos estándares; influye en la profesión de enfermería para mejorar la asistencia sanitaria; y promueve el apoyo público a la educación, investigación y práctica de enfermería profesional. Se fundó en 1969 y en la actualidad están afiliadas más de 840 escuelas miembros de universidades públicas y privadas de EEUU (82).

Dentro de sus publicaciones destaca la serie *Essentials* que proporciona el marco para la construcción de planes de estudio de la profesión enfermera. Los Esenciales describen el contenido curricular necesario y las competencias esperadas de los graduados de los programas de licenciatura, máster y doctorado en práctica de enfermería, así como el apoyo clínico necesario para todo el espectro de la enfermería académica (83). Entre los estándares esenciales que describen las competencias de enfermería para la licenciatura, se dedica un capítulo al profesionalismo y los valores profesionales inherentes a enfermería. A continuación se los valores profesionales identificados (84):

Essential VIII: Profesionalismo y valores profesionales.

Los valores profesionales y sus comportamientos asociados son fundamentales para la práctica de enfermería. El profesionalismo se define como la demostración constante de los valores fundamentales para lograr resultados óptimos de salud y bienestar de los pacientes, las familias y las comunidades mediante la aplicación inteligente de los principios de **altruismo, excelencia, cuidado, ética, respeto, comunicación y responsabilidad.**

El profesionalismo también implica la **responsabilidad** de la propia práctica de enfermería y de uno mismo e incluye un compromiso profesional continuo y el aprendizaje permanente. La enfermera es la responsable de su práctica individual y determina la delegación apropiada de tareas de acuerdo con la obligación de brindar una atención óptima al paciente. La responsabilidad de las propias acciones incluye la **cortesía** en el trato y el **civismo**, ambos imprescindibles para mostrar profesionalismo. El **civismo** es un conjunto fundamental de comportamientos aceptados para una sociedad/cultura en los que se basan los comportamientos profesionales.

Una de las razones principales del gran reconocimiento de la sociedad a la profesión enfermera es el valor que otorgan al **cuidado** y la **compasión** enfermera. El cuidado, concepto fundamental en nuestra práctica profesional, abarca la empatía, la conexión y el estar con el paciente, así como la capacidad de traducir estas características afectivas en una atención compasiva, sensible y centrada en el paciente.

Históricamente, las enfermeras han brindado atención a los pacientes en un contexto de **intimidad** privilegiada, en el que se establece una **relación** única y terapéutica. A través de esta conexión, la enfermera y el paciente trabajan para comprender una amplia variedad de necesidades físicas, psicosociales, culturales y espirituales, decisiones de salud y desafíos de la vida. La enfermería profesional requiere un equilibrio entre los conocimientos, las habilidades y las actitudes basados en la **evidencia científica** y en la **confianza, madurez, cariño y compasión** profesional. En esta sociedad global, las poblaciones de pacientes son cada vez más diversas, por lo que es esencial para el cuidado la necesidad de conocimiento basado en la evidencia y **sensibilidad** a variables como la edad, género, disparidades en salud, nivel socioeconómico, raza y espiritualidad. Las enfermeras graduadas están preparadas para atender a los pacientes en riesgo, incluidos los muy jóvenes y los ancianos frágiles y para acompañarlos en el proceso de toma de decisiones al final de la vida dentro del contexto del sistema de valores del paciente.

La educación del grado de enfermería incluye el desarrollo de valores profesionales y un comportamiento basado en valores. Comprender los valores que los pacientes y otros

profesionales de la salud aportan a la relación terapéutica es de vital importancia para brindar una atención de calidad al paciente. Los graduados en enfermería están preparados para los numerosos dilemas éticos que surgirán en la práctica y son capaces de tomar decisiones y ayudar a otros a tomar decisiones dentro de un marco ético profesional. La **ética** es una parte integral de la práctica enfermera y siempre ha involucrado el respeto y la defensa de los derechos y necesidades de los pacientes, independientemente del entorno. La honestidad y la actuación ética son dos elementos clave del comportamiento profesional que tienen un gran impacto en la seguridad del paciente. Una cultura de responsabilidad libre de culpa y un entorno de seguridad son importantes para alentar a los miembros del equipo a informar de los errores. Dicho entorno mejora la seguridad de todos los pacientes.

Los siguientes valores profesionales personifican a la enfermera profesional y solidaria. Las enfermeras, guiadas por estos valores, demuestran un comportamiento ético en la atención al paciente:

- El **altruismo** es una preocupación por el bienestar de los demás. En la práctica profesional, el altruismo se refleja en la preocupación y defensa de la enfermera por el bienestar de los pacientes, otras enfermeras y otros proveedores de la atención sanitaria.
- La **autonomía** es el derecho a la autodeterminación. La práctica profesional refleja la autonomía cuando respeta los derechos de los pacientes a tomar decisiones sobre su atención sanitaria.
- La **dignidad humana** es el respeto por el valor inherente y la singularidad de las personas y las poblaciones. En la práctica profesional, la preocupación por la dignidad humana se refleja cuando la enfermera valora y respeta a todos los pacientes y colegas.
- **Integridad** es actuar de acuerdo con un código de ética apropiado a estándares de práctica aceptados. La integridad se refleja en la práctica profesional cuando la enfermera es honesta y brinda cuidados basados en un marco ético aceptado dentro de la profesión.
- La **justicia social** consiste en actuar de acuerdo con un trato justo independientemente de la situación económica, raza, etnia, edad, ciudadanía, discapacidad u orientación sexual.

La AACN afirma que el grado de enfermería prepara a las enfermeras para:

1. Demostrar los estándares profesionales de conducta moral, ética y legal.
2. Asumir responsabilidades por comportamientos personales y profesionales.

3. Promover la imagen de la enfermería modelando los valores y articulando los conocimientos, habilidades y actitudes de la profesión enfermera.
4. Demostrar profesionalismo, incluida la atención a la apariencia, la conducta, el respeto por uno mismo y los demás. Prestar atención a los límites profesionales con los pacientes y las familias, así como comprender a los cuidadores.
5. Demostrar una apreciación de la historia y los problemas contemporáneos de la enfermería y su impacto en la práctica.
6. Reflexionar sobre las propias creencias y valores en lo que respecta a la práctica profesional.
7. Identificar los riesgos personales, profesionales y ambientales que afectan las elecciones y comportamientos personales y profesionales.
8. Comunicar al equipo de salud el prejuicio personal de uno sobre las decisiones de atención médica difíciles que afectan la capacidad de uno para brindar atención.
9. Reconocer el impacto de las actitudes, valores y expectativas en el cuidado de los adultos mayores, muy jóvenes, frágiles y otras poblaciones vulnerables.
10. Proteger la privacidad del paciente y la confidencialidad de los registros del paciente y otras comunicaciones privilegiadas.
11. Acceder a recursos interprofesionales e intraprofesionales para resolver dilemas éticos y de otras prácticas.
12. Actuar para prevenir prácticas de cuidado inseguras, ilegales o poco éticas.
13. Articular el valor de buscar la excelencia en la práctica, el aprendizaje permanente y el compromiso profesional para fomentar el crecimiento y el desarrollo profesional.
14. Reconocer la relación entre la salud personal, la autorrenovación y la capacidad de brindar una atención de calidad sostenida.

2.2.3 AMERICAN NURSES ASSOCIATION

El origen del “*Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*” se remonta finales del siglo XIX con la fundación de la *American Nurses Association (ANA)*. El primer código de ética publicado por la ANA data de 1950. Se han producido revisiones posteriores aproximadamente cada década, algunas con mayores cambios que otras. En 2001, se realizó una profunda revisión de las dimensiones del código y de las declaraciones interpretativas. La última revisión se publicó en 2015, identifica 9 dimensiones e incluye sus declaraciones interpretativas correspondientes (57).

El “*Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*” parafraseando la ANA (57), se ha mostrado como una herramienta útil en el siglo XXI ya que remarca los valores y compromisos fundamentales de enfermería (disposiciones 1-3), identifica los límites del deber y la lealtad (disposiciones 4-6) y describe los deberes de la enfermera que se extienden más allá de los encuentros individuales con el paciente (disposiciones 7-9).

A continuación, se muestran las disposiciones y un extracto de sus declaraciones interpretativas correspondientes (57):

DISPOSICIÓN 1: La enfermera desarrolla su práctica con compasión por la dignidad inherente, el valor y los atributos únicos de cada persona.

- **Respeto por la dignidad Humana:** El derecho a la asistencia sanitaria es universal y trasciende a las diferencias individuales. Las enfermeras asumen el liderazgo en el desarrollo e implementación de cambios en las políticas de salud pública que soporten este deber.
- **Relaciones con los pacientes:** Las enfermeras establecen relaciones de confianza con los pacientes, evitando los prejuicios. Factores como la cultura, los valores, las creencias religiosas o espirituales, los estilos de vida, el sistema de soporte social, la orientación sexual o de género y el idioma principal deben ser considerados a la hora de planificar los cuidados centrados en la persona, la familia y la sociedad. Estas consideraciones deben promover la salud y el bienestar y respetar las decisiones de los pacientes, aun cuando la enfermera no esté de acuerdo. Ante comportamientos autodestructivos, la enfermera debe abordar la situación ofreciendo oportunidades de cambio para eliminar el riesgo.
- **La Naturaleza de la Salud:** las enfermeras respetan la dignidad y los derechos humanos independientemente de los factores que contribuya al estado de salud de la persona. El valor de una persona no se ve afectado por su condición de enfermedad, habilidad, estatus socioeconómico o funcional o proximidad a la muerte. El cuidado óptimo capacita al paciente a experimentar el mayor estado de bienestar físico, emocional, social, religioso o espiritual posible respetando los valores del paciente. Este apoyo es especialmente importante al final de la vida para prevenir la cascada de síntomas y sufrimiento asociada a la muerte, es extensible también a la familia y/o personas significativas y incluye actuar para evitar tratamientos sin garantías, no deseados o innecesarios.
- **El derecho a la autodeterminación:** El respeto a la dignidad humana requiere reconocer el derecho a la autodeterminación. Los pacientes tienen el derecho moral y legal de determinar lo que quieren hacer con su propia persona. Tienen el derecho de aceptar,

rehusar o finalizar un tratamiento sin engaño, influencia, coacción o coerción y a que se le ofrezca el apoyo necesario durante el proceso de decisión. Este soporte incluye la oportunidad de tomar decisiones junto a la familia, personas significativas y obtener asesoramiento experto de otros profesionales de la salud.

Las enfermeras tienen la obligación de conocer, preservar y proteger los derechos morales y legales de los pacientes. En caso de que el paciente no tenga capacidad para tomar decisiones, las decisiones se basarán en los deseos previamente expresados. Y si no se conocen se basarán en los mejores intereses para el paciente considerando sus valores personales si estos se conocen.

Las enfermeras tienen conocimientos, visión y experiencia inestimable para ofrecer un cuidado efectivo y compasivo al final de la vida.

Es importante respetar las diferencias culturales, teniendo en cuenta las creencias respecto a la salud, autonomía, privacidad, confidencialidad, relaciones y procesos de toma de decisiones del paciente.

La enfermera no puede actuar con la única intención de acabar con la vida de una persona. Los individuos son miembros interdependientes de su comunidad, las enfermeras reconocen situaciones en las que los derechos de autodeterminación se contraponen a los derechos de los demás, especialmente en el contexto de la salud pública.

- **Relación con los compañeros de trabajo:** El respeto a las personas se extiende a todos los individuos con los que una persona interactúa. Las enfermeras mantienen una relación respetuosa y cuidadosa con sus colegas. Buscan la mejor manera de resolver los conflictos, actúan de manera transparente, íntegra y comprometida.

Las enfermeras actúan de manera proactiva creando entornos de trabajo éticos y cívicos y tratan a todos sus compañeros con dignidad y respeto. Colaboran para encontrar objetivos compartidos para ofrecer servicios de salud compasivos, transparentes y efectivos.

Disposición 2: El principal compromiso de la enfermera es para con el paciente, independientemente de que sea un individuo, familia, grupo o comunidad.

- **Primacía de los intereses de los pacientes:** La Enfermera tiene un compromiso fundamental con la singularidad de cada paciente y el plan de cuidados debe reflejar esa unicidad. Se esfuerza por proporcionar oportunidades a los pacientes de participar en la planificación e implementación del plan de cuidados. Ayuda en la resolución de conflictos cuando los deseos del paciente entran en conflicto con otros intereses.

- **Conflictos de intereses para enfermería:** La enfermera debe examinar los conflictos derivados de sus valores personales y profesionales, los valores e intereses de otros que también son responsables del cuidado de la salud de los pacientes, así como los valores de los pacientes. Debe esforzarse por resolver los conflictos en vías de garantizar la seguridad, respetar los intereses de los pacientes y preservar su integridad profesional.
- **Colaboración:** La complejidad del cuidado a la salud y de los sistemas sanitarios requiere de una aproximación multidisciplinar que demanda a la enfermera una buena articulación de todas las relaciones con otros profesionales de la salud. Estas relaciones requieren sinceridad mutua, reconocimiento, respeto y dialogo abierto entre todos los profesionales, así como con el paciente. La enfermera deberá promover la colaboración multidisciplinar de los cuidados para asegurar la accesibilidad y disponibilidad a los servicios de salud de calidad de todas las personas que tienen necesidades de salud.
- **Fronteras profesionales:** La enfermera reconoce y establece límites apropiados en las relaciones. La naturaleza íntima del cuidado enfermero, la participación en eventos estresantes de la vida y la mutua dependencia existente al trabajar con otros colegas, hacen que los límites de las relaciones se difuminen.

Disposición 3: La enfermera promueve, aboga y se esfuerza por proteger la salud, seguridad y derechos del paciente.

- **Protección de los derechos de privacidad y confidencialidad:** La necesidad del cuidado a la salud no justifica la intrusión en la vida del paciente. La enfermera salvaguarda el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de la persona, la familia y la comunidad y aboga por un entorno que provea suficiente privacidad física incluyendo la posibilidad de mantener decisiones de naturaleza personal y prácticas que protejan la confidencialidad de la información.
 - ✓ La privacidad es el derecho al control y acceso a la propia información y control de las circunstancias, el tiempo, y modo en que esa información debe ser divulgada.
 - ✓ La confidencialidad implica la no-divulgación de la información personal obtenida en el sí de la relación enfermera-paciente sin consentimiento.

La enfermera tiene el deber de mantener la confidencialidad de la información clínica y personal del paciente tanto dentro como fuera del lugar de trabajo, incluyendo las redes sociales y cualquier otro medio de comunicación.

- **Protección de los participantes en investigación:** Derivado del principio del respeto a la autonomía, el respeto a la persona y el respeto a la autodeterminación, los individuos tienen el derecho de elegir su participación en estudios de investigación. Es obligatorio que el paciente o la persona legalmente autorizada disponga de la información suficiente para tomar una decisión informada, para comprender esa información y para dejar de participar cuando lo considere oportuno sin ninguna penalización.

Las enfermeras deben mostrar especial atención en la investigación que incluya los grupos más vulnerables (niños, personas con deterioro cognitivo, personas con desventajas económicas o educacionales, personas mayores, fetos, embarazadas, presos y población desatendida) y tienen el deber de comunicar las situaciones en las que algún investigador actúe de un modo éticamente cuestionable.

- **Estándares de actuación y mecanismos revisados:** La enfermería profesional implica un proceso de educación y formación continuada. Este proceso incluye el desarrollo de conocimientos, habilidades, experiencias prácticas, compromiso, madurez en las relaciones e integridad personal esencial para la práctica profesional.

Los educadores de enfermería tienen la responsabilidad de asegurar que se logran las competencias básicas y los estándares de compromiso con la práctica profesional antes de acceder a la práctica profesional.

En definitiva, las enfermeras, individualmente, colectivamente y como profesión son responsables de la práctica enfermera y del comportamiento profesional.

- **Responsabilidad profesional en la promoción de la cultura de la seguridad:** Las enfermeras deben participar en el desarrollo, implementación, revisión y adherencia de políticas que promuevan la salud y la seguridad del paciente, reducir errores y gasto sanitario, y establecer y sustentar políticas de seguridad.

Cuando el error ocurra, las enfermeras deben seguir las guías institucionales y reportarlos a las autoridades correspondientes, así como establecer procesos de investigación del error para velar por mantener un entorno seguro para el paciente.

- **Protección de la salud y la seguridad del paciente actuando sobre prácticas cuestionables:** Las enfermeras deben estar atentas y emprender las acciones necesarias en caso de prácticas incompetentes, faltas de ética, ilegales o perjudiciales que ignoren los derechos o los mejores intereses de los pacientes provocando perjuicios. Para funcionar de manera efectiva, deben conocer los códigos de ética, estándares de práctica profesional, y las leyes locales y estatales y utilizar las políticas y los procedimientos de la organización sanitaria correspondiente.

Cuando las enfermeras tomen conciencia de una situación de esta índole, deben informar a las autoridades correspondientes. Hacerlo puede suponer un riesgo para la enfermera, pero este riesgo no la exime de su obligación de velar por la seguridad del paciente.

- **Protección del paciente y práctica perjudicial:** Las enfermeras deben proteger al paciente, la población y la profesión de los daños potenciales ante prácticas de colegas inapropiadas. Las enfermeras deben seguir las leyes y políticas de empleo de las organizaciones ante colegas cuyo trabajo se vea adversamente afectado por una enfermedad física o mental, fatiga, abuso de sustancias, tratamientos farmacológicos o procesos legales. Este hecho incluye apoyar el regreso de aquellos colegas que hayan buscado ayuda y después de la recuperación estén preparados para asumir sus responsabilidades profesionales.

Disposición 4. La enfermera tiene autoridad, responsabilidad y se compromete con la práctica enfermera; toma decisiones y las acciones consecuentes con la obligación de promover la salud y proveer cuidados óptimos para el paciente.

- **Autoridad, compromiso y responsabilidad:** Cada enfermera es responsable de sus propios actos. La práctica enfermera incluye actividades directas de cuidado, coordinación, evaluación de las intervenciones, delegación de tareas, investigación, educación, y gestión. En cada una de ellas la enfermera mantiene el compromiso y la responsabilidad de sostener la calidad de su práctica y los estándares de cuidado. En cada uno de estos roles la enfermera debe mostrar su autoridad y comprometerse y ser responsable de la calidad de su práctica, cumplir con los estándares del cuidado y seguir los códigos de ética de la profesión.
- **Compromiso con el juicio, las decisiones y la acción enfermera:** Las enfermeras siguen un código ético de conducta que incluye principios morales como la fidelidad, la lealtad, la veracidad, la beneficencia, el respeto a la dignidad, los valores y la autodeterminación del paciente, así como la adherencia a los estándares de la práctica enfermera. Las enfermeras en todos sus roles se responsabilizan de sus acciones y decisiones a lo largo de la práctica enfermera.
- **Responsabilidad sobre el juicio y la acción enfermera:** Las enfermeras son responsables de sus juicios, decisiones y acciones: las enfermeras aceptan o rechazan roles específicos asignados en base a su educación, conocimiento, competencia y experiencia, así como de su evaluación del nivel de riesgo para la seguridad del paciente.

Las enfermeras son responsables de evaluar su propia competencia, cuando las necesidades del paciente están más allá de la cualificación y competencia de la enfermera, debe de solicitar la colaboración de enfermeras cualificadas, otros profesionales de la salud u otros recursos apropiados.

Las enfermeras tienen la responsabilidad de definir, implementar y mantener los estándares de la práctica profesional. Deben planificar, establecer, implementar y evaluar mecanismos de revisión para salvaguardar a los pacientes, enfermeras, compañeros y el entorno, lo que incluye procesos de revisión por pares, planes de personal, procesos de credenciales, mejoras de calidad e iniciativas de investigación.

Las enfermeras deben plantear cuestiones difíciles relacionadas con la atención al paciente respecto a la práctica ética para su revisión y discusión, la enfermera actúa para promover la inclusión de todas las personas apropiadas en la deliberación ética.

- **Asignación y delegación de actividades de enfermería:** Al ser las enfermeras responsables de la calidad de los cuidados a proporcionar, también son responsables de asignar actividades de cuidado a otras enfermeras y de delegar actividades a otros trabajadores del cuidado de la salud. Las enfermeras deben hacer un esfuerzo razonable para evaluar la competencia individual cuando se deleguen tareas, esta evaluación incluye evaluar el conocimiento, las habilidades, la experiencia de la persona a la que se delega el cuidado, la complejidad de la tarea y las necesidades del cuidado del paciente.
- Las enfermeras son las responsables de monitorizar las actividades y de evaluar la calidad y los resultados del cuidado proporcionado por los profesionales a los que se les ha delegado alguna tarea.

Disposición 5: La enfermera tiene los mismos deberes para si como para con los otros, incluyendo la responsabilidad de preservar la integridad y seguridad, mantener la competencia y continuar con el crecimiento personal y profesional.

- **Deberes para con uno mismo y los demás:** Es importante considerar el respeto moral acorde a los valores morales y la dignidad de todos los seres humanos independientemente de sus atributos personales o situación vital. Este respeto se extiende, del mismo modo, hacia uno mismo e incluye la promoción de la salud, la seguridad, preservar la integridad, el mantenimiento de la competencia y el crecimiento personal y profesional.

- **Promoción de la salud personal, la seguridad y el bienestar:** Como profesionales que evalúan, intervienen, protegen, promueven, abogan, educan e investigan acerca de la salud y la seguridad de otros y de la sociedad, las enfermeras tienen el deber de tener el mismo cuidado para su propia salud y seguridad. Las enfermeras deben ser un modelo de conductas saludables. La fatiga y la fatiga por compasión afectan a la actuación enfermera y a su vida personal. Para mitigar estos efectos las enfermeras deben seguir una nutrición saludable, practicar ejercicio, descansar lo suficiente, mantener las relaciones familiares y personales, disfrutar del ocio y de actividades recreativas y atender a sus necesidades religiosas y espirituales. Las enfermeras en todos sus roles deben buscar este equilibrio y es la responsabilidad de los líderes de enfermería velar por este equilibrio en las organizaciones.
- **Preservación de la integridad del carácter:** Las enfermeras tienen una identidad personal y una profesional que abrazan los valores de la profesión, integrándolos con los valores profesionales. Como agentes morales, las enfermeras son una parte importante de la comunidad y tienen la responsabilidad de expresar su perspectiva moral. Las enfermeras asisten a otras personas a clarificar valores para tomar decisiones informadas, siempre sin coerción, manipulación y inintencionada influencia. Cuando las enfermeras prestan cuidados a personas cuya condición de salud, características, estilos de vida o situaciones son estigmas o entren en conflicto con sus propias creencias, las enfermeras deben ser compasivas, respetuosas y ofrecer un cuidado competente.
- **Preservar la integridad:** La integridad es un aspecto del carácter que requiere reflexión, su mantenimiento es un deber. Esta integridad significa no engañar al paciente, no esconder información o falsificar datos, así como utilizar un lenguaje adecuado tanto con los pacientes como con los propios compañeros. Del mismo modo, las enfermeras deben ser tratadas con respeto, y no deben tolerar abusos.

Las enfermeras tienen el derecho y el deber de actuar conforme a sus valores personales y profesionales. Cuando las enfermeras deban realizar algún acto que exceda sus límites morales, puede expresar a la autoridad correspondiente su objeción de conciencia a participar en dicha actividad. Los actos de objeción moral son actos de coraje moral y no deben recibir por ello consecuencias formales o informales. La objeción de conciencia excluye las preferencias personales, los prejuicios, la conveniencia o la arbitrariedad.
- **Mantenimiento de la competencia y crecimiento profesional:** Las enfermeras deben mantener la competencia profesional y luchar por la excelencia profesional en su

práctica diaria. Las enfermeras son responsables de desarrollar criterios de evaluación de la práctica y utilizarlos para la evaluación por pares y la autoevaluación.

El crecimiento profesional requiere un compromiso con la formación continuada a lo largo de la vida. Este aprendizaje incluye autoformación, establecimiento de redes profesionales con otros colegas, autoestudio, lecturas profesionales, adquirir formación especializada y buscar grados de formación avanzados.

Las enfermeras deben continuar aprendiendo acerca de nuevos conceptos, cuestiones, preocupaciones, controversias y dilemas éticos para adaptarse a los retos que plantean los estándares de la práctica enfermera.

- **Continuación del crecimiento personal:** El cuidado de enfermería se dirige a la persona como un ser integral. Las enfermeras deben aplicar este principio a sí mismas. El crecimiento personal y profesional es recíproco e interactivo. Las actividades que amplían la comprensión de las enfermeras del mundo y de sí mismas afectan su comprensión de los pacientes.

Las enfermeras deben leer ampliamente, continuar con el aprendizaje continuado, y el aprendizaje personal, buscar una seguridad financiera, participar en un amplio rango de actividades cívicas y sociales, así como actividades de ocio y recreativas.

Disposición 6 La enfermera participa en el establecimiento, mantenimiento y mejora de los entornos del cuidado de la salud y las condiciones laborales conducentes a la provisión de un cuidado de la salud de calidad y consecuente con los valores de la profesión a través de la acción individual y colectiva.

- **El entorno y la obligación ética:** Las virtudes son hábitos de carácter que predisponen a las personas a encontrar sus obligaciones morales y a hacer un trabajo o actividad de manera correcta. Virtudes como el conocimiento, destreza, sabiduría, paciencia, compasión, honestidad, altruismo y coraje son hábitos de carácter de una enfermera moralmente correcta.

Las virtudes son necesarias para promover los valores de la dignidad humana, el bienestar, el respeto, la salud, y la independencia entre otros.

Todas las enfermeras tienen la responsabilidad de crear, mantener y contribuir a ambientes que sustenten el crecimiento de virtudes y excelencias y capaciten a las enfermeras a cumplir sus obligaciones éticas.

- **Influencia del entorno sobre las obligaciones éticas:** Las obligaciones a menudo se centran en términos de principios tales como la beneficencia, no maleficencia, justicia,

compensar el daño, fidelidad y respeto por las personas. Las enfermeras, en todos sus roles, deben crear una cultura de la excelencia y mantener entornos de práctica que faciliten el cumplimiento de las obligaciones éticas. Los entornos construidos desde el trato justo y equitativo para todos reflejan los valores de la profesión y la naturaleza excelente la práctica enfermera.

- **Responsabilidad para el entorno del cuidado de la salud:** La enfermera es responsable de contribuir a un entorno moral que aliente las interacciones respetuosas con los colegas e identificación de hechos que necesiten ser reconducidos. Las directoras de enfermeras tienen la responsabilidad particular de asegurar que los empleados sean tratados justamente y que las enfermeras sean tomadas en cuenta en decisiones relacionadas con su práctica y condiciones laborales.

El lugar de trabajo debe ser un entorno moral que ofrezca seguridad, cuidado de calidad al paciente y satisfacción profesional a las enfermeras y que minimice la angustia moral, la tensión y las disonancias.

Disposición 7 La enfermera, en todos sus roles, promueve el avance de la profesión a través de la investigación, el desarrollo de estándares profesionales y la generación de políticas de salud y enfermeras.

- **Contribuciones a través de la investigación académica:** Todas las enfermeras deben participar en el avance de la profesión a través del desarrollo del conocimiento, la evaluación, diseminación y aplicación de la práctica. Las enfermeras participan en la investigación académica con la intención de ampliar el cuerpo de conocimientos que forma y hace avanzar la teoría u la práctica de la disciplina en todas sus esferas.

Las enfermeras investigadoras deben involucrar a los participantes en su investigación, ya sean individuos, familias, grupos, comunidades o poblaciones y debe obrar conforme a los estándares éticos de conducta. Los derechos de los pacientes y su autonomía deben ser siempre respetados y honrados.

La difusión de los hallazgos, independientemente de los resultados es una muestra esencial del respeto por los participantes

El desarrollo del conocimiento también se produce durante el proceso de investigación académica, la innovación clínica y educacional y la colaboración interpersonal. Las directoras de enfermería deben crear un clima de trabajo que promueva la investigación académica, así como las profesoras de enfermería deben enseñar los estándares éticos asociados a la investigación y a la difusión de resultados.

Se espera de las enfermeras que realicen una práctica basada en la mejor evidencia científica disponible.

- **Contribuciones a través del desarrollo, mantenimiento e implementación de los estándares de práctica profesional:** Los estándares de práctica deben ser desarrollados por enfermeras y deben reflejar el compromiso con los valores éticos a la hora de desarrollar su cuerpo de conocimientos.

Estos estándares reflejan la responsabilidad de las enfermeras para con la sociedad.

Las enfermeras identifican su propia visión de la práctica según los cánones que marcan las leyes, los valores sociales y los valores éticos y profesionales.

La autonomía profesional y la autorregulación son necesarias para implementar los estándares y directrices de la práctica enfermera y para asegurar la calidad del cuidado.

Los educadores académicos deben velar por que sus graduados posean el conocimiento, las habilidades y las disposiciones morales esenciales en enfermería.

- **Contribuciones a través del desarrollo de políticas de salud y de enfermería:**

Las enfermeras deben liderar, servir y mentorizar los comités de políticas institucionales o de las asociaciones profesionales. Del mismo modo, deben participar en actividades cívicas relacionadas con el cuidado de la salud a través de iniciativas locales, regionales, nacionales o globales.

Desde la educación de enfermería, se debe fomentar el compromiso de los estudiantes con una visión amplia de la práctica, con los valores cívicos y profesionales y con perspectivas informadas de la enfermería y las políticas de salud.

Las directoras de enfermería deben fomentar la práctica basada en la evidencia, la ética y el profesionalismo.

Disposición 8 La enfermera colabora con otros profesionales de la salud y el público para proteger los derechos humanos, promover la equidad y reducir las disparidades en salud.

- **La salud es un derecho universal:** Por consiguiente, la necesidad de enfermería es universal. Este derecho es fundamental y tiene dimensiones políticas, sociales, y culturales e incluye el acceso a los cuidados de salud, atención urgente y emergente, saneamiento básico, educación para la prevención, tratamiento y control de los problemas de salud más prevalentes, seguridad alimentaria, inmunización, prevención de lesiones, prevención y control de enfermedades infecciosas, educación respecto a la promoción y mantenimiento de la salud, agua potable y salud reproductiva.

- **Colaboración para la salud y los derechos humanos:** Las enfermeras se comprometen a avanzar en salud, bienestar y seguridad. Este compromiso refleja el intento de lograr y mantener la salud como un medio para el bien común de modo que los individuos y las comunidades de todo el mundo puedan desarrollar su máximo potencial y vivir con dignidad.

Los valores éticos y humanos y la enfermería convergen como un formidable instrumento de justicia social que puede ser ampliado en colaboración con otros profesionales de la salud. Las enfermeras entienden que las situaciones de desigualdades, pobreza y marginación social contribuyen globalmente al deterioro de la salud. Las enfermeras deben abordar el contexto de salud, incluyendo los determinantes sociales tales como la pobreza, el acceso a agua y aire limpios, el saneamiento, las violaciones de los derechos humanos, el hambre, alimentación nutricionalmente saludable, educación, medicamentos seguros, y desigualdades en salud.

Las enfermeras deben liderar, en colaboración con otros profesionales de la salud, políticas públicas efectivas y programas que promuevan y reestablezcan la salud, prevengan la enfermedad y alivien el sufrimiento.

- **Obligación de avanzar en salud y derechos humanos.** Disminuir desigualdades: Los avances en tecnología, genética y ciencia medioambiental requiere respuestas contundentes de las enfermeras, en colaboración con otros profesionales de la salud, buscando soluciones creativas y propuestas innovadoras, éticas y respetuosas con los derechos humanos, equitativas para reducir las desigualdades en salud.

Estas desigualdades exacerbaban la incidencia de enfermedad, daño, sufrimiento y muerte prematura.

A través de las organizaciones comunitarias, las enfermeras educan al público para facilitar decisiones informadas, identificar condiciones y circunstancias que contribuyan a la enfermedad, fomentar estilos de vida saludables, y participar en los esfuerzos institucionales para promover y proteger la salud.

Las enfermeras colaboran para abordar las barreras de salud, tales como la pobreza, la indigencia, las condiciones de vida insalubres, abusos y violencia y la falta de acceso a los sistemas de salud.

Las enfermeras deben colaborar para fomentar la sensibilidad hacia la diversidad cultural respecto a valores y prácticas de salud.

- **Colaboración para los derechos humanos en situaciones complejas, extremas o extraordinarias:** Las enfermeras deben brindar especial atención a las violaciones de los derechos humanos en todas las situaciones y contextos. Son de preocupación grave para las enfermeras el genocidio, la feminización global de la pobreza, el abuso, la violación como instrumento de guerra, los crímenes de odio, el tráfico de humanos, la explotación de los emigrantes y cualquier tipo de violación de los derechos humanos.

Las enfermeras deben velar por preservar los derechos humanos de los grupos más vulnerables, como los pobres, las personas sin hogar, los ancianos, los enfermos geriátricos, los prisioneros, refugiados, mujeres, niños y los grupos sociales estigmatizados.

Únicamente en emergencias extrema y bajo condiciones excepcionales, las enfermeras pueden subordinar los derechos humanos preocupadas por otras consideraciones. Esta subordinación puede ocurrir cuando se produzca un aumento en el número de enfermos y una disminución en el acceso de recursos o personal sanitario.

Es importante actuar conforme a los estándares en la gestión de emergencias internacionales y colaborar con las agencias de salud pública y el resto de los integrantes del equipo asistencial ante situaciones de esta índole.

Disposición 9. La profesión enfermera, representada por asociaciones y sus miembros, es responsable de articular los valores enfermeros, de mantener la integridad de la profesión e integrar los principios de la justicia social en la enfermería y las políticas de salud.

- **Articulación y asunción de valores:** Las enfermeras son representadas por sus asociaciones profesionales. Estos grupos ofrecen una voz unitaria de la profesión. Es la responsabilidad de las asociaciones profesionales, comunicar y afirmar los valores de la profesión a sus miembros y a la sociedad. Es esencial que esa organización profesional estimule un discurso que sostenga una autorreflexión y autoevaluación crítica dentro de la profesión.

A través de estas organizaciones profesionales, la profesión enfermera debe reafirmar y fortalecer los valores enfermeros y cuando estos valores se modifiquen la adherencia debe ser firme e inquebrantable.

- **Integridad de la profesión:** Los valores éticos de la profesión deben ser afirmados en todas las organizaciones profesionales. La enfermería debe enfatizar continuamente valores como el respeto, justicia y el cuidado dentro de comunidades profesionales de

enfermería nacionales y globales con el objetivo de promover la salud en todos los sectores de la población.

Es una responsabilidad fundamental promover la conciencia y la adherencia a los códigos de ética de enfermería. Las enfermeras deben fomentar la mejora de la profesión, ayudando a la formación de enfermeras profesionales en zonas en desarrollo del planeta.

El pacto entre las enfermeras y la sociedad se hace explícito a través de los códigos de ética de la profesión y de otros documentos de estándares de la práctica enfermera, el desarrollo y difusión de becas de enfermería, los rigurosos requisitos para entrar en la práctica profesional, la práctica avanzada y continuada incluyendo las acreditaciones y licencias y el compromiso con la práctica informada y avanzada.

- **Integrando la justicia social:** Es la responsabilidad compartidas de las asociaciones profesionales de enfermería hablar por el colectivo enfermería en la configuración de la atención sanitaria y promover cambios para el desarrollo de la salud y los cuidados en salud a nivel local, nacional e internacional. Las enfermeras deben estar atentas y tomar acciones para influir en los líderes, legisladores, agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y cuerpos internacionales en relación con los aspectos de salud abordar los determinantes de la salud.

Todas las enfermeras, a través de las organizaciones profesionales e instituciones acreditadas, deben comprometerse con la formación, la educación, el desarrollo y anclar a los estudiantes en la responsabilidad profesional enfermera para abordar estructuras y sistemas injustos, modelar el compromiso de la profesión con la justicia social y la salud a través del contenido, las prácticas clínicas y el pensamiento crítico.

- **Justicia social en enfermería y políticas de salud:** Las organizaciones profesionales de enfermería deben participar activamente en el proceso político, particularmente al abordar cuestiones legislativas y regulatorias que afecten a la salud pública y a la profesión enfermera.

Las enfermeras deben promover una comunicación abierta y honesta que les permita trabajar en concierto, compartir una beca y avanzar una agenda enfermera para la salud.

La salud global, es un ideal que puede conseguirse cuando todas las enfermeras unan sus esfuerzos y energías.

La justicia social se extiende más allá de la salud y bienestar humano a la salud y bienestar del medioambiente y el mundo natural. La vida humana y la salud están profundamente afectadas por el estado de del entorno natural que nos rodea. La justicia social incluye la eco-justicia, por lo que se considera la degradación

medioambiental afecta a la salud de la humanidad. Por este motivo las enfermeras deben abogar por políticas, programas y prácticas que mantengan, reparen y sustenten el entorno natural.

Los valores que aparecen en el “*Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statments*” y que se reflejan en las preguntas del cuestionario NPVS -R (2000) de Darlene Weis y Mary Jane Schank (18) y sobre los que se fundamenta esta investigación se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Valores de la American Nurses Association (Adaptada de Basurto)

VALORES
1. Respeto por la dignidad humana y singularidad.
2. Privacidad
3. Protección
4. Salvaguardar los derechos humanos
5. Seguridad
6. Mantener la competencia profesional
7. Actualización y autoformación
8. Compromiso con la atención óptima
9. Trabajo en equipo
10. Activismo profesional y social
11. Delegar
12. Contribuir al avance profesional
13. Integridad de carácter y profesional, propia y hacia el paciente
14. Compromiso con la salud
15. Mejora de los entornos de la práctica
16. Ser moral
17. Articular los valores enfermeros en la práctica
18. Formar una política social

2.2.4 ASSOCIATION DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU CANADA

El código de ética de la Asociación de Enfermeras de Canadá (CNA) describe los valores éticos de las enfermeras y sus compromisos con las personas con necesidades de cuidados destinatarios de la salud y la atención. El código es una herramienta reguladora y pretende ser un documento informativo sobre los valores éticos y las responsabilidades éticas derivadas (85).

Este documento regulador e informativo es una guía respecto a la perspectiva ética de las relaciones, comportamientos y toma de decisiones de los profesionales de enfermería y está

destinado a profesionales de todos los ámbitos. Ha sido forjado integrando el conocimiento de diferentes escuelas de pensamiento, incluida la ética relacional, ética del cuidado, ética de principios, ética feminista, ética de la virtud y ética de los valores. Sirve como un marco ético desde el que las enfermeras pueden abogar por una práctica de calidad que garantice una atención segura y ética con competencia y compasión (85).

A continuación se muestra la primera parte del código en el que hace referencia a los valores enfermeros y a las responsabilidades deontológicas que se derivan (85):

Brindar atención segura y ética de manera competente y compasiva: Las enfermeras brindan atención segura y competente.

1. Durante sus intervenciones e interacciones con los beneficiarios de la atención y otros miembros del equipo de atención de la salud, se espera que las enfermeras se comporten de acuerdo con las responsabilidades éticas establecidas en este documento, así como con los estándares de práctica.
2. Las enfermeras brindan atención compasiva mediante el uso de las habilidades verbales y del lenguaje de señas adecuadas, además de esforzarse por comprender y satisfacer las necesidades de atención médica de los demás.
3. Las enfermeras se esfuerzan conscientemente por establecer relaciones de confianza con los beneficiarios de los cuidados que forman la base de una comunicación significativa. Estas relaciones son esenciales para comprender las necesidades y preocupaciones de los demás.
4. Las enfermeras cuestionan, buscan contrarrestar, informar y abordar prácticas o condiciones que, aunque no conducen a la seguridad, la compasión, la ética o la competencia, interfieren con su capacidad para brindar atención segura y ética, con competencia y compasión, y apoyan a otras personas que hacen lo necesario
5. Las enfermeras demuestran honestidad⁶ y toman todas las medidas necesarias para prevenir o minimizar los incidentes de seguridad del paciente. Aprenden de los incidentes que casi se producen y trabajan en colaboración con otros para reducir los riesgos futuros y los daños prevenibles.
6. Las enfermeras practican "a su propio nivel de competencia y buscan orientación cuando los aspectos de la atención necesaria están más allá de su competencia individual.

7. Cuando faltan recursos para brindar una atención segura o adecuada, las enfermeras trabajan con otros profesionales para ajustar las prioridades y minimizar los daños. Informan a las personas a cargo de los planes actuales y planificados para brindar atención. Informan a los empleadores sobre posibles amenazas a la seguridad y la calidad de la atención médica.
8. Las enfermeras que planean ejercer presión en el trabajo o que trabajan en un entorno donde se ejerce presión deben tomar medidas para proteger la salud y seguridad de los beneficiarios de la atención mientras se ejerce la presión.
9. Durante un desastre natural o provocado por el hombre, incluidos los brotes epidémicos, las enfermeras tienen la obligación de brindar atención respetando las medidas de seguridad adecuadas y de conformidad con las leyes, reglamentos y pautas provistas por el gobierno, los organismos reguladores, los empleadores, los sindicatos y los profesionales.
10. Las enfermeras participan, apoyan y utilizan la investigación y otras actividades que promueven una atención segura, ética, competente y compasiva. Utilizan pautas de ética de la investigación que son coherentes con los valores de enfermería.
11. El personal de enfermería que participe en una investigación debe respetar el bienestar de los destinatarios de los cuidados antes de cumplir cualquier otro objetivo, incluidos los conocimientos derivados del mismo. Deben velar por la seguridad de las personas, obteniendo el consentimiento informado, equilibrando beneficios y riesgos, respetando la privacidad y la protección de la confidencialidad de los datos y el seguimiento de la investigación.
12. Las enfermeras promueven un entorno de práctica seguro y de calidad.
13. Las enfermeras se esfuerzan por prevenir y minimizar todas las formas de violencia anticipando y evaluando los riesgos de una situación violenta y trabajando con otros profesionales para establecer medidas preventivas. Cuando no sea posible anticipar o prevenir la violencia, las enfermeras deben tomar medidas para minimizar los riesgos con el fin de protegerse a sí mismos y a los demás.
14. Cuando surjan diferencias de opinión entre los miembros del personal de enfermería. El equipo de atención de salud que afecta la atención, enfermeras luchar por enfoques constructivos y colaborativos para remediar esto y estamos comprometidos a resolver los conflictos a través de un enfoque de atención centrado en la persona.
15. Las enfermeras se apoyan mutuamente para brindar atención centrada en la persona.

Promover la salud y el bienestar: Las enfermeras se esfuerzan por ayudar a las personas a alcanzar el mayor nivel de salud y bienestar posible.

1. Las enfermeras brindan una atención que se centra en el bienestar de los beneficiarios de la atención, además de reconocer y utilizar los valores y principios de la atención primaria de salud.
2. Las enfermeras trabajan con los beneficiarios de la atención para ampliar las opciones en la atención médica y reconocen que algunas personas tienen opciones limitadas debido a factores sociales, económicos, geográficos u otros que conducen a las desigualdades. En su valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación de los resultados de las personas, familias y comunidades, las enfermeras reconocen los determinantes sociales de la salud y colaboran con otros profesionales dentro y fuera del sector salud.
3. Cuando una intervención de salud comunitaria viola los derechos individuales de una persona, las enfermeras toman y recomiendan las medidas menos restrictivas posibles para esas personas.
4. Las enfermeras trabajan con otros proveedores de atención médica y otros profesionales para maximizar los beneficios de salud de los beneficiarios de la atención y de aquellos con necesidades o inquietudes de atención médica, al tiempo que reconocen y respetan los conocimientos, las habilidades y las opiniones de todos. Cuando la integridad de las enfermeras se ve comprometida por patrones de comportamiento en el lugar de trabajo o la práctica profesional, erosionando el contexto ético y la seguridad de los receptores de los cuidados (produciendo desorden moral), las enfermeras tienen la obligación de expresar su preocupación de manera individual o colectiva e informar al responsable autoridad o comité.

Promover y respetar la toma de decisiones informada: Las enfermeras reconocen, respetan y promueven los derechos de las personas para estar informadas y poder tomar decisiones.

1. Las enfermeras brindan a los beneficiarios de la atención la información que necesitan para tomar decisiones independientes e informadas sobre su salud y bienestar. Las enfermeras también trabajan para garantizar que la información médica se comunique de manera abierta, precisa, comprensible y transparente.
2. Las enfermeras respetan los deseos de las personas capaces de negarse a recibir información sobre su condición.

3. Las enfermeras se aseguran de que se brinde atención a una persona con el consentimiento informado de esa persona. Reconocen que una persona capaz tiene derecho a rechazar o retirar el consentimiento para recibir atención o tratamiento en cualquier momento, y apoyan a esa persona en este proceso. Las enfermeras aceptan que los receptores de cuidados capaces pueden poner un énfasis diferente en el individualismo y prefieren confiar en la familia, las expectativas culturales o los valores de la comunidad para tomar decisiones de acuerdo con la ley de consentimiento.
4. Las enfermeras son conscientes de las diferencias de poder reales y potenciales entre los proveedores de atención médica y los beneficiarios de la atención. No usan este poder para influir en la toma de decisiones.
5. Las enfermeras abogan por los derechos de las personas que reciben cuidados si creen que la salud de esas personas se ve comprometida por factores que escapan a su control, incluida la toma de decisiones por parte de otros.
6. Las enfermeras proporcionan la información necesaria para tomar decisiones informadas. Respetan las decisiones de una persona, incluido el estilo de vida poco saludable o las opciones de tratamiento, y continúan brindando atención sin juzgar.
7. Cuando los miembros de la familia no están de acuerdo con las decisiones del beneficiario de la atención, las enfermeras ayudan a la familia a comprender esas decisiones.
8. Si está claro que un beneficiario de la atención es incapaz de dar su consentimiento, la enfermera seguirá la evaluación de la capacidad y sustituirá la legislación de toma de decisiones en su provincia o su territorio.
9. En el caso de cualquier persona considerada incapaz de dar su consentimiento para la atención, las enfermeras fomentan la participación de esa persona en las discusiones y decisiones relacionadas con su atención de acuerdo con las capacidades de la persona.
10. Las enfermeras, en colaboración con otros proveedores de atención médica y representantes legales, consideran y respetan los mejores intereses del beneficiario de la atención y cualquier deseo que hayan manifestado previamente o cualquier planificación de atención anticipada que surja se aplica a la situación.

Respeto a la dignidad: las enfermeras reconocen y respetan el valor intrínseco de cada persona.

1. En sus deberes profesionales, las enfermeras tratan con respeto a todas las personas que reciben cuidados.
2. Las enfermeras ayudan a las personas que reciben cuidados a mantener su dignidad e integridad.
3. Al tomar decisiones sobre la atención médica, el tratamiento y la prestación de atención, las enfermeras trabajan con los beneficiarios de la atención para reflejar de manera imparcial o sin juzgar sus creencias espirituales, sus valores y costumbres, así como su situación social y económica.
4. Las enfermeras intervienen cuando no se respeta la dignidad de las personas a su cargo o de un colega (incluidos los estudiantes), informan según sea necesario y reconocen que el silencio y la pasividad al respecto hacen que esta conducta sea tolerada. Se expresan, facilitan la conversación y resuelven conflictos según corresponda o sea necesario.
5. Las enfermeras respetan la privacidad de los beneficiarios de la atención al usar la discreción para brindar atención y minimizar la intrusión.
6. Las enfermeras se adhieren a los estándares de práctica, las pautas de mejores prácticas, las políticas y la investigación para minimizar el riesgo y maximizar la seguridad, el bienestar y la dignidad de quien recibe la atención.
7. Las enfermeras mantienen límites profesionales adecuados y se aseguran de que sus relaciones sirvan a los mejores intereses del individuo. Reconocen la vulnerabilidad potencial de los receptores de cuidados y no explotan su confianza y dependencia de formas que puedan comprometer la relación terapéutica. No abusan de la relación para obtener un beneficio personal o financiero, y no establecen relaciones personales (románticas, sexuales o de otro tipo) con las personas que reciben cuidados.
8. En todos los entornos de práctica donde las enfermeras están presentes, se esfuerzan por aliviar el dolor y el sufrimiento, incluso a través de métodos de manejo de síntomas efectivos y apropiados, para permitir a los clientes cuidar de vivir y morir con dignidad.
9. Las enfermeras tienen la responsabilidad de alentar a los beneficiarios de cuidados al final de la vida a que comuniquen claramente sus deseos. Escuchan a esa persona para aclarar sus metas y deseos.
10. Las enfermeras documentan los deseos de una persona de recibir atención al final de la vida para aclarar sus deseos y decisiones a otros proveedores de atención médica.

11. Cuando una persona que recibe atención sufre una enfermedad terminal o está al borde de la muerte, las enfermeras promueven su comodidad, alivian su sufrimiento, abogan por un alivio adecuado de la incomodidad y el dolor y la ayudan a alcanzar sus metas, creencias espirituales y culturalmente apropiadas, metas de atención. Esto incluye adoptar un enfoque paliativo para el cuidado de las personas con las que interactúan, a lo largo de su vida y a lo largo de la atención continua, el apoyo a la familia durante los últimos momentos y después de la muerte, así como el cuidado de la persona después de su muerte.
12. Las enfermeras deben comprender la ley para poder considerar cómo responder a la muerte asistida por un médico de acuerdo con sus creencias y valores personales. Si creen que voluntariamente se opondrían a brindar atención a las personas que han solicitado asistencia médica al morir, deben discutir este asunto con su supervisor por adelantado.
13. Las enfermeras se tratan entre sí con respeto y respeto a sus colegas, estudiantes y otros proveedores de atención médica, al tiempo que reconocen las diferencias de poder entre líderes, colegas y estudiantes. Colaboran con otros para honrar la dignidad y resolver los conflictos de opinión de manera constructiva.
14. Las enfermeras fomentan una comunidad moral en la que los valores y desafíos éticos se debaten y apoyan abiertamente.

Respeto de la privacidad y protección de la confidencialidad: Las enfermeras reconocen la importancia de la privacidad y la confidencialidad y protege la información personal, familiar o comunitaria obtenida en el sí de una relación de confianza.

1. Las enfermeras respetan los intereses de cada persona que recibe atención con respecto a la recopilación, el uso y la divulgación de información personal sobre ellos y el acceso a esa información.
2. Cuando las enfermeras hablan con las personas que reciben cuidados, toman las medidas razonables para evitar que se escuche información confidencial de la conversación.
3. Las enfermeras recopilan, usan y divulgan información médica según sea necesario, lo que garantiza el mayor nivel de anonimato posible en las circunstancias y respeta las leyes de privacidad.
4. Cuando se requiera que las enfermeras revelen información para un propósito específico, solo revelarán la información necesaria para ese propósito y solo notificarán

- a aquellos que necesiten ser informados. Se esfuerzan por hacer esto de una manera que minimice cualquier daño potencial a los beneficiarios de la atención o colegas.
5. Cuando durante sus comunicaciones (en cualquier forma, particularmente verbal o electrónica), las enfermeras son convocadas para discutir casos clínicos, se aseguran de hacerlo con respeto a los beneficiarios de la atención y no brindan información identificativa a menos que sea necesario o apropiado.
 6. Las enfermeras promueven el acceso de los beneficiarios de la atención a sus propios registros médicos en un proceso oportuno y asequible.
 7. En todas las áreas de práctica, las enfermeras deben limitar el posible efecto de las tecnologías nuevas y emergentes en la privacidad y confidencialidad del paciente, los límites profesionales y la reputación de las enfermeras individuales y las organizaciones donde trabajan. También están atentos a su conducta ética cuando utilizan registros electrónicos para garantizar una entrada de datos precisa y evitar que los documentos sean falsificados o alterados.
 8. Las enfermeras no abusan de su acceso a la información consultando los registros médicos, incluidos los de familiares u otros, fuera de sus obligaciones profesionales. Al utilizar fotografías, videos o cualquier otra tecnología para analizar, diagnosticar, planificar, implementar y evaluar la atención del paciente, las enfermeras obtienen su consentimiento y no interfieren con su privacidad. Manejan fotografías o videos con cuidado para proteger la privacidad de los afectados, incluidos colegas y estudiantes.
 9. Las enfermeras responden a otras personas que ven o divulgan de manera inapropiada información personal o de salud de los destinatarios de la atención o de las personas que ya han recibido atención.
 10. Cuando las enfermeras utilizan las redes sociales, respetan la privacidad y la confidencialidad de los beneficiarios de la atención y otros colegas.
 11. En todas las áreas de práctica, las enfermeras deben limitar el posible efecto de las tecnologías nuevas y emergentes en la privacidad y confidencialidad del paciente, los límites profesionales y la reputación de las enfermeras individuales y las organizaciones en las que trabajan. También están atentos a su conducta ética cuando utilizan registros electrónicos para asegurar una entrada de datos precisa y evitar que los documentos sean falsificados o alterados.

Promover la justicia: las enfermeras defienden los principios de justicia protegiendo los derechos de la persona con equidad, imparcialidad y promoviendo el bien público.

1. Las enfermeras no discriminan por motivos de raza, etnia, cultura, creencias políticas y espirituales, estado social o civil, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, edad, estado de salud, lugar de origen, estilo de vida, mental o físico, capacidad, nivel socioeconómico o cualquier otra característica.
2. Las enfermeras respetan la historia y los intereses especiales de los pueblos indígenas.
3. Las enfermeras deben abstenerse de juzgar, etiquetar, estigmatizar o humillar a los beneficiarios de la atención, a otros profesionales de la salud, estudiantes o sus propios colegas.
4. Las enfermeras no participarán en ninguna forma de mentira, castigo o tortura o cualquier otra forma de trato o comportamiento inusual que sea inhumano o degradante. Se niegan a ser cómplices de tal comportamiento. Ellos intervienen e informan este tipo de comportamiento si lo presencian o tienen motivos razonables para sospecharlo.
5. Las enfermeras brindan atención a todos, ya sean víctimas o abusadores, y se abstienen de cualquier forma de acoso en el lugar de trabajo.
6. A la hora de asignar los recursos bajo su control, las enfermeras toman decisiones justas, teniendo en cuenta las necesidades de los destinatarios de los cuidados. Abogan por un trato y una distribución justos de los recursos.
7. Las enfermeras abogan por la toma de decisiones basada en evidencia en su práctica, incluida la evidencia de las mejores prácticas en la dotación y asignación de personal, la mejor atención para condiciones de salud particulares y enfoques óptimos para la promoción de la salud.
8. Las enfermeras colaboran en la formación de una comunidad moral. Como miembros de esta comunidad, las enfermeras reconocen su responsabilidad de ayudar a construir entornos de práctica positivos y saludables. Las enfermeras apoyan un clima de confianza que fomenta la franqueza, fomenta el cuestionamiento del status quo y apoya a quienes hablan para tratar de buena fe los problemas que les preocupan (como la denuncia de irregularidades). Las enfermeras protegen a los denunciantes con preocupaciones justificadas.

Aceptar la obligación de rendir cuentas: Las enfermeras deben asumir la responsabilidad de su práctica profesional y rendir cuentas.

1. Las enfermeras, como miembros de una profesión autorregulada, ejercen de acuerdo con los valores y responsabilidades establecidos en el Código y de acuerdo con las normas, leyes y reglamentos profesionales que apoyan la práctica ética.
2. Las enfermeras son honestas y demuestran integridad en todas sus interacciones profesionales. Deben indicar de forma clara y precisa su nombre, cargo y función.
3. Las enfermeras ejercen dentro de los límites de su competencia. Cuando la atención requerida excede su nivel de competencia, deben buscar información adicional o adquirir conocimientos adicionales, informar a su supervisor o un médico competente, o solicitar otra asignación. Mientras tanto, permanecen con los beneficiarios de la atención hasta que otro miembro del personal de enfermería esté disponible.
4. Las enfermeras son responsables de su práctica y trabajan como parte de equipos. A medida que aumenta la gravedad, la complejidad o la variabilidad del estado de salud de una persona, se ayudan mutuamente.
5. Las enfermeras deben mantener su aptitud para practicar. Si saben que no tienen la capacidad física, mental o emocional para practicar de manera segura y competente, deben dejar de brindar atención después de consultar con su empleador. Si trabajan por cuenta propia, se aseguran de que otra persona se encargue de brindar la atención de acuerdo con las necesidades de salud de su cliente. Las enfermeras toman las medidas necesarias para restaurar su capacidad de ejercer en consulta con los recursos profesionales necesarios.
6. Las enfermeras están atentas a las señales de que un colega no puede, por cualquier motivo, desempeñar sus funciones. En tal caso, deben tomar las medidas necesarias para proteger la seguridad de los cuidadores.
7. Si la atención solicitada entra en conflicto con los valores y creencias morales de una enfermera, pero es consistente con la práctica profesional, la enfermera en cuestión brinda atención segura y ética, competente y compasiva, hasta que se hagan arreglos alternativos para satisfacer las necesidades o deseos del beneficiario del cuidado. No hay nada en el Código Penal que obligue a una persona a brindar o ayudar a brindar asistencia médica en caso de muerte. Si las enfermeras anticipan un conflicto de conciencia, deben informar a su empleador o, si trabaja por cuenta propia, a las personas que reciben cuidados con anticipación, para encontrar una solución alternativa.

8. Las enfermeras identifican y tratan los conflictos de intereses. Declaran los conflictos de intereses reales o potenciales que surgen en sus relaciones y roles profesionales, y los resuelven en interés de las necesidades y preocupaciones de los cuidadores.
9. Las enfermeras comparten conocimientos, brindan retroalimentación y asesoran para apoyar el desarrollo profesional de estudiantes de enfermería, enfermeras principiantes, otras enfermeras y enfermeras y otros proveedores de atención médica.
10. Las enfermeras abogan por servicios de salud mental que sean más integrales y equitativos para todos los grupos de edad, antecedentes socioculturales y regiones geográficas.

2.2.5 CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

La Organización Colegial de Enfermería asumió hasta 1988 el Código Deontológico elaborado en 1973 por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear. En abril de 1988, el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un nuevo código deontológico que tuviera un alcance estatal (32).

Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España, que salió a la luz en 1988 y sigue vigente, pretende ser un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Y consideró la necesidad de insistir en este aspecto, ya entonces, porque se habían detectado muestras de falta de ética y deshumanización en el cuidado. El código, pretende por un lado generar conciencia en los profesionales de enfermería de los principales valores fundamentales en la profesión: la **salud**, la **libertad**, la **dignidad**, en una palabra, la **vida humana**, y por otro, servir de herramienta para fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que se deben tomar a lo largo de la práctica de la profesión(32).

A continuación se muestran los principales capítulos del código *Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España* (32):

1. La enfermería y el ser humano, deberes de las enfermeras/os:

Artículo 4: La Enfermera/o reconoce que la **libertad** y la **igualdad en dignidad y derecho** son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está

obligada/o tratar con el mismo **respeto** a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5: Consecuentemente las Enfermeras/os deben **proteger al paciente**, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6: En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a **respetar la libertad** del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7: El **consentimiento** del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste.

Artículo 8: Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9: La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10: Es responsabilidad de la enfermera/o mantener **informado al enfermo**, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11: De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado.

Artículo 12: La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo.

Artículo 13 Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

2. Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería

Artículo 14: Todo ser humano tiene **derecho a la vida**, a la **seguridad** de su persona y a la **protección de la salud**. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15: La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un **tratamiento correcto** y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.

Artículo 16: En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental de ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17: La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18: Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los **cuidados paliativos**, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con **competencia** y **compasión**, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19: La Enfermera/o **guardará en secreto toda la información sobre el paciente** que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20: La Enfermera/o informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21: Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Artículo 22: De conformidad en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el **derecho a la objeción de conciencia** que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

3. La enfermera/o ante la sociedad

Artículo 23: Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombres.

Artículo 24: Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25: Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26: La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27: Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de salud comunitaria.

Artículo 28: Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29: La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.

Artículo 30: La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

4. Promoción de la salud y bienestar social

Artículo 31: El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32: Los proyectos y programas de promoción de la salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33: El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social de derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34: En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de la justicia social de dar más al más necesario. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

5. La enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados

Artículo 35: Como consecuencia del Derecho Público, que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36: Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la reacción y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37: Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad.

6. El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social

Artículo 38: Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39: La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40: En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41: La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42: La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados.

7. *La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad*

Artículo 43: Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44: En el ámbito de su competencia profesional, la Enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45: Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46: La Enfermera/o debe incluir en sus programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

8. *El personal de enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos*

Artículo 47: Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48: Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49: Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50: En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51: La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

9. Normas comunes en el ejercicio de la profesión

Artículo 52: La Enfermera/o ejercerá su profesión con **respeto a la dignidad humana** y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53: La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la **salvaguarda de los Derechos Humanos**, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54: La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55: La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia.

Artículo 56: La Enfermera/o asume la **responsabilidad** de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

Artículo 57: La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y **eficacia**, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58: La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito de la competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59: La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60: Será responsabilidad de la Enfermera/o, **actualizar constantemente sus conocimientos** personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61: La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62: Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63: Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o **colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud**. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia **autonomía profesional**.

Artículo 64: La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65: Es deber de la Enfermera/o **compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias** que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66: La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de **buena educación y cortesía**.

Artículo 67: La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68: La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

10. La educación y la investigación de la enfermería

Artículo 69: La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la *lex Artis*, exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70: La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante **la educación continuada** y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71: La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72: La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73: La Enfermera/o debe procurar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74: Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75: La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

11. Condiciones de trabajo

Artículo 76: La Enfermera/o que accede a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77: La Enfermera/o deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78 Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 80: Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de

Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

12. Participación del personal de enfermería en la planificación sanitaria

Artículo 81: La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten. b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82: La Enfermera/o deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se deciden las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83: La Enfermera/o forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.

Artículo 84: La Enfermera/o procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

2.2.6 CONSELL DE COL·LEGIS D'INFERMERES I INFERMERS DE CATALUNYA

El Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya consideró necesario revisar el último código deontológico de la profesión que databa de 1987 y adaptarlo a los cambios sociales y profesionales que se habían producido en las últimas décadas. Para ello, se designó a una comisión redactora integrada por 16 enfermeras representantes de los cuatro colegios profesionales de Catalunya que previo a la redacción del documento llevaron a cabo un estudio de investigación con dos fases, una primera cualitativa y una segunda cuantitativa cuyo objetivo principal fue conocer cuáles eran los problemas éticos que más preocupaban a los profesionales de enfermería en los diferentes ámbitos del ejercicio de la profesión (86).

El "Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya" se publicó en 2013 y muestra los fundamentos éticos de la profesión y es una guía sobre el comportamiento y las actitudes éticas de las enfermeras en la práctica profesional. Es también una carta de presentación a la sociedad de los compromisos profesionales que los profesionales de enfermería tienen para con las

personas a las que atienden. Se estructura a partir de 5 valores profesionales: **responsabilidad, autonomía, intimidad/confidencialidad, justicia social y compromiso profesional**. A través de los valores mencionados se detallan las actitudes y comportamientos éticos de las enfermeras que son necesarios para el ejercicio profesional, respetando siempre la dignidad inherente a la persona (86).

A continuación, se exponen tanto los valores como las actitudes y comportamientos éticos relacionados en el código:

RESPONSABILIDAD: Las enfermeras proporcionamos cuidados enfermeros seguros, competentes, compasivos y conformes con la ética profesional y, al mismo tiempo, rendimos cuenta de nuestras acciones y de las consecuencias que de ellas se derivan en el ejercicio de la profesión.

Competencia profesional

1. La enfermera respeta, protege y promueve la dignidad de la persona atendida y de los derechos humanos que le corresponden. Ante la vulneración de algún derecho, emprende medidas para que ese derecho se respete y, si no consigue que sea respetado, lo comunica formalmente a la instancia o autoridad responsable.
2. La enfermera, para ejercer cualquier función profesional —asistencial, docente, gestora o investigadora—, tiene los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias que garantizan una práctica profesional competente y proporcionan cuidados enfermeros de calidad.
3. La enfermera utiliza todos los recursos para establecer una relación de confianza con la persona atendida, utilizando un lenguaje verbal y no verbal apropiado, con el fin de establecer una comunicación efectiva que permita captar la singularidad del otro para dar respuesta a sus necesidades.
4. La enfermera, en el ejercicio profesional, se compromete a promover y velar por el control profesional enfermero sobre los procesos de toma de decisiones de la prestación y sobre la gestión de los cuidados y su contexto organizativo.
5. La enfermera promueve la cohesión del grupo profesional enfermero y el reconocimiento, individual y/o colectivo, de las contribuciones y logros profesionales. Las enfermeras proporcionamos cuidados enfermeros seguros, competentes, compasivos y conformes con la

ética profesional y, al mismo tiempo, rendimos cuenta de nuestras acciones y de las consecuencias que de ellas se derivan en el ejercicio de la profesión.

6. La enfermera contribuye al crecimiento de la disciplina y a la buena imagen social de la profesión enfermera fomentando la crítica constructiva a partir de preguntas que se plantea desde su responsabilidad profesional.

7. La enfermera vela por el desarrollo del ámbito competencial del cuidar, evita conductas de intrusismo profesional y promueve la aportación enfermera en el seno del equipo de salud.

8. La enfermera se identifica como tal, mediante su nombre y apellido, y da a conocer su responsabilidad en el proceso asistencial de la persona atendida.

9. La enfermera garantiza su propia competencia para llevar a cabo correctamente su actividad. En ningún caso acepta participar en actuaciones en las que, por falta de competencia, pueda poner en peligro la seguridad de la persona atendida y la propia.

10. La enfermera, cuando delega una tarea, se asegura de que el miembro del equipo de cuidados que la debe llevar a cabo posee los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios y de que la desarrolla correctamente.

11. La enfermera ayuda a implicar y a capacitar a la persona atendida en la continuidad de su propio cuidado y se responsabiliza de que las personas de su entorno también puedan contribuir a ello.

12. La enfermera con más experiencia acompaña a la enfermera novel en el proceso de consecución de la expertez profesional.

13. La enfermera, en cualquier nivel de responsabilidad gestora, garantiza y se corresponsabiliza de que todos los miembros del equipo de cuidados poseen la competencia necesaria para atender adecuadamente los problemas de salud de las personas atendidas, y establece mecanismos que lo aseguren.

14. La enfermera, en el ejercicio de su profesión, adopta normas de conducta personales que fomentan el respeto y la confianza en las personas atendidas y su entorno, así como en todos los miembros del equipo asistencial.

15. La enfermera deja constancia escrita y firmada de sus observaciones, razonamientos, intervenciones y resultados en el proceso asistencial a fin de responder de sus acciones, contribuir a garantizar la seguridad de la persona atendida y la continuidad de los cuidados y facilitar el trabajo en equipo.

16. La enfermera, en la toma de decisiones en el ejercicio profesional, incorpora, en la medida de lo posible, la aplicación de conocimientos derivados de la evidencia científica, individualizando la prestación de los cuidados a la situación concreta de la persona atendida y su entorno.

17. La enfermera identifica, en las familias y/o personas significativas de las personas que atiende, los problemas de salud que puede mejorar desde su ámbito competencial.

Seguridad de la persona atendida

18. La enfermera hace de su autocuidado una parte fundamental de su objetivo profesional, por lo que se responsabiliza de mantener un nivel óptimo de salud en beneficio de su propia capacidad para cuidar.

19. La enfermera, cuando considera que no tiene los conocimientos y habilidades para llevar a cabo un cuidado enfermero, pone todo el empeño en adquirirlos mediante información, formación o buscando el apoyo de otra enfermera que la sustituya. Si no lo consiguiera, lo hará constar formalmente.

20. La enfermera, si en algún momento considera que no tiene la aptitud o el nivel de salud óptimo para proporcionar cuidados enfermeros, solicita un nuevo lugar de trabajo que se adecue a su situación de salud o, en el caso de que no lo obtenga, busca estrategias para garantizar la seguridad de la persona atendida.

21. La enfermera, cuando observa que, por cualquier razón, una colega no es capaz de cumplir adecuadamente sus responsabilidades, le presta su apoyo y toma todas las medidas necesarias para proteger la seguridad de la persona atendida.

22. La enfermera tiene la obligación de reconocer los errores cometidos, poner todos los medios que estén a su alcance para prevenir o minimizar los perjuicios que se hayan podido ocasionar, y tomar las medidas necesarias para corregir las causas que le han conducido al error.

23. La enfermera se niega a colaborar en prácticas que no garanticen la seguridad de las personas y se compromete a llevar a cabo las acciones que corrijan la situación.

24. La enfermera se asegura de que, en la aplicación de los avances científicos, procedimientos o innovación tecnológica a la persona atendida, se verifica la seguridad de los mismos.

25. La enfermera, cuando realiza o colabora en una investigación, se asegura de que el proyecto de investigación cumple tanto la legislación como las declaraciones éticas internacionales.

26. La enfermera se esfuerza en detectar y prevenir toda forma de violencia, evaluando los riesgos y anticipándose a la situación violenta. Cuando ello no es posible, toma las medidas necesarias para minimizar los riesgos y lo denuncia con la finalidad de proteger a las personas y a sí misma.

Final de la vida

27. La enfermera, en el marco de la legislación vigente, vela por que en el proceso de final de vida se respeten las creencias y valores que han dado sentido a la vida de la persona atendida y para que muera de acuerdo con su propio ideal de buena muerte. 28. La enfermera acompaña la persona atendida en todo el proceso de final de vida, le proporciona el máximo confort y bienestar posible y procura facilitar el apoyo adecuado a la familia y/o personas significativas. 29. La enfermera tiene la responsabilidad de participar en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida con el equipo de salud y la persona atendida, o con la familia y/o personas significativas cuando la persona atendida no puede decidir o así lo desea. Es especialmente importante que aporte su valoración profesional ante las decisiones relacionadas con la adecuación y/o limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento y la sedación. 30. La enfermera, en el marco de la legislación vigente, vela por que se respete la planificación anticipada de decisiones sanitarias o las voluntades anticipadas, en caso de que la persona atendida así lo haya expresado y/o dispuesto.

AUTONOMÍA: Las enfermeras reconocemos la autonomía de las personas y, por tanto, respetamos su derecho a ser informadas y a tomar libremente sus decisiones

Información y consentimiento informado

31. La enfermera reconoce a la persona atendida como propietaria y gestora de sus datos de salud y, por tanto, le facilita la información necesaria, de forma comprensible, buscando la colaboración de los miembros del equipo de salud, si es necesario.

32. La enfermera participa en el proceso de información, a partir de un conocimiento adecuado de la situación y evitando informaciones indebidas o contradictorias, y vela por crear un entorno que favorezca que la persona atendida esté en las mejores condiciones para comprender su situación o problema de salud y las propuestas de cuidados y/o tratamientos.

33. La enfermera colabora con otros profesionales al solicitar el consentimiento a la persona atendida ante cualquier actuación asistencial, de investigación o docente, con el fin de garantizar que pueda tomar libremente sus decisiones.

34. La enfermera tiene un especial cuidado y sensibilidad para garantizar la comprensión de la información en todas las situaciones, y especialmente en aquellas en que la persona atendida no tiene suficiente competencia para comprender y decidir. Así, colabora en la valoración periódica de su grado de competencia y aporta esta valoración al equipo de salud para revisar, si procede, la consideración de persona no competente.

35. La enfermera respeta tanto la voluntad de la persona atendida de no ser informada como la de decidir con quién quiere compartir la información y el grado de información que desea compartir. Las enfermeras reconocemos la autonomía de las personas y, por tanto, respetamos su derecho a ser informadas y a tomar libremente sus decisiones.

36. La enfermera respeta la voluntad y la toma de decisiones de la persona atendida cuando tiene suficiente competencia para comprender y decidir. Cuando esta rechaza un tratamiento médico y/o enfermero, sigue cuidándola adecuando el proceso de cuidados para respetar su voluntad, siempre que sea posible.

37. La enfermera pacta dentro del equipo de salud la gestión del proceso de información, especialmente en el caso de malas noticias, para que puedan ser comprendidas de la mejor manera posible.

38. La enfermera prioriza las decisiones de la persona atendida a la vez que ayuda a las familias y/o personas significativas de su entorno a comprender la decisión tomada.

39. La enfermera vela por que, en situaciones de incompetencia y/o incapacidad de la persona, las decisiones que tomen sus representantes aseguren el mayor beneficio de la persona atendida.

40. La enfermera promueve la planificación anticipada de las decisiones sanitarias y/o de las voluntades anticipadas y vela por que se respeten, en el marco de la legislación vigente.

INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: Las enfermeras reconocemos la importancia de preservar la intimidad y la confidencialidad y protegemos estos derechos en la relación profesional para garantizar el bienestar de la persona atendida en el proceso de cuidados, en el marco de una relación de confianza.

Intimidad

41. La enfermera garantiza un entorno que preserve la intimidad durante todo el proceso asistencial, en coherencia con la manera como la persona atendida la entiende y la vive.

42. La enfermera evita hacer juicios de valor sobre pensamientos, emociones, creencias y valores de la persona atendida que puedan condicionar la atención que presta.

43. La enfermera preserva y vela por la intimidad corporal de la persona atendida durante el proceso de cuidados, procurando que la exposición sea la mínima imprescindible y evitándola ante otros usuarios o personas que no participan en el proceso asistencial.

44. La enfermera informa y pide permiso a la persona atendida para cualquier intrusión en su cuerpo, o cualquier otro aspecto que vulnere su intimidad.

45. La enfermera pone especial atención en garantizar que las conversaciones con la persona atendida y personas significativas se desarrollen en un ambiente en que se respete la intimidad.

46. La enfermera explica el objetivo de la recogida de datos y se asegura de que pide aquellos que son justificadamente necesarios para proporcionar cuidados enfermeros de calidad. En caso de que se pueda vulnerar la intimidad de la persona atendida, la enfermera pide los datos imprescindibles, es cuidadosa en el registro y respeta la posibilidad de que la persona no responda.

Confidencialidad

47. La enfermera mantiene como confidencial toda la información que la persona atendida le haya confiado o que obtenga en el ejercicio de su profesión. Actúa con discreción, tanto dentro como fuera del ámbito profesional, con el fin de no desvelar datos sobre la persona atendida, directa o indirectamente.

48. La enfermera mantiene la confidencialidad incluso cuando el proceso asistencial ha terminado, y también después de la muerte de la persona atendida.

49. La enfermera, al compartir información con otros miembros del equipo de salud, se asegura de que solo será objeto de comunicación aquello que pueda generar un beneficio para la persona atendida, y vela por que no se vulnere el secreto compartido.

50. La enfermera tiene la obligación de exigir la máxima discreción a quienes forman parte del proceso asistencial, tanto si se trata de profesionales de la salud como si no, y ha de velar por que no se divulgue información de la persona atendida.

51. La enfermera se asegura de que todos los datos registrados de la persona atendida queden bien protegidos, y vela por que no se vulnere la confidencialidad en el uso de los registros y de las comunicaciones en formato papel, digital o audiovisual.

52. La enfermera se abstiene de acceder a datos de personas a las que no atiende y, cuando los utiliza fuera del ámbito asistencial para finalidades docentes y de investigación, preserva su anonimato y cuenta con el consentimiento de la persona o de su representante legal, y/o con la autorización del comité de ética de investigación correspondiente.

53. La enfermera advierte a la persona que consulta o divulga información confidencial de forma inapropiada y emprende las medidas oportunas de acuerdo con la gravedad de la situación.

54. La enfermera defiende el ejercicio del derecho de las personas a acceder a su historia clínica y a poseer una copia de esta.

55. La enfermera facilita los informes sobre el proceso de cuidados enfermeros siempre que lo solicite la persona atendida, o bien cuando sea necesario para la comunicación entre profesionales o instituciones con el fin de continuar el proceso terapéutico, de acuerdo con las normas de confidencialidad.

56. La enfermera valora hasta qué punto mantiene la confidencialidad cuando:

- a) Cumplimenta impresos, certificados o comunicaciones que corresponden a una obligación legal.
- b) Revela información para evitar un peligro o perjuicio importante para otras personas o para la colectividad.
- c) El mantenimiento de la confidencialidad pone en peligro la vida de la propia persona atendida.
- d) La persona atendida autoriza y consiente de forma expresa la revelación de información.
- e) Responde a requerimientos del Defensor del Pueblo, Ministerio Fiscal, Jueces, Tribunales u otras instituciones que la ley determina, en el ejercicio de las funciones que se les atribuyen, mencionando su obligación de confidencialidad.

JUSTICIA SOCIAL: Las enfermeras nos comprometemos a tratar a las personas con igualdad y a garantizar un acceso equitativo a los cuidados enfermeros, teniendo en cuenta la globalidad de la sociedad y favoreciendo el bien común.

57. La enfermera no puede discriminar a nadie por razón de edad, sexo, género, orientación sexual, etnia, lugar de origen, lengua, cultura, opinión, ideología política, creencias religiosas y/o espirituales, situación social, económica o estado de salud.

58. La enfermera respeta los derechos humanos de la persona atendida y asume la responsabilidad de generar conciencia social ante la vulneración de estos derechos, especialmente en situaciones de violencia, pobreza, hambre, maltrato y/o explotación, situaciones que ha de denunciar.

59. La enfermera tiene el deber de atender a todas las personas con la misma calidad humana y técnica, así como de velar por que los demás profesionales procedan del mismo modo.

60. La enfermera procura que todas las personas tengan acceso a cuidados enfermeros, tratamientos y recursos sanitarios y sociales según su situación de salud, especialmente cuando se trata de personas vulnerables.

61. La enfermera conoce la importancia de los determinantes sociales de la salud y asume el compromiso de reducir las iniquidades que generan.

62. La enfermera defiende la distribución equitativa de los recursos sanitarios, así como la gestión eficiente de los servicios de salud, y colabora en la educación de la ciudadanía para usarlos responsablemente.

63. La enfermera, cuando ejerce como investigadora principal o colaboradora en una investigación, se asegura de que se protegen los derechos de las personas y vela por que los resultados de la investigación estén disponibles para toda la población.

COMPROMISO PROFESIONAL: Las enfermeras reconocemos la importancia de la profesión enfermera en el seno de la sociedad, y por ello asumimos el compromiso de desarrollarla y mejorarla.

Relación con los colegas, el equipo de cuidados y el equipo de salud

64. Las relaciones entre la enfermera y los miembros del equipo de cuidados y del equipo de salud han de basarse en el respeto mutuo, la colaboración y el reconocimiento de las respectivas responsabilidades y/o competencias profesionales.

65. La enfermera usa los recursos y vías profesionales para resolver las discrepancias entre profesionales.

66. La enfermera, en situaciones de conflicto en el equipo de salud, promueve el diálogo respetuoso y vela por que las soluciones que se tomen respeten a todas las personas implicadas.

67. La enfermera, si identifica comportamientos perjudiciales —agresivos, intimidatorios o de abuso— entre los miembros del equipo, lo comunicará formalmente a la autoridad o persona que corresponda y procurará la resolución del conflicto.

68. La enfermera, cuando observa que algún miembro del equipo de salud puede poner en peligro la salud de la persona atendida, tiene el deber de evitar el riesgo que ello pueda suponer. Si la situación no se resuelve, lo comunicará formalmente a la autoridad o persona que corresponda.

69. La enfermera actúa con criterio profesional según sus competencias. Si considera que alguna indicación que recibe de otros profesionales del equipo de salud es errónea y/o puede causar un daño a la persona atendida, procurará que no se lleve a cabo, se abstendrá de participar e informará de su decisión a la autoridad o persona que corresponda.

Formación

70. La enfermera asume el compromiso de actualizar su competencia durante toda su carrera profesional.

71. La enfermera, en coherencia con el desarrollo de la profesión, está comprometida en la formación de las enfermeras en todos los niveles (básico, especializado, superior y formación continuada), y en la de otros grupos profesionales que requieran su colaboración.

72. La enfermera colabora en la formación de los estudiantes de enfermería, creando un entorno propicio para el aprendizaje y transmitiendo los valores, conocimientos y habilidades propios de la profesión. Se responsabiliza de las actividades que el estudiante realiza durante su aprendizaje y debe adecuar las intervenciones clínicas a su nivel de competencia.

73. La enfermera se compromete a presentar al estudiante a la persona atendida, a quien debe pedir su consentimiento para que aquel pueda intervenir en su proceso de atención.

74. La enfermera vela por que los estudiantes de enfermería conozcan las disposiciones que rigen el ejercicio de la profesión y las normas del código, las interioricen y las pongan en práctica. Medio ambiente.

75. La enfermera vela por un medio ambiente sostenible, tanto ecológica como económicamente. Lo protege de la contaminación, la degradación, el empobrecimiento y la destrucción, para promover la salud y el bienestar de la población.

76. La enfermera, en su ejercicio profesional, procura utilizar todos los recursos de forma eficiente, aplica estrategias para conseguir un uso sostenible y contribuye a la educación de las personas y las comunidades.

Comunicación social

77. La enfermera no hace declaraciones falsas, fraudulentas o que induzcan a engaño, ni hace un mal uso de los medios de comunicación o de las redes sociales.

78. La enfermera se compromete a comunicar de manera honesta los procedimientos, resultados, implicaciones, limitaciones y conclusiones de los estudios de investigación y de los nuevos conocimientos profesionales.

Objeción de conciencia

79. La enfermera actúa de acuerdo con los principios y valores profesionales, pero si considera que ciertas prácticas son contrarias a sus creencias morales, tiene el derecho a la objeción de conciencia.

80. La enfermera, al acogerse a la objeción de conciencia, tiene en cuenta que:

- a) El argumento ha de poseer contenido moral.
- b) Es coherente con sus valores y comportamientos.
- c) La decisión es de carácter individual y para una actuación concreta.
- d) Lo ha de comunicar previamente de forma razonada y razonable.
- e) Su participación es requerida para la intervención o procedimiento al que objeta.
- f) La persona atendida no queda desprotegida de sus derechos a la asistencia.
- g) No puede negarse a la prestación de cuidados enfermeros derivados de la situación por la que ha objetado.

81. La enfermera no puede acogerse a la objeción de conciencia ante una situación de urgencia que comporta un riesgo vital para la persona atendida.

Huelga

82. La enfermera puede ejercer el derecho a la huelga por razones de intereses profesionales y para mejorar el servicio que presta a las personas, las familias o la comunidad.

83. La enfermera, al convocar una huelga y/o adherirse a ella, es consciente del fin que se persigue, de los valores y argumentos que la fundamentan y de las consecuencias previsibles, tanto de las deseadas como de los denominados “efectos colaterales”, que deberá asumir con coherencia.

84. La enfermera que ejerce el derecho a la huelga se asegura de que se han establecido las medidas necesarias para garantizar las atenciones enfermeras y vela para que no se ponga en peligro la vida y la seguridad de las personas atendidas.

85. La enfermera debe asegurarse de que, al acordarse los “servicios mínimos”, hayan participado en el acuerdo enfermeras, para así garantizar que se tienen en cuenta tanto los cuidados enfermeros básicos como las técnicas derivadas de la terapéutica, especialmente cuando puedan verse implicadas personas en situación de dependencia.

Economía

86. La enfermera tiene el derecho de percibir en el ejercicio profesional una remuneración justa, de acuerdo con su cualificación profesional, pero no priorizará nunca el ánimo de lucro por encima del objetivo profesional.

87. La enfermera actúa con eficiencia, elaborando estrategias que garanticen los cuidados enfermeros necesarios, especialmente cuando existe una escasez de recursos.

88. La enfermera se responsabiliza de un buen uso del tiempo, de los materiales y de los recursos que utiliza para el ejercicio profesional.

89. La enfermera, en el ejercicio de la profesión, no interviene directa ni indirectamente en la publicidad, venta o promoción de productos comerciales cuando las finalidades lucrativas prevalecen sobre el beneficio de la persona atendida o de la sociedad.

Organismos profesionales

90. La enfermera, personalmente y participando en los colegios y las asociaciones profesionales, contribuye a la defensa de los valores y los principios profesionales enfermeros, con el objetivo de mantener la integridad de la profesión y su práctica en beneficio del bienestar de la sociedad.

91. La enfermera, personalmente y participando en los colegios y las asociaciones profesionales, estimula la autorreflexión crítica sobre la práctica enfermera para garantizar el desarrollo y mejora de la profesión, así como una actitud de respeto por los valores éticos de la profesión.

92. La enfermera, personalmente y participando en los colegios y las asociaciones profesionales, trabaja para que la aportación enfermera esté presente en la planificación y la remodelación de las políticas de salud, académicas y sociales, y vela por que la legislación que afecta a la accesibilidad, calidad y coste de la salud se adapte a las necesidades de las personas.

93. La enfermera, personalmente y participando en los colegios y las asociaciones profesionales, vela por el desarrollo de las competencias profesionales propias y el buen nombre de la profesión.

94. La enfermera contribuye activamente al buen funcionamiento de los organismos profesionales –colegios, asociaciones y otras instituciones– con el fin de mejorar el desarrollo profesional.

95. La enfermera se corresponsabiliza del cumplimiento del código y, si se incumple, actúa personalmente y/o a través de los colegios, asociaciones profesionales o instituciones de salud o sociales.

2.3 INVESTIGACIÓN DE VALORES PROFESIONALES EN ENFERMERÍA.

La exploración de los valores de los sujetos ha sido un tema clásico de controversia; la limitación de la observación directa del objeto de estudio ha sido un aspecto frecuente de crítica la aproximación científica de los valores. Independientemente de la conceptualización que se haga de los valores, desde la perspectiva de la Psicología, los valores son constructos cognitivos creados por el ser humano y por lo tanto su evaluación es inviable a simple vista. Métodos tales como la explicitación de valores mediante construcción de escalas ad hoc, la inferencia a través de las conductas observables o la evaluación a través del planteamiento de dilemas constituyen los elementos más utilizados desde el comienzo de la investigación de valores (87,88).

Esta inquietud no ha sido ajena en la disciplina enfermera puesto que a lo largo de los últimos años se han llevado a cabo múltiples estudios con el objetivo de aproximarse a los valores profesionales tanto de estudiantes como de profesionales de enfermería (89). En esta sección presentamos las principales herramientas que se han utilizado en dichos estudios.

2.3.1 PERCEPTIONS, PRACTICES AND PLANS (AACN ESSENTIAL VALUES).

Elfrink y Lutz (90) elaboraron una herramienta para conocer las percepciones de los profesores del grado de enfermería de las facultades de EUA sobre los siete valores profesionales identificados por la *American Association of Colleges of Nursing* en el documento *Essentials of college and university education for professional nursing* publicado en 1986.

El instrumento, diseñado específicamente para la investigación, obtuvo datos demográficos relativos a la región geográfica, matriculación e inscripción de estudiantes, tipo de institución y formación específica del profesorado relacionada con la educación en valores. Asimismo, se preguntó a los participantes que identificaran lo siguiente: (1) sus percepciones sobre los valores esenciales de la AACN, (2) su inclusión de estos valores en la enseñanza actual y, (3) su planes para incluir estos valores en la enseñanza en un futuro próximo.

La herramienta contenía tanto preguntas cerradas como preguntas abiertas, que se utilizaron para obtener información respecto a la variedad de prácticas de educación en valores. A continuación, en la tabla 3, se muestra un esquema de la estructura de la herramienta diseñada por Elfrink y Lutz.

Tabla 3. Estructura de la herramienta de Elfrink y Lutz (90)

COMPONENTES	ABORDAJE CUANTITATIVO	ABORDAJE CUALITATIVO
Datos demográficos:		
- Región geográfica	RESPUESTAS CERRADAS	-
- Matriculación		
- Características de la institución		
1. ¿Los profesores del grado de enfermería están de acuerdo en que los valores identificados por la AACN son un componente educativo esencial durante el grado?		
2. ¿Cuáles de los valores esenciales están incluidos en el plan de estudios del grado? ¿De qué modo?	Escala Tipo Likert.	Respuesta abierta
3. ¿En qué modo los profesores del grado de enfermería deben modificar sus prácticas actuales en vista de las recomendaciones establecidas en el documento <i>Essentials of college and university education for professional nursing</i> ?	5 = Máximo acuerdo	

El instrumento mostrado se remitió a un total de 1758 enfermeras de las facultades de enfermería de EUA y consiguió una muestra de 697 profesores (el 56% de universidades

públicas, el 33% a universidades afiliadas a alguna religión y el 11% a universidades no religiosas).

Tras el análisis de los datos obtenidos a partir del instrumento concluyeron que los profesores del grado de enfermería consideraban mayoritariamente que los valores esenciales eran representativos de los valores que necesitan utilizar los profesionales de enfermería en su práctica diaria y que por tanto debían incluirse en los planes formativos a lo largo del grado, no se hallaron diferencias significativas entre los encuestados.

Cerca del 57% de encuestados manifestó que incluía todos los valores esenciales en su enseñanza, aunque el 92% lo hizo de manera informal. Los profesores de instituciones religiosas incluían estos valores esenciales de manera formal en el plan de estudios con mayor frecuencia que el resto de los profesores ($p < 0,04$), así como aquellos que tenían formación educativa específica respecto a los valores ($p < 0,000$). El valor estético fue el menos incluido dentro de los planes de estudio, aunque los participantes no especificaron los motivos. En relación a las metodologías de aprendizaje utilizadas, se nombraron básicamente la integración de valores como parte de otros contenidos del curso, el role-playing durante la clase y los debates.

Por último, el 86% de los encuestados planeaba incluir mejoras respecto a la integración de los valores en los planes de estudios en el siguiente curso académico ya fuera de manera formal o informal.

2.3.2 CUESTIONARIO DEL CÓDIGO CONDUCTA PROFESIONAL (HONG KONG)

Esta herramienta se diseñó específicamente para una investigación que pretendía examinar las percepciones de los estudiantes del grado de enfermería sobre el *Code of Professional Conduct for Nurses in Hong Kong* elaborado en 2002 (91). Su principal objetivo era identificar las percepciones de los estudiantes de licenciatura en enfermería sobre la importancia de cada uno de los ocho aspectos del código de conducta profesional. Los objetivos específicos de la investigación se relatan a continuación:

- Identificar las percepciones de los estudiantes del grado de enfermería sobre la importancia de cada uno de los 8 aspectos del código de conducta profesional.
- Examinar las percepciones de los estudiantes del grado de enfermería sobre las dificultades para aplicar estos aspectos de la conducta profesional durante la práctica clínica.

- Investigar si existen diferencias significativas en las calificaciones de los estudiantes sobre la importancia y las dificultades a la hora de implementar el código de conducta profesional según el género o el año de estudio.

La herramienta está conformada por 4 grandes bloques:

- Bloque 1: Se solicitó a los encuestados que priorizaran los 8 aspectos del código de código de conducta profesional en términos de importancia.
- Bloque 2: los encuestados calificaron sus percepciones sobre la importancia de cada uno de los 39 elementos de conducta profesional a través de una escala tipo Likert de 6 opciones (0= no importante; 5= muy importante).
- Bloque 3: Los encuestados calificaron el grado de dificultad para lograr cada uno de estos ítems utilizando una escala tipo Likert de 6 puntos (0= Nada difícil; 5= Alto nivel de dificultad).
- Bloque 4: Incluía información respecto a los datos demográficos tales como edad, género y año de estudio.

La tabla 4 muestra los principales la estructura básica del instrumento:

Tabla 4. Estructura básica (Nursing College of Hong – Kong).

FACTORES	NIVEL DE IMPORTANCIA					GRADO DE DIFICULTAD						
	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6
1. Respect patient’s dignity, values and beliefs												
2. Maintain patients’ confidentiality												
3. Safeguard informed decision making												
4. Provide safe and competent care												
5. Maintain standard of practice												
6. Foster trust with patients												
7. Uphold nursing image												
8. Practice in accordance with the laws of Hong Kong												
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:												
EDAD:	GÉNERO				CURSO:							

Los principales hallazgos derivados de la investigación mostraron que los tres factores que obtuvieron una mejor puntuación respecto al nivel de importancia otorgada por los estudiantes fueron por orden: 1) Proveer un cuidado seguro y competente (el 52% de los encuestados lo escogió como el ítem más importante) ; 2) Mantener el estándar de práctica acordado (el 15,6% de los encuestados lo escogió como el ítem más importante y 3) Practicar acorde a las leyes de Hong-Kong (el 15,2% de los encuestados lo escogió como el ítem más importante).

Por el contrario, los 3 factores que obtuvieron una menor puntuación respecto al nivel de importancia otorgado por los estudiantes fueron por orden de menor a mayor importancia: 1) Fomentar la confianza inherente a la relación privilegiada entre enfermeras y sus pacientes / clientes (el 2,7% de los encuestados lo escogió como el ítem más importante); 2) Defender la imagen de las enfermeras y la profesión rechazando ventajas (el 5,7% de los encuestados lo escogió como el ítem más importante) y 3) Salvaguardar la toma de decisiones informada y el bienestar de los pacientes / clientes en la prestación del cuidado (el 7,2% de los encuestados lo escogió como el ítem más importante).

En relación al nivel de dificultad, los 3 ítems que presentaron un mayor nivel de dificultad percibida por parte de los estudiantes fueron: 1) Relacionado con el factor 3 - Situaciones en las que los pacientes están mentalmente incapacitados o no pueden decidir o hablar por sí mismos con respecto a las opciones de atención/tratamiento y la enfermera debe esforzarse por asegurarse de que la perspectiva del paciente/cliente esté representada de manera apropiada (\bar{X} : 3,09; SD: 1,25); 2) Relacionados con el factor 5 - La enfermera reconoce la necesidad de un aprendizaje permanente y participa en la educación continua en enfermería (\bar{X} : 3,03; SD: 1,39); y 3) Relacionado con el factor 5- La enfermera está activa en la actualización de sus conocimientos y habilidades a intervalos regulares para mejorar la competencia profesional (\bar{X} : 2,96; SD: 1,4).

En contraste, los 3 ítems que presentaron un menor nivel de dificultad percibida por parte de los estudiantes fueron de menor a mayor: 1) Relacionado con el factor 6 - La enfermera no abusa de la propiedad de sus pacientes/clientes (\bar{X} : 1,18; SD: 1,29); 2) Relacionado con el factor 7 - La enfermera rechaza cualquier obsequio, favor u hospitalidad ofrecidos con el fin de obtener un trato preferencial (\bar{X} : 1,23; SD: 1,23) y 3) Relacionado con el factor 2 - Cuando se requiere información personal para la enseñanza, la investigación o los procedimientos de aseguramiento de la calidad , la enfermera se encarga de proteger el anonimato y la privacidad del paciente / cliente (\bar{X} : 1,59; SD: 1,2).

2.3.3 ENCUESTA EUROPEA ENMARCADA EN EL PROYECTO DuQUE

Lombarts et al. (92), diseñaron un estudio para investigar la confiabilidad y la validez de los datos obtenidos mediante la herramienta de medición del profesionalismo desarrollada por el grupo investigador para describir los niveles de profesionalismo exhibidos por médicos y enfermeras y cuantificar el grado en que las actitudes profesionales predicen los comportamientos.

El grupo diseñó el instrumento que fue respondido por 5920 profesionales, En total, participaron 2067 médicos y 2805 enfermeras (94,8%) que representan 74 hospitales de 7 países europeos (República Checa, Francia, Alemania, España, Portugal, Polonia y Turquía) en el marco de un estudio transversal multicéntrico internacional que se ha denominado “*Deepening Our Understanding of Quality Improvement in Europe*” (DUQuE).

Para medir la conformidad de las enfermeras con los valores de la profesión se basaron en el *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements* y utilizaron *Escala de Valores Profesionales (EVPS-R)* desarrollado y validado por Weis y Schank y revisada posteriormente en 2009 que se explica detalladamente en el apartado siguiente; para incluir aspectos sobre el trabajo colaborativo en la mejora continua de la calidad de la atención al paciente, utilizaron un conjunto de elementos validados sobre la colaboración interprofesional médico-enfermera validado por Ward et al.

El instrumento reveló 5 subescalas de actitud profesional y una escala de comportamiento profesional con consistencia y confiabilidad interna de moderada a alta.

Todas las preguntas de actitud profesional se respondieron en una escala Likert de 5 puntos (1 = muy en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = neutral, 4 = algo de acuerdo y 5 = muy de acuerdo). Todos los ítems de comportamiento profesional requerían una respuesta dicotómica de sí o no. Además, se incluyeron algunos datos demográficos específicos. Según los autores, la herramienta mide de forma fiable y válida el compromiso de los médicos y enfermeros europeos con la profesionalidad. En la tabla 5 se muestra la estructura básica del instrumento así como el resultado de su análisis factorial, tanto para profesionales de medicina como de enfermería.

Tabla 5. Estructura del cuestionario (DUQuE) (92)

SUBESCALAS	Carga factorial		Alfa de Crombach		Ítmes corregidos	
	M*	N*	M*	N*	M*	N*
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN						
			.825	.813		
Q1. Médicos y enfermeras deberían estar dispuestos a trabajar en iniciativas para la mejora de la calidad.	.766	.717			.665	.636
Q2. Médicos y enfermeras deberían iniciar acciones para mejorar la práctica diaria.	.798	.751			.701	.664
Q3. Médicos y enfermeras deberían participar en ejercicio de autoevaluación continua.	.748	.749			.694	.682
Q4. Médicos y enfermeras deberían participar en procesos de evaluación por pares acerca de la calidad del cuidado brindado por lo colegas de trabajo.	.604	.629			.541	.555
MANTENIMIENTO DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL						
			.668	.664		
PC1. Médicos y enfermeras deberían mantener la competencia en su área de práctica	.738	.681			.560	.530
PC2. Médicos y enfermeras deberían buscar información adicional para actualizar conocimientos y habilidades	.765	.710			.617	.577
PC3. Médicos y enfermeras deberían someterse a exámenes de recertificación periódicamente a lo largo de su carrera profesional.	.347	.411			.294	.337
CUMPLIMIENTO DE RESPONSABILIDADES PROFESIONALES						
			.765	.806		
PR1. Médicos y enfermeras deberían revelar todos los errores médicos significativos que afecten a pacientes o sus cuidadores/tutores.	.597	.662			.518	.583
PR2. Médicos y enfermeras deberían reportar todos los errores médicos significativos que observen al hospital, clínica u otra autoridad competente.	.758	.783			.650	.702
PR3. Médicos y enfermeras deberían informar de casos de colegas incompetentes o significativamente discapacitados al hospital, clínica u otra autoridad competente.	.735	.724			.635	.647
PR4. Médicos y enfermeras deberían enfrentarse a los profesionales con prácticas inapropiadas o cuestionables	.526	.623			.460	.559
COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL						
			.780	.771		
<i>Educación compartida y colaboración</i>						
IC1. Los médicos deberían educarse para establecer relaciones de colaboración con las enfermeras	.738	.765			.609	.628
IC2. Las relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras deberían ser incluidas en sus programas formativos.	.745	.765			.615	.634
IC3. Las enfermeras deberían tener responsabilidad para monitorizar los efectos de los tratamientos médicos.	.600	.495			.543	.441
IC4. Las enfermeras deberían clarificar una orden médica cuando piensan que puede tener un efecto potencialmente perjudicial para el paciente.	.539	.576			.487	.528
IC5. Una enfermera debería ser considerada como una colega por parte de los médicos y no como una asistente.	.574	.551				
COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL						
			.543	.721		
<i>Autoridad médica</i>						
PA1. Los médicos deberían ser la autoridad dominante en todos los asuntos relacionados con el cuidado de la salud.	.506	.664			.373	.563
PA2. La principal función de las enfermeras es llevar a cabo las órdenes médicas.	.506	.664			.373	.563
PROFESSIONAL BEHAVIOURS						
			.505	.492		
<i>Acciones para mejorar la calidad profesional</i>						
QA1. En los últimos 3 años, ¿Has participado en alguna iniciativa formal de reducción del error en tu hospital?	.506	.477			.353	.327
QA2. En los últimos 3 años, ¿Has revisado los registros médicos/enfermeros para mejorar su calidad?	.523	.508			.375	.364
QA3. En los últimos 3 años, ¿Te has sometido a una evaluación de la competencia por una sociedad profesional u otra autoridad?	.344	.353			.239	.242

*M: Medicina; N: Enfermería

2.3.4 NURSING PROFESSIONAL VALUES SCALE: (NPVS) Y (NPVS-R)

Darlene Weis y Mary Jane Schank desarrollaron, el 2000 en EUA, una herramienta con el objetivo de evaluar los valores profesionales en enfermería. El diseño de la herramienta se basó en los valores propuestos en el *Code for Nurses de la American Nurses Association* en 1985 (19).

La NPVS contiene 44 ítems que se puntúan según una escala analógica tipo Likert en la que se proponen cinco opciones de respuesta de 5 (muy importante) a 1 (no importante). Cada ítem es una breve frase descriptiva que refleja alguno de los valores específicos propuestos por la ANA. El rango de puntuación oscila entre 44 y 220 de manera que una puntuación mayor muestra una orientación hacia los valores profesionales más firme.

La validez de contenido de la herramienta fue establecida por 5 profesionales (enfermeras docentes y asistenciales) con amplia experiencia en el *Code for Nurses de la American Nurses Association*. La escala fue validada con una muestra de 599 participantes (357 estudiantes de grado, 125 estudiantes de máster y 117 enfermeras asistenciales).

El modelo teórico que sustenta esta escala es básicamente bidimensional como puede observarse en la tabla 6:

Tabla 6. Características de la Nursing Professional Values Scale (NPVS).

FACTOR	CARACTERÍSTICAS	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH	% VARIANZA EXPLICADA
I – Cuidado	La enfermera es descrita como proveedora de cuidados. Ex: <i>Proveer cuidados sin prejuicios, establecer estándares que guíen la práctica enfermera diaria</i>	10	.90	31.4
II – Activismo	Se enfatizaron las fuerzas externas sobre las que la enfermera puede incidir y que afectan a la calidad del cuidado. Ex: <i>Participar en decisiones públicas políticas, participar en investigación</i>	7	.80	10.1
III – Responsabilidad	La responsabilidad es descrita como: <i>Aceptar la delegación relacionada con la competencia y la legalidad</i>	2	.46	3.4
IV – Integridad	Está relacionada con principios morales y legales. Ex: <i>Utilizar el título de RN para mejorar la imagen de la profesión</i>	1	*	3.2
V – Confianza	Refleja las características profesionales. Ex: <i>Mantener la competencia o salvaguardar el derecho a la privacidad de los pacientes</i>	2	.47	3.0
VI – Libertad	Está específicamente centrado en el paciente. Ex: <i>Reconocer el derecho del paciente a escoger</i>	1	*	2.6
VII – Seguridad	Está centrado en el bienestar individual y colectivo. Ex: <i>Proteger a la comunidad de prácticas y productos no saludables, solicitar ayuda cuando no se puedan satisfacer las necesidades del paciente</i>	2	.62	2.5
VIII - Conocimiento	Se centra en <i>participar en la propia autoevaluación.</i>	1	*	2.3

La herramienta mostró altos niveles de confiabilidad y validez, y las autoras afirman que puede ser utilizada como una herramienta pre-intervención o de *screening*, o para realizar una evaluación tras la implementación de un programa cuyo objetivo sea el desarrollo de valores profesionales.

Posteriormente, en 2009, las mismas autoras (93) realizaron una revisión del modelo. Los resultados de esta evaluación psicométrica de la NPVS-R basados en el *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements* establecieron diferencias con el modelo anterior (NPVS) que estaba basado en el *Code for Nurses* elaborado en 1985.

El modelo revisado mantuvo 26 ítems y 5 factores: Cuidado, Activismo, Confianza, Profesionalismo y Justicia, en cambio el modelo anterior estaba estructurado en 8 factores. Los factores Activismo y confianza no sufrieron cambio alguno tras la revisión.

Los índices de bondad de ajuste se acercaron a un nivel aceptable. El modelo revisado explicó el 56,7% de la varianza común y los hallazgos respaldaron la confiabilidad de la consistencia interna de cinco factores con coeficientes alfa de .70 a .85 y un coeficiente alfa de escala total de .92. La validez de constructo se apoyó con un rango de carga de factores general de .46 a .79 en los cinco factores etiquetados. La tabla 7 muestra la estructura del instrumento, el coeficiente alfa de Cronbach de cada ítem y factor, así como el % de varianza explicada de cada factor.

Tabla 7. Análisis factorial de la NPVS - R

	ítem	ALFA DE CRONBACH	% VARIANZA EXPLICADA (ALFA DE CRONBACH)
Caring	21. Safeguard patients right to privacy	.76	35% (.92)
	25. Maintain confidentiality of patient	.69	
	20. Provide care without prejudice to patients of varying lifestyle	.67	
	24. Practice guided by principles of fidelity and respect for person.	.64	
	23. Protect rights of participants in research	.61	
	16. Protect moral and legal rights of patients	.60	
	18. Act as a patient advocate	.54	
	22. Confront practitioners with questionable or inappropriate practice	.50	
Activism	17. Refuse to participate in care if in ethical opposition to own professional values	.46	8.4% (.82)
	26. Participate in activities of professional nursing associations	.79	
	19. Participate in nursing research and/or implement research findings appropriate to practice	.71	
	10. Advance the profession through active involvement in health-related activities	.66	
	11. Recognize role of professional nursing associations in shaping health care policy	.65	
Trust	4. Participate in public policy decisions affecting distribution of resources.	.56	4,9% (.75)
	15. Maintain competency in area of practice	.66	
	14. Accept responsibility and accountability for own practice	.66	
	1. Engage in ongoing self-evaluation	.65	
Profesionalism	2. Request consultation/collaboration when unable to meet patient needs	.60	4,3% (.77)
	9. Seek additional education to update knowledge and skills	.49	
	6. Establish standards as a guide for practice	.77	
	7. Promote and maintain standards where planned learning activities for students take place	.73	
Justice	5. Participate in peer review	.60	4.1% (.70)
	8. Initiate actions to improve environments of practice	.58	
	13. Assume responsibility for meeting health needs of the culturally diverse population	.70	
	12. Promote equitable access to nursing and health care	.67	
	3. Protect health and safety of the public	.61	

2.3.5 ESCALA DE VALORES PROFESIONALES ENFERMEROS (EVPE)

Esta escala es una validación al castellano y a nuestro contexto sociocultural de la escala NPVS-R elaborada por Weis y Schank (Ver anexo I). La adaptación ha sido desarrollada por Salomé Basurto (18). La escala contempla los nueve valores propuestos por la revisión realizada por la ANA en 2001. Cabe destacar que en 2015 se ha realizado una nueva revisión en la que no se han introducido o modificado los valores propuestos en 2001 si no que se ha incorporado una interpretación de los mismos (94), por lo que podemos afirmar que continua vigente actualmente.

Se trata de una escala autoadministrada, conformada por 26 ítems cuyo principal objetivo es conocer la percepción de los valores profesionales de enfermería. Se puntúa según una escala analógica tipo Likert en la que se proponen cinco opciones de respuesta (1 – no importante; 2 – algo importante; 3 – importante; 4 – bastante importante; 5 – muy importante), de manera que, a mayor puntuación, mayor nivel de importancia otorgado por el alumno a un valor determinado. El rango de puntuación posible abarca desde los 26 hasta los 130 puntos. La cumplimentación completa de la escala por parte del alumno requiere de unos 20 minutos aproximadamente.

Además de los 26 valores propuestos, la EVPE incluye variables relacionadas con características sociodemográficas de los estudiantes: género, edad y curso académico. Cabe destacar que a la versión de Basurto hemos añadido dos variables sociodemográficas más (nº de años de experiencia laboral en ciencias de la salud y actividad laboral).

Basurto propone un modelo formado por 3 dimensiones: “Cuidado ético”, “Compromiso profesional” y “Dominio Profesional”.

- La primera dimensión, denominada “Cuidado Ético”, recoge todos aquellos ítems relacionados con valores estéticos, morales y éticos. Agrupa los ítems 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24 y 25.
- La segunda dimensión, denominada “Compromiso Profesional”, recoge aquellos ítems que guardan relación con el mantenimiento de una implicación activa en el desarrollo profesional y que caracteriza a una profesión humanista cuyo centro de atención debe ser siempre la persona. En esta dimensión aparecen los valores afectivos, individuales, sociales y espirituales y agrupa los ítems 3, 4, 5, 8, 10, 11, 19 y 26.

- La tercera y última dimensión, denominada “Dominio Profesional” recoge aspectos de la profesión más técnicos y guarda relación con la toma de la mejor decisión en el momento más apropiado. Recoge valores instrumentales, corporales e intelectuales y agrupa los ítems 1, 2, 6, 7, 9, 12, 14, 15 y 17.

La tabla 8 recoge el modelo teórico propuesto por Basurto tras el proceso de validación al castellano de la NVPS-R de Weis y Schank:

Tabla 8. Modelo teórico de la escala de valores profesionales en enfermería (EVPE)

Cuidado Ético	Compromiso Profesional	Dominio Profesional
valores estéticos, morales y éticos	valores afectivos, individuales, sociales y espirituales	valores instrumentales, corporales e intelectuales
Ítems: 13, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25	Ítems: 3, 4, 5, 8, 10, 11, 19 y 26	Ítems: 1, 2, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17
Responsabilidad Autonomía Equidad Justicia Dignidad humana Respeto Moralidad hacia uno mismo y los demás Tolerancia Confidencialidad Veracidad Valor inherente y singular de toda persona Sensibilidad hacia los valores Creatividad	Responsabilidad Autonomía Afecto, Cariño Autocuidado Autoformación Integridad personal y profesional Cortesía Activismo profesional y social Compromiso con el paciente, la familia y la comunidad Compromiso con la mejora personal, profesional y de los entornos Promoción de la salud Protección de la salud, de la seguridad, de los derechos, ante la investigación y ante los cuidados que se prestan. Trabajo en equipo Participación en asociaciones profesionales para el avance profesional Participación en políticas para el avance hacia la mejora profesional y social. Detección de las necesidades de salud de la población Implementación de los resultados de las investigaciones en la práctica profesional Crear entornos saludables Valor de la naturaleza y conservación del medio ambiente Crecimiento personal y profesional Respeto a los valores (religiosos y/o espirituales) Solidaridad Cooperación Valor inherente y singular de toda persona	Responsabilidad Autonomía Seguridad en la práctica Creación de estándares de buena práctica y mecanismos de actuación revisados, utilización moral y ética de los medios terapéuticos en el cuidado de la salud Valor de la salud Competencia profesional: Desarrollo del conocimiento mejora profesional, autoformación y actualización. Ejercer respetando los valores profesionales

El análisis estructural de la escala EVPE realizado por Basurto muestra una centralidad y una capacidad discriminadora de los 26 ítems propuestos que se acerca a la normalidad y está dentro de los límites recomendados.

La validez de constructo de la herramienta se realizó mediante un análisis factorial confirmatorio, en el que se comparó el modelo tridimensional con el modelo bidimensional propuesto por Weis y Schank y con un modelo unidimensional. Tras el análisis se demostró que el modelo tridimensional de Basurto presenta un nivel de ajuste excelente y es significativamente superior al de los demás modelos analizados, incluido el modelo bidimensional propuesto por Weis y Schank en su escala original.

Al evaluar la consistencia interna del cuestionario, los coeficientes alfa de Cronbach de los 26 ítems que conforman la escala se sitúan entre 0.70 y 0.77 por lo que se consideran bastante adecuados ya que se intentan aproximar a constructos con una alta carga subjetiva.

Tras la evaluación detenida de todas las escalas utilizadas en estudios relacionados con los valores profesionales en los últimos años, considero que la **Escala de Valores Profesionales de Enfermería validada por Basurto** ofrece algunas ventajas respecto a otros instrumentos. En primer lugar, la validez estructural que muestra la herramienta es consistente; por otro lado, el modelo tridimensional que sustenta incluye no únicamente valores éticos si no que se complementa con valores relacionados con el compromiso y el dominio profesional, y por último ha sido específicamente validada en nuestro país para ser utilizada con estudiantes y no únicamente con profesionales. Por todos estos motivos, estimo que es el instrumento más adecuado de todos los analizados que me permitirá acercarme a la percepción de estudiantes respecto al nivel de importancia que otorgan a los valores defendidos por nuestra profesión.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

“Tus valores definen quién eres realmente. Tu identidad real es la suma total de tus valores”.

Assegid Habtewold

La presente investigación es un estudio de caso (los valores profesionales en la escuela de enfermería Gimbernat) en el que se utilizarán métodos mixtos de investigación ya que la investigación mixta nos permite integrar en un mismo estudio, metodologías cualitativas y cuantitativas con el propósito de que exista mayor comprensión del objeto de estudio (95).

Esta combinación de metodologías nos ofrece ciertas ventajas respecto a una perspectiva más dicotómica y purista. Por un lado, nos ofrece complementariedad es decir, las deficiencias de la utilización de una sola técnica pueden minimizarse integrando diferentes técnicas y métodos de análisis. Por otro lado, es imprescindible tener presente que el mundo es complejo y multidimensional, y la investigación cualitativa y cuantitativa revelan diferentes aspectos de la realidad por lo que para alcanzar la máxima profundidad al la hora de explicar un fenómeno es importante comprender esa multiplicidad de aspectos (95). Finalmente cabe destacar que, los métodos mixtos de investigación ofrecen mayor confianza en la validez de sus hallazgos ya que la triangulación de datos cuantitativos y cualitativos permite evaluar de manera más rigurosa la variabilidad de interpretaciones y la medida en que el contexto puede llegar a influir en los resultados (96).

En los últimos años se ha producido un creciente interés por la utilización de métodos mixtos, es decir por la combinación de métodos cuantitativos (CUAN) y cualitativos (CUAL), este creciente interés se puede atribuir tanto al aumento del rigor metodológico como a las reconocidas contribuciones del enfoque CUAL para el análisis y la comprensión en profundidad del objeto de estudio (97).

En definitiva, los diseños de métodos mixtos son una herramienta muy útil para la la investigación tanto en investigación educativa como en investigación en enfermería ya que nos ofrecen una perspectiva holística del objeto de estudio y son más eficiente en tiempo y costes que otros enfoques metodológicos de investigación más tradicionales (97–99).

3.1 CONTEXTO DE ESTUDIO

La investigación se ha llevado a cabo en la Escuela Universitaria Gimbernat, adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona y concretamente en el grado de enfermería. Esta escuela inició su actividad docente en 1974 ofreciendo entonces la Diplomatura de Enfermería en el Campus de Santa Coloma de Gramanet. En la actualidad se encuentra en el campus de Sant Cugat desde 1993.

La Escuela se encuentra inmersa, desde el año 2002, en un proyecto global de mejora e innovación docente, dentro del marco del Espacio Europeo de Educación Superior y plantea un paradigma educativo con la excelencia como referencia académica en el que se forma a los estudiantes para que sean capaces de cuidar tanto de las personas sanas como de las enfermas, así como de la comunidad.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total de estudio la conforman todos los estudiantes matriculados durante el año académico 2016 – 2017 en el grado de enfermería de la Escuela Universitaria Gimbernat, un total de 508 alumnos en el grado de Enfermería distribuidos en dos líneas: 150 alumnos en primero, 130 alumnos en segundo, 98 alumnos en tercero y 130 alumnos en cuarto curso.

Se han incluido todos los estudiantes en la investigación, excepto aquellos que abandonaron sus estudios antes de finalizar el curso académico, un total de 7 (6 de primer curso y 1 de tercer curso) por lo que la población final del estudio fue de 501 estudiantes.

La muestra obtenida fue de 315 estudiantes para el abordaje cuantitativo, lo que ha significado una tasa de respuesta del 62,9% (60.4% para 1º curso, 80% para 2º curso, 60.4% para 1º curso, 45,3% para 3º curso y 61% para 4º curso). Para el abordaje cualitativo se obtuvieron 298 respuestas.

3.3 DISEÑO

El diseño de la investigación es un **diseño de triangulación concurrente (DITRIAC)**. En este tipo de diseño se recolectan y analizan los datos CUAN y CUAL sobre el problema de investigación al mismo tiempo. Además, durante la interpretación y la discusión se explican las dos clases de resultados y se efectúan comparaciones cruzadas de datos (100). Este tipo de diseño permite compensar las deficiencias inherentes a cada una de las metodologías cuando se utilizan por separado, aprovechando los puntos fuertes que aportan ambos enfoques y permite obtener conclusiones bien fundamentadas (95).

Una de las ventajas que aporta este diseño es que permite la recogida de datos en un corto período de tiempo en comparación con la recogida de datos de los modelos secuenciales, aunque también presenta algunas limitaciones, en este sentido cabe destacar la dificultad que puede derivarse de la comparación de los resultados obtenidos utilizando datos de diferente etiología (101).

En la figura 3 se puede observar la estructura básica de la investigación:

OBJETIVO: Analizar la percepción de los estudiantes de enfermería respecto a los valores profesionales

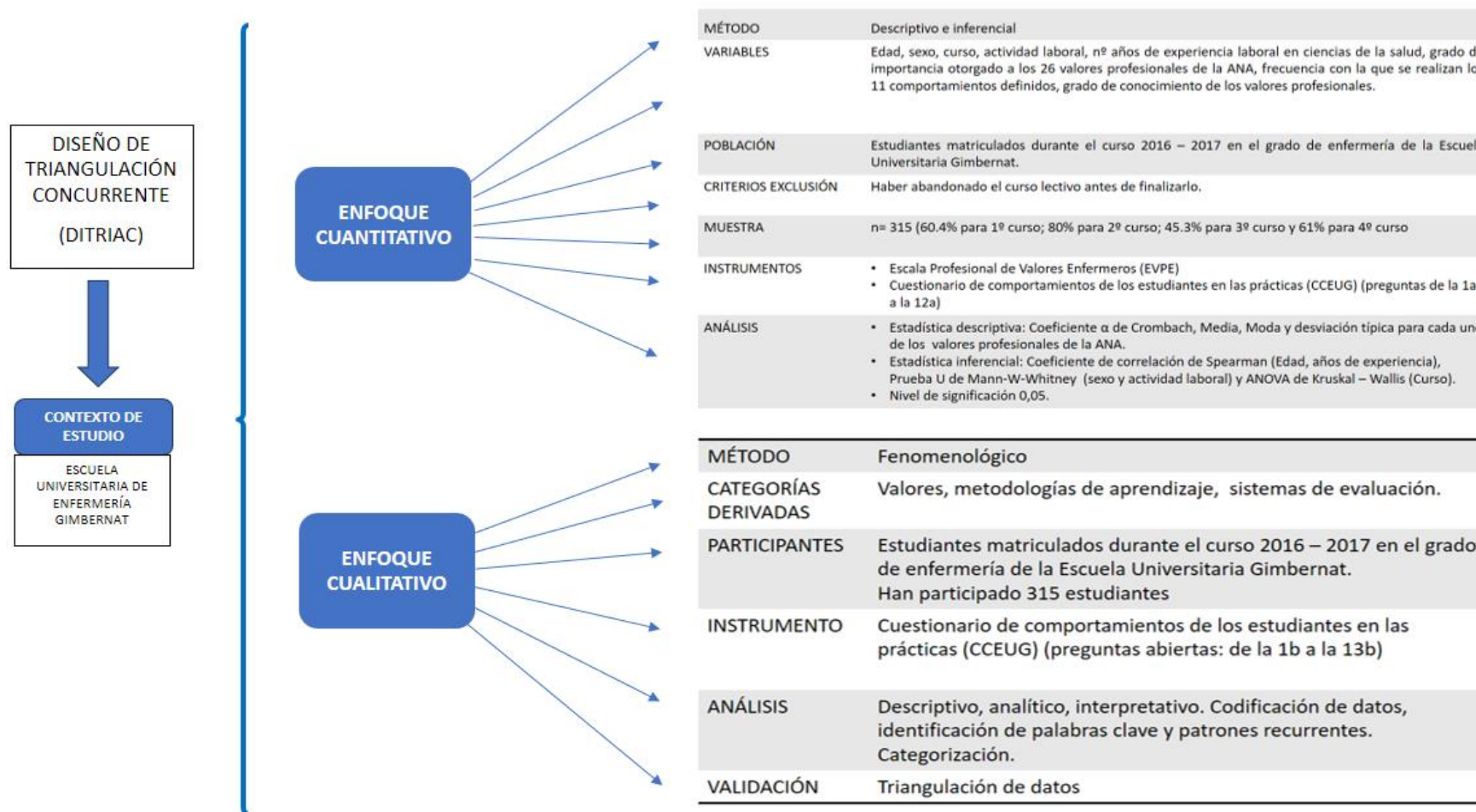


Figura 3. Esquema básico de la investigación

3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

En el estudio se ha analizado la percepción de los estudiantes respecto los valores profesionales utilizando metodología mixta y para ello se utilizaron dos instrumentos, el primero de ellos es la **Escala Profesional de Valores Enfermeros (EVPE)** basada en la escala NPVS de Weis y Schank y validada en nuestro país por Basurto en 2013 y que ofrece una perspectiva cuantitativa. El segundo instrumento es un cuestionario diseñado ex profeso para la investigación en curso, es el **Cuestionario de comportamientos de los estudiantes en las prácticas (CCEUG)** que integra tanto preguntas cerradas (abordaje cuantitativo) como preguntas abiertas (abordaje cualitativo) (ver anexo II).

3.4.1 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL CCEUG

Para poder explorar con una mayor profundidad la percepción de los valores profesionales en los estudiantes se diseñó un cuestionario específico que incluyó preguntas cerradas y preguntas abiertas, con la intención de relacionar ciertos comportamientos realizados por los estudiantes durante las prácticas de enfermería con los valores profesionales que los sustentan.

Para elaborar el cuestionario, se utilizó de base una infografía diseñada por el Comité de Ética Asistencial del Sector III de Zaragoza (102) en el que se aprecian comportamientos realizados por profesionales de la salud que denotan una carencia de valores profesionales, principalmente de dominio ético.

En primer lugar, se diseñó el cuestionario que en su primera versión incorporaba 7 preguntas cerradas y 7 preguntas abiertas cada una de ellas relacionada con un comportamiento.

Para mejorar la validez del instrumento, se pidió la evaluación voluntaria del mismo a 8 enfermeras de diferentes ámbitos profesionales y se les pidió que relacionaran cada una de las preguntas con las tres dimensiones que conforman la escala EVPE validada por Basurto en nuestro país (ver anexo III). El requerimiento necesario para participar fue que tuvieran experiencia respecto a la formación de estudiantes de enfermería y fueran expertas en sus ámbitos laborales (experiencia mínima de 10 años). Se solicitó también la participación de una enfermera recién graduada con el objetivo de que incorporase su visión como estudiante.

A continuación, en tabla 9 se muestra información relativa a la experiencia profesional y los ámbitos de actuación de cada uno de los profesionales que participaron en el proceso de elaboración del cuestionario de comportamientos de los estudiantes en las prácticas (CCEUG).

Tabla 9. Relación de los profesionales colaboradores del diseño del CCEUG

ENFERMERAS	DESCRIPCIÓN
D. M.	Enfermera y Coach. 20 años de experiencia profesional en Atención Primaria.
M. P.	Enfermera. Profesora Titular de Enfermería de la E.U.I Gimbernat. 20 años de experiencia asistencial en el Centro Sociosanitario Albada, en unidades de crónicos. Experiencia asistencial y de gestión. Directora del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB.
Á. V.	Enfermero. Profesor Titular de Enfermería de la E.U.I Gimbernat. 10 años de experiencia asistencial en SEM y UCIAAS del Hospital Juan XXIII.
S. P.	Enfermera. Profesora colaboradora E.U.I. Gimbernat. Unidad de Hospitalización del Hospital Esperit Sant. Graduada en 2015-2016.
A. P.	Enfermera de la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS). 20 años de experiencia asistencial en el Centro Sociosanitario Albada. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Tutora docente del Postgrado de Atención al Paciente crónico de IL3-UB. Coordinadora académica Postgrado "Atención al Paciente Frágil" de la UAB.
V. G.	Enfermera Gestora de casos. EAIA de trastorno Cognitivo. 20 años de experiencia asistencial en el Centro Sociosanitario Albada. Corporación Sanitaria Parc Taulí.
M. S.	Enfermera. Profesora Titular de Enfermería de la E.U.I Gimbernat. 20 años de experiencia asistencial en unidades de salud mental del Hospital San Rafael.
R. M.	Enfermera. 10 años de experiencia asistencial en el área quirúrgica del Hospital Juan XXIII.

A los profesionales nombrados anteriormente, se les pidió que analizarán la validez de la herramienta e incorporaran sugerencias de mejora, además de relacionar cada una de las preguntas del cuestionario con las tres dimensiones de la Escala EVPE tal y como hemos comentado anteriormente. Después de valorar los comentarios de las enfermeras e incluir las mejoras oportunas, en el cuestionario final se incluyó una pregunta cerrada y una pregunta abierta para cada uno de los 13 comportamientos que finalmente conforman el cuestionario. De todos los comportamientos incluidos, 8 se relacionan con la dimensión Cuidado Ético, 1 se relaciona con la dimensión Compromiso Profesional, 3 se relacionan con la dimensión Dominio Profesional y 1 con el conocimiento de los estudiantes respecto a los valores profesionales.

A continuación, se muestra la relación de las preguntas del cuestionario de comportamientos de los estudiantes en las prácticas a la que se llegó por consenso entre todos los participantes del cuestionario CCEUG.

Tabla 10. Relación entre el CCEUG y las 3 dimensiones de la escala EVPE

COMPORTAMIENTOS (CCEUG)	COMPORTAMIENTOS ABREVIADOS	DIMENSIÓN EVPE
1. ¿Acostumbas a presentarte indicando cuál es tu nombre y tu categoría de estudiante en prácticas?	PRESENTARSE	
2. ¿Mantienes a la persona desnuda o expuesta más tiempo de lo necesario?	MANTENER DESNUDA A LA PERSONA	
3. ¿Explicas al paciente el procedimiento o técnica que vas a realizar y cómo lo vas a hacer adaptando tu lenguaje a su capacidad de comprensión?	EXPLICAR EL PROCEDIMIENTO	
4. Al ofrecer los cuidados básicos a un paciente ¿Mantienes conversaciones con tus compañeros (enfermeras, auxiliares u otros estudiantes) sin incluir en ellas al propio paciente?	MANTENER CONVERSACIONES	
5a. ¿En alguna ocasión has tratado a un paciente mayor o con deterioro cognitivo o con discapacidad intelectual de manera infantil o con superioridad?	TRATO PUERIL	CUIDADO ÉTICO
6a. ¿Has ofrecido información, realizado una entrevista y/u ofrecido cuidados a un paciente en un lugar poco apropiado o sin tener en cuenta el entorno (aislamiento visual y auditivo)?	INFORMAR EN LUGAR INAPROPIADO	
7. ¿Tienes en cuenta los valores y las creencias de los pacientes a los que atiendes?	RESPETAR VALORES DEL PACIENTE	
8. ¿Ofreces un trato diferente (menos empático) a algún perfil de paciente determinado: pacientes detenidos, con trastorno mental, personas culturas diferentes a la tuya, personas sin hogar...?	TRATO DIFERENTE SEGÚN PERFIL	
9. ¿Participas o has participado activamente en alguna acción de mejora de la profesión enfermera (asociación profesional, comisión de trabajo, grupo de formación, elaboración de protocolos o trayectorias, proyecto de investigación, participación activa en redes sociales, grupos de debate, grupo de estudiantes...)?	PARTICIPAR EN ACCIONES DE MEJORA PROFESIONAL	COMPROMISO PROFESIONAL
10. Durante las prácticas externas, acostumbras a buscar información complementaria (protocolos hospitalarios, guías farmacológicas, bases de datos, revistas indexadas...) más allá de la que te pide explícitamente tu profesor para actualizar o profundizar tus conocimientos y habilidades.	BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	
11. Durante las prácticas externas, ¿Realizas un ejercicio de autoevaluación de tu propia actuación en el centro de prácticas?	AUTOEVALUACIÓN	DOMINIO PROFESIONAL
13. ¿Crees que en alguna ocasión has actuado ignorando alguno de los valores profesionales de enfermería o has descuidado el trato que ofreciste a algún paciente? ¿Por qué crees que actuaste de ese modo?	RESPETAR VALORES DEL PACIENTE	
12. ¿Conoces los valores profesionales de enfermería? Nombra los que consideras que guían tu práctica.	CONOCER VALORES PROFESIONALES	EXPLORAR VALORES GUÍA

A lo largo del cuestionario, para cada uno de los comportamientos identificados se pregunta al estudiante con qué frecuencia realiza dicho comportamiento a través de una escala tipo Likert con 4 categorías: Nunca, A veces, Frecuentemente, Siempre (abordaje cuantitativo: preguntas de la 1a a la 12a): y cada pregunta cerrada se complementa con una pregunta abierta en la que se pide al estudiante que exponga los motivos por los que realiza dicho comportamiento (abordaje cualitativo: preguntas 1b – 13b). El comportamiento 12 únicamente se abordó desde una perspectiva cualitativa.

Las dos últimas preguntas del cuestionario están relacionadas con el conocimiento de los estudiantes respecto a los valores profesionales y su percepción de la aplicación en sus prácticas. Teniendo en cuenta esto, y para evitar un sesgo en las respuestas de los estudiantes, en todos los casos se les entregó en primer lugar el *Cuestionario de Comportamientos de los Estudiantes en las Prácticas (CCEUG)* y una vez respondido este se les facilitó el link para que pudiesen responder *Escala Profesional de Valores Enfermeros (EVPE)* de Basurto.

Finalmente, se muestra la relación existente entre los objetivos específicos definidos en el estudio, la aproximación metodológica y los instrumentos utilizados.

Tabla 11. Aproximación metodológica e instrumentos utilizados en la investigación

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
a) Conocer el grado de importancia que otorgan los estudiantes a los valores profesionales de la American Nursing Association.	CUANTITATIVA	EVPE
b) Analizar la relación entre las características socio-demográficas de los estudiantes y el grado de importancia otorgado a los valores profesionales de la American Nursing Association (ANA).	CUANTITATIVA	EVPE
c) Describir la percepción de los estudiantes respecto a la incorporación de los valores profesionales en su actuación durante las prácticas.	CUALITATIVA	CCEUG
d) Explorar los factores que influyen en los comportamientos asociados a los valores profesionales de los estudiantes de enfermería.	CUALITATIVA	CCEUG

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación se detallan los sistemas utilizados para la recolección de datos a lo largo del proceso de investigación:

De los 535 estudiantes matriculados durante el curso 2016-2017 han abandonado sus estudios 7 alumnos, y se ha podido encuestar a 315 estudiantes.

A la hora de recolectar los datos de los estudiantes cabe destacar que se tuvieron en cuenta dos premisas. En primer lugar, se encuestó a los estudiantes tras haber acabado sus prácticas clínicas. En segundo lugar, a pesar de haber pasado los dos instrumentos de manera concurrente, se administró siempre en primer lugar el CCEUG (cuestionario de comportamientos) ya que de haber empezado primero por la escala EVPE (escala cuantitativa) se podrían haber condicionado las respuestas de los estudiantes para algunas de las preguntas.

Como herramienta para la administración del cuestionario EVPE se utilizó la plataforma on-line *SurveyMonkey* y el cuestionario CCEUG se administró a los estudiantes en formato papel.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

La colecta de datos de los estudiantes de enfermería de la Escuela Universitaria Gimbernat se inició una vez que el Comité de Ética de la institución dio su aprobación (Ver anexo IV). Por otro lado también se presentó al *Comitè d' Ètica de la Universitat Autònoma de Barcelona* la solicitud de valoración, obteniendo una resolución favorable (Ver anexo IV).

Se informó a todos los participantes sobre el propósito del estudio verbalmente antes de solicitar su participación voluntaria en el estudio, se les entregó también un documento informativo en el que se ofrecía a los estudiantes información relativa a los objetivos del estudio, la metodología utilizada, los beneficios esperados tras la investigación y la forma en la que serían tratados los datos obtenidos (Ver anexo V). Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes a través de un documento diseñado a tal efecto (ver anexo VI).

En ningún material utilizado en el estudio se ha empleado el nombre de los participantes, excepto en el documento de consentimiento informado y en listado de nombres y códigos (ya que la identidad de todos los participantes ha sido codificada para asegurar su confidencialidad).

CAPÍTULO 4:

ANÁLISIS DE RESULTADOS

“Los valores son vertientes de la realidad ambiguas por naturaleza, carentes de contornos definidos, rebosantes de dimensiones y, como tales, muy difíciles de reducir a un estudio analítico preciso y riguroso”

López Quintás

4.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA EVPE

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS 21.0. Para describir las 6 variables sociodemográficas de los participantes: 1) Género, 2) Edad, 3) Curso Académico, 4) Vía de Acceso, 5) Situación Laboral y 6) Años de experiencia laboral en ciencias de la salud, se utilizaron estadísticos descriptivos incluyendo frecuencia y porcentaje; para describir la Percepción de los estudiantes respecto a los valores profesionales se utilizó el rango, la media, la desviación estándar y la varianza de la puntuación obtenida en la escala EVPE.

4.1.1 PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

A continuación, se muestran los resultados del abordaje cuantitativo relacionados con la escala EVPE. La tabla 12 muestra la participación de los estudiantes:

Tabla 12. Porcentaje de participación por cursos.

CURSO	ALUMNOS	ABANDONOS	RESPUESTAS	% PARTICIP.	% PARTICIPACIÓN VÁLIDO
1º	150	6	87	58%	60,4%
2º	130	0	104	80%	80%
3º	98	1	44	44,8%	45,3%
4º	130	0	80	61%	61%
TOTAL	508	7	315	62%	62,9%

Como se puede observar, de los 501 estudiantes que finalizaron el curso académico, respondieron 315, lo que supuso una tasa de respuesta del 62,9%. La tasa de respuesta más elevada se consiguió en 2º curso, y la tasa de respuesta más baja se correspondió con 3º curso. Esto fue así porque en tercero finalizan el curso con prácticas clínicas, y tuvimos que contactar con ellos en periodo de evaluación, lo que dificultó su participación.

4.1.2 PERFIL DE LOS ESTUDIANTES

Del total de los 315 estudiantes que participaron en el estudio, 260 eran mujeres (82,5%) y 55 eran hombres (17,5%).

Como podemos observar en la tabla 13, la media de edad de los participantes del estudio fue cercana a los 24 años, la moda 22 años y el rango de 38 años. El valor mínimo fue de 18 años y el valor máximo de 56 años.

Tabla 13. Edad

	ESTADÍSTICO	VALOR
N	Válido	313
	Perdidos	2
Media		23,94
Moda		22
Desviación estándar		5,581
Varianza		31,143
Rango		38
Mínimo		18
Máximo		56

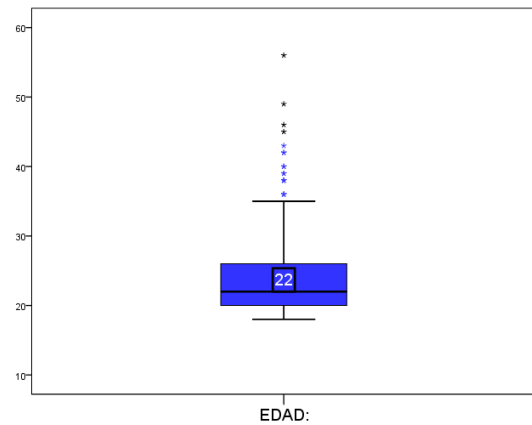


Figura 4. Diagrama de caja: Edad

La figura 4 muestra como a pesar de que el rango de edad era elevado, el 75% de los estudiantes estaba comprendido entre los 19 y los 25 años.

En cuanto a la actividad laboral, el 55.9% de la muestra se encontraba trabajando en el momento de responder al cuestionario, el otro 44.1% se encontraba inactivo. De aquellos que trabajaban, el 80% lo hacían en entornos sanitarios.

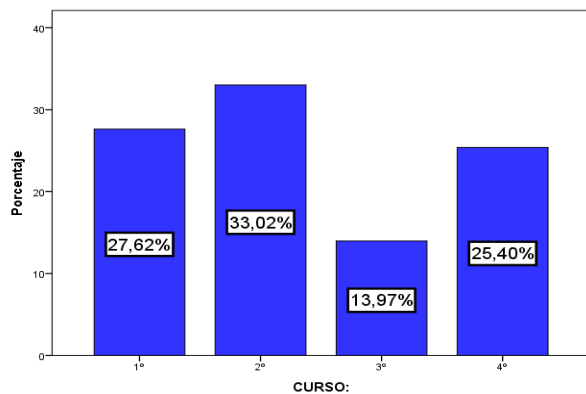


Figura 5. Distribución de estudiantes por curso

En la figura 5 se puede observar la distribución de alumnos por curso del total de participantes. El curso más representado fue 2º curso con un 33% de los estudiantes y el curso que obtuvo menos representación fue 3º curso con un 13,9% de los estudiantes.

En relación a los estudios previos, 184 (58,8%) estudiantes cursaron previamente bachillerato y les PAAU, 112 (35. 6%) estudiantes provienen de Ciclos formativos de Grado Superior y los 19 (5.7%) estudiantes restantes accedieron a los estudios de enfermería por otras vías (prueba de acceso a mayores de 25 y 40 años, otro título universitario o estudios extranjeros).

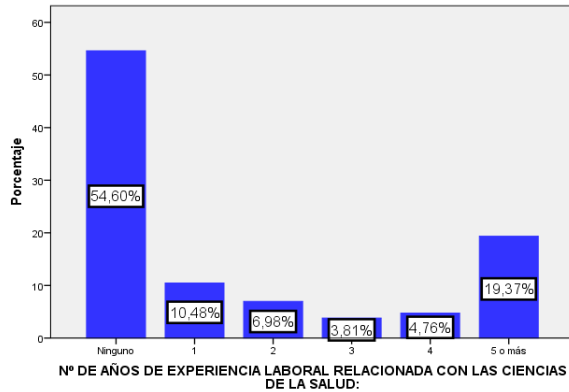


Figura 6. Distribución de estudiantes por nº de años de experiencia laboral en salud

Respecto a los años de experiencia laboral relacionada con ciencias de la salud el 54.6% no tiene ninguna experiencia, el 10.5 tienen al menos un año de experiencia, el 7% tienen 2 años de experiencia, el 3.8% tienen 3 años de experiencia, el 4.8% tiene 4 años de experiencia y el 19.4% tienen 5 o más años de experiencia tal y como muestra la figura 6.

4.1.3 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LA EVPE:

Tras analizar la escala se ha obtenido un coeficiente α de Crombach de 0.922. Por lo que podemos afirmar que la herramienta ha mostrado una alta fiabilidad.

También se ha realizado un análisis de fiabilidad del instrumento, a partir del modelo tridimensional propuesto por Basurto.

4.1.3.1 DIMENSIÓN "CUIDADO ÉTICO"

Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach para esta dimensión formada por 9 ítems de 0,859. En la tabla 14, se puede observar el coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los 9 ítems que conforman esta dimensión:

Tabla 14. Análisis de fiabilidad para la dimensión "Cuidado Ético"

#ÍTEM	Media de escala si el elemento se ha eliminado	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
13. Asumir la responsabilidad de satisfacer las necesidades de salud de una población culturalmente diversa.	36,86	14,484	,576	,846
16. Proteger los derechos morales y legales de los pacientes.	36,58	15,321	,622	,844
18. Actuar como defensora de los derechos del paciente.	36,95	14,167	,525	,853
20. Proveer atención sin prejuicios a pacientes con estilos de vida diversos.	36,75	14,182	,689	,834
21. Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad.	36,57	15,342	,648	,842
22. Hacer frente a los profesionales con prácticas inapropiadas o cuestionables.	37,13	14,215	,450	,866
23. Proteger los derechos de los pacientes participantes en procesos de investigación.	36,92	13,650	,648	,838
24. Ejercer la profesión teniendo en cuenta principios de fidelidad y respeto a las personas.	36,62	14,848	,683	,838
24. Garantizar la confidencialidad del paciente.	36,57	15,176	,665	,841

Es importante destacar que el coeficiente alfa de Cronbach es superior a 0,8 en los 9 ítems que conforman la dimensión "Cuidado Ético".

4.1.3.2 DIMENSIÓN "COMPROMISO PROFESIONAL"

Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach para esta dimensión formada por 8 ítems de 0,815. En la tabla 15, se puede observar el coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los 8 ítems que conforman esta dimensión:

Tabla 15. Análisis de fiabilidad para la dimensión "Compromiso Profesional"

#ÍTEM	Media de escala si el elemento se ha eliminado	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
3. Proteger la salud y la seguridad de la población.	27,98	18,761	,366	,814
4. Participar en decisiones sobre la distribución de recursos.	28,74	16,379	,606	,784
5. Participar en procesos de revisión entre colegas.	29,22	15,749	,476	,806
8. Iniciar acciones para la mejora de los entornos del ejercicio profesional.	28,38	16,842	,517	,796
10. Hacer avanzar la profesión a través de involucrarse activamente en actividades relacionadas con la salud.	28,40	16,412	,577	,788
11. Reconocer el papel de las organizaciones profesionales de enfermería en la construcción de políticas de salud.	28,55	16,204	,558	,790
19. Participar en investigación en enfermería y llevar a la práctica los hallazgos pertinentes	28,70	15,688	,587	,785
26. Participar en actividades de asociaciones profesionales de enfermería.	28,83	15,310	,596	,784

Como se puede observar en la tabla XX el coeficiente alfa de Cronbach de todos los ítems que conforman la dimensión “Compromiso Profesional” se sitúa por encima de 0,78.

4.1.3.3 DIMENSIÓN “DOMINIO PROFESIONAL”

Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach para esta dimensión formada por 9 ítems de 0,817. En la tabla 16, se puede observar el coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los 9 ítems que conforman esta dimensión.

Tabla 16. Análisis de fiabilidad para la dimensión “Dominio Profesional”

#ÍTEM	Media de escala si el elemento se ha eliminado	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Involucrarse en un proceso de autoevaluación continua.	35,10	16,360	,500	,802
2. Solicitar una consulta/colaboración cuando no puede satisfacer las necesidades del paciente.	34,77	16,967	,568	,793
6. Establecer criterios de calidad como guía para la práctica.	35,17	16,552	,491	,803
7. Promover y mantener niveles de profesionalidad en las actividades de aprendizaje planificadas para estudiantes.	34,86	16,836	,555	,794
9. Buscar información complementaria para actualizar sus conocimientos y profesionales.	34,99	16,914	,505	,800
12. Promover el acceso equitativo a la atención enfermera y de salud en general.	34,85	16,752	,587	,791
14. Aceptar la responsabilidad de la propia práctica y responder de ella.	34,73	17,070	,606	,790
15. Mantener la competencia profesional en el ejercicio profesional.	34,77	17,064	,578	,793
17. Rehusar participar en prácticas que estén en contraposición ética a los valores profesionales adquiridos.	35,16	17,351	,343	824

Como se puede observar en la tabla XX el coeficiente alfa de Cronbach de todos los ítems que conforman la dimensión “Dominio Profesional” se sitúa por encima de 0,79.

4.1.4 PERCEPCIÓN RESPECTO A LOS VALORES PROFESIONALES

La puntuación media obtenida por los estudiantes en la EVPE fue de 113,35 sobre 130. En la tabla 17, se muestran un resumen de los resultados obtenidos por los estudiantes de enfermería en la escala EVPE:

Tabla 17. Percepción respecto a la importancia de los valores profesionales (EVPE).

#ÍTEM	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desvía. Típica	Varianza
1. Involucrarse en un proceso de autoevaluación continua.	2	5	4,2134	,0602	,93061	,866
2. Solicitar una consulta/colaboración cuando no puede satisfacer las necesidades del paciente.	2	5	4,5397	,04657	,71998	,518
3. Proteger la salud y la seguridad de la población.	3	5	4,7113	,03584	,55413	,307
4. Participar en decisiones sobre la distribución de recursos.	2	5	3,9331	,05185	,80160	,643
5. Participar en procesos de revisión entre colegas.	1	5	3,4519	,06645	1,0273	1,055
6. Establecer criterios de calidad como guía para la práctica.	2	5	4,1046	,05785	,89439	,800
7. Promover y mantener niveles de profesionalidad en las actividades de aprendizaje planificadas para estudiantes.	2	5	4,4435	,04979	,76967	,592
8. Iniciar acciones para la mejora de los entornos del ejercicio profesional.	2	5	4,3054	,05315	,82172	,675
9. Buscar información complementaria para actualizar sus conocimientos y profesionales.	1	5	4,2929	,05295	,81863	,670
10. Hacer avanzar la profesión a través de involucrarse activamente en actividades relacionadas con la salud.	2	5	4,3013	,05276	,81558	,665
11. Reconocer el papel de las organizaciones profesionales de enfermería en la construcción de políticas de salud.	2	5	4,1213	,5772	,89227	,796
12. Promover el acceso equitativo a la atención enfermera y de salud en general.	2	5	4,4184	,05034	,77827	,606
13. Asumir la responsabilidad de satisfacer las necesidades de salud de una población culturalmente diversa.	3	5	4,5105	,04588	70925	,503
14. Aceptar la responsabilidad de la propia práctica y responder de ella.	2	5	4,5900	,04354	67306	,453
15. Mantener la competencia profesional en el ejercicio profesional.	2	5	4,5188	,04663	,72083	,520
16. Proteger los derechos morales y legales de los pacientes.	3	5	4,7824	,03525	,54498	,297
17. Rehusar participar en prácticas que estén en contraposición ética a los valores profesionales adquiridos.	1	5	4,1172	,06229	,96301	,927
18. Actuar como defensora de los derechos del paciente.	1	5	4,4059	,05625	,85413	,730
19. Participar en investigación en enfermería y llevar a la práctica los hallazgos pertinentes	1	5	4,0418	,06041	,93391	,872
20. Proveer atención sin prejuicios a pacientes con estilos de vida diversos.	2	5	4,6527	,04280	,66160	,438
21. Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad.	3	5	4,8159	,03078	,47589	,226
22. Hacer frente a los profesionales con prácticas inapropiadas o cuestionables.	1	5	4,2678	,06089	,94126	,886
23. Proteger los derechos de los pacientes participantes en procesos de investigación.	1	5	4,4644	,05294	,81850	,670
24. Ejercer la profesión teniendo en cuenta principios de fidelidad y respeto a las personas.	2	5	4,7406	,03748	,57947	,336
25. Garantizar la confidencialidad del paciente.	3	5	4,8117	,03262	,50430	,254
26. Participar en actividades de asociaciones profesionales de enfermería.	2	5	3,8368	,06368	,98441	,989

Los cuatro ítems que obtuvieron la puntuación más alta pertenecían a la dimensión Cuidado Ético y fueron: ítem #21 - Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad (4.80/5); ítem #25 - Garantizar la confidencialidad del paciente (4.80/5); ítem #16 - Proteger los derechos morales y legales de los pacientes (4,79/5) y ítem #24 - Ejercer la profesión teniendo en cuenta principios de fidelidad y respeto a la persona (4,75/5).

Los 4 ítems que obtuvieron una puntuación más baja pertenecían a la dimensión Compromiso profesional y fueron: ítem #5 Participar en procesos de revisión entre colegas (3.47/5); ítem #26 - Participar en actividades de asociaciones profesionales de enfermería (3.85/5); ítem #4 - Participar en decisiones sobre la distribución de recursos (3.95/5) y ítem #19 - Participar en investigación en enfermería y llevar a la práctica los hallazgos pertinentes (3.98/5).

4.1.5 ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD DE LA DISTRIBUCIÓN

Previo al análisis estadístico inferencial se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si los datos se ajustaban a una distribución normal, tras realizar la prueba estadística no se pudo aceptar la normalidad en la distribución (,000) y por tanto se hizo necesario aplicar pruebas no paramétricas para poder conocer la relación existente entre algunas de las variables del estudio. El resultado de la prueba de Kolmogorov – Smirnov se puede apreciar en la tabla 18:

Tabla 18. Análisis de la normalidad de la distribución (Prueba de Kolmogorov – Smirnov)

	Estadísticos	Puntuación Total EVPE
N		315
Parámetros normales ^{a,b}	Media	113,3524
	Desviación estándar	12,06404
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,112
	Positivo	,084
	Negativo	-,112
Estadístico de prueba		,112
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c

En la figura 7 se puede apreciar visualmente la falta de normalidad en la distribución de la puntuación total de la escala EVPE ya que la curva se encuentra desplazada hacia la derecha.

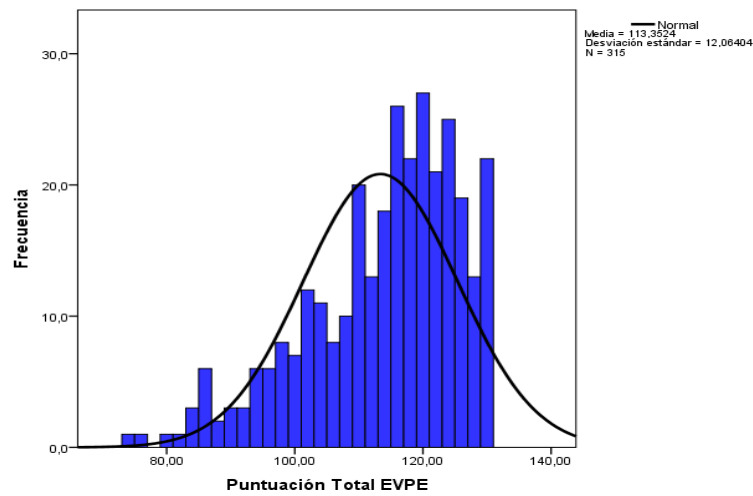


Figura 7. Distribución de la puntuación total de la escala EVPE

4.1.6 RELACIÓN DE LA ESCALA EVPE CON 6 VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Teniendo en cuenta que la distribución de la puntuación total en la EVPE no fue normal (Kolmogorov-Smirnov de ,000) se utilizaron pruebas no paramétricas para estudiar la relación entre las variables sociodemográficas y la EVPE: entre la Edad y los Años de experiencia laboral en ciencias de la salud con la puntuación total en la escala EVPE se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman; para comparar la igualdad de medianas entre el Género y la Situación laboral con la puntuación total en la escala EVPE se utilizó la Prueba U de Mann-W-Whitney para dos muestras independientes; para determinar la relación entre el Curso y la puntuación total en la escala EVPE se utilizó el ANOVA de Kruskal-Wallis, realizando posteriormente la comparación por parejas. El nivel de significación estadística se estableció en 0.05.

A continuación, se muestra la relación entre los resultados obtenidos de los valores profesionales de la escala EVPE y las 6 variables demográficas.

4.1.6.1 GÉNERO

Como se puede observar en la tabla 19, la puntuación media para hombres (113,5/130) y mujeres (112,3/130) fue muy similar.

Tabla 19. Puntuación media EVPE - Género

Puntuación Total EVPE	Media	N	Rango promedio	Desviación estándar
MUJER	113,5077	260	158,79	11,88734
HOMBRE	112,6182	55	154,25	12,95647
Total	113,3524	315		12,06404

Para conocer la relación existente entre el GÉNERO y la puntuación total de la EVPE se aplicó la prueba U de Mann-W-Whitney para dos muestras independientes, su resultado se muestra en la tabla 20. Dicha prueba nos permite contrastar la hipótesis nula de igualdad de medianas ya que es el equivalente no paramétrico de la prueba t para la diferencia de dos medias cuando las muestras son independientes, pero no puede suponerse la normalidad de las poblaciones de origen (103).

Tabla 20. Prueba U de Mann – W – Whitney (EVPE – Género)

Variable de agrupación: GÉNERO	Puntuación Total EVPE
U de Mann-Whitney	6943,500
W de Wilcoxon	8483,500
Z	-,337
Sig. asintótica (bilateral)	,736

Tras realizar la prueba podemos afirmar que el p-valor asociado al estadístico Z es > 0.05 y por tanto aceptamos la hipótesis nula de igualdad de medianas, es decir no existe diferencia significativa entre la mediana de la puntuación obtenida en la escala EVPE entre hombres y mujeres.

4.1.6.2 EDAD

Analizamos la relación existente entre la edad y la puntuación total obtenida en la escala EVPE. Para ello se calculó el coeficiente de correlación de Spearman (Rho). Esta es una prueba no paramétrica que mide la asociación entre dos variables discretas medidas, al menos una de ellas, en una escala ordinal. El coeficiente de correlación de Spearman puede puntuar desde -1.0 hasta +1.0, y se interpreta así: los valores cercanos a +1.0, indican que existe una fuerte asociación entre las clasificaciones, o sea que a medida que aumenta un valor el otro también aumenta; los valores cercanos a -1.0 señalan que hay una fuerte asociación negativa entre las clasificaciones, es decir que, al aumentar un valor, el otro decrece. Cuando el valor es 0.0, no hay correlación (104).

Tabla 21. Coeficiente de correlación Rho de Spearman: Puntuación media EVPE- Edad

			EDAD:	TOTAL EVPE
Rho de Spearman	EDAD:	Coeficiente de correlación	1,000	,098
		Sig. (bilateral)	.	,083
		N	313	313
TOTAL EVPE		Coeficiente de correlación	,098	1,000
		Sig. (bilateral)	,083	.
		N	313	315

El coeficiente de correlación de Spearman entre la Edad y la Puntuación total en la EVPE fue de ,098 lo que muestra una relación positiva débil, aunque cabe mencionar que no se obtuvo significación estadística (,083), tal y como se aprecia en la tabla 21. Tras analizar la relación entre la Edad y cada una de las *dimensiones* que componen la escala el resultado fue el mismo, una pequeña relación positiva, pero sin significación estadística en ningún caso.

4.1.6.3 CURSO

A continuación, se muestran las medias obtenidas en la escala EVPE, y las medias obtenidas para cada una de las dimensiones por los estudiantes en función del curso académico:

Tabla 22. Puntuación total de la escala EVPE por dimensiones en función del Curso

CURSO	Puntuación total EVPE	Dimensión Ética	Dimensión Compromiso Profesional	Dimensión Dominio Profesional	
1º	Media	112,7011	40,93	32,76	39,01
	N	87	87	87	87
	Desviación estándar	12,9235	4,710	4,638	4,748
	Mínimo	74,00	27	21	26
	Máximo	130	45	40	45
2º	Media	109,3173	39,96	31,60	37,76
	N	104	104	104	104
	Desviación estándar	14,20875	5,091	5,230	5,367
	Mínimo	76	26	20	22
	Máximo	130	45	40	45
3º	Media	118,8182	43,05	34,59	41,18
	N	44	44	44	44
	Desviación estándar	7,76178	2,090	3,744	3,164
	Mínimo	96	36	25	30
	Máximo	129	45	40	45
4º	Media	116,3000	42,75	32,97	40,58
	N	80	80	80	80
	Desviación estándar	7,20654	2,352	3,558	2,933
	Mínimo	97	32	24	32
	Máximo	129	45	40	45
TOTAL	Media	113,3524	41,37	32,69	39,30
	N	315	315	315	315
	Desviación estándar	12,06404	4,261	4,571	4,569
	Mínimo	74	26	20	22
	Máximo	130	45	40	40

Como se puede observar en la tabla 22, los cursos que obtuvieron una puntuación media superior en la puntuación total de la escala EVPE fueron 3º (118,8/130) y 4º (118,8/130). Los cursos que obtuvieron una puntuación inferior fueron 1º (112,7/130) y 2º (109,3/130), hecho que se repite también para cada una de las tres dimensiones que conforman la escala.

Se estudió la posible relación entre el curso y la puntuación total en la escala EVPE, para ello se utilizó la prueba ANOVA de Kruskal-Wallis. Esta prueba estadística es la alternativa no paramétrica al análisis de la varianza que más se ha utilizado en investigación biomédica. Compara de una sola vez, tres o más muestras independientes. Mas que las medias, puede decirse que compara las medianas de los grupos, pues usa solo la posición de cada dato y no su valor. Debe utilizarse cuando el tamaño de la muestra es pequeño, cuando no hay normalidad en la distribución, si los datos son ordinales o si las varianzas de los grupos son claramente heterogéneas (103).

Tras realizar la prueba de Kruskal Wallis se obtuvieron diferencias significativas entre las medias de la puntuación total en la escala EVPE en función del curso académico $p=,000$.

Al realizar la comparación por parejas se establecieron las diferencias significativas entre 2º y 3º curso ($p=,000$) y 2º y 4º curso ($p=,024$), tal y como se puede observar en la tabla 23.

Tabla 23. Comparación por parejas: Puntuación total EVPE y Curso

Muestra 1- Muestra 2	Prueba estadística	ANOVA de Kruskal-Wallis		Sig.	Sig. ady
		Error Típico	Desv. Prueba estadística		
2º - 1º	21,897	13,226	1,656	,098	,587
2º - 4º	-38,999	13,537	-2,881	,004	,024
2º - 3º	-65,393	16,371	-3,994	,000	,000
1º - 4º	-17,102	14,101	-1,213	,225	1,000
1º - 3º	-43,496	16,840	-2,583	,010	,059
4º - 3º	26,394	17,085	1,545	,122	,734

Se analizó también la relación entre el Curso y la media de cada una de las 3 dimensiones que conforman la escala EVPE:

1) *Dimensión “Cuidado Ético”:*

La media calculada para esta dimensión es de 4,59; siendo el valor mínimo de 2,89; el máximo de 5 y la desviación estándar de 0,47346.

Tras realizar la prueba de Kruskal Wallis se mostraron diferencias significativas entre las medias de la *dimensión* “Cuidado Ético” y el Curso ($p=,000$). Tras realizar la comparación por parejas se hallaron diferencias significativas entre 2º y 3º curso ($p=,004$), y 2º y 4º curso ($p=,004$).

2) *Dimensión* “Compromiso Profesional”:

La media calculada para esta dimensión es de 4,09; siendo el valor mínimo de 2,50; el máximo de 5 y la desviación estándar de 0,57134.

Del mismo modo se observaron diferencias significativas entre las medias de la dimensión “Compromiso profesional” y el Curso ($p=,006$). Tras realizar la comparación por parejas se hallaron diferencias significativas entre 2º y 3º curso ($p=,003$).

3) *Dimensión* “Dominio Profesional”

La media calculada para esta dimensión es de 4,37; siendo el valor mínimo de 2,44; el máximo de 5 y la desviación estándar de 0,50770.

También se observan diferencias significativas entre las medias de la *dimensión* “Dominio profesional” y el Curso ($p=,007$). Tras realizar la comparación por parejas se hallaron diferencias significativas entre 2º y 3º curso ($p=,001$) y 2º y 4º curso ($p=,007$).

Finalmente se analizó la relación entre el Curso y cada uno de los 26 *ítems* que conforman la escala EVPE. En la tabla XX que se muestra a continuación, se muestran los resultados obtenidos.

Tras realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en función del curso académico en cada uno de los ítems excepto en 4 de ellos: 1) Buscar información complementaria para actualizar sus conocimientos y habilidades en actividades relacionadas con la salud ($p=,108$); 2) Rehusar a participar en prácticas que estén en contraposición ética a los valores profesionales adquiridos ($p=,322$); 3) Participar en investigación en enfermería y llevar a la práctica los hallazgos pertinentes ($p=,643$); 4) Hacer frente a los profesionales con prácticas inapropiadas o cuestionables ($p=,637$).

Se hizo posteriormente la comprobación por parejas para los ítems que mostraron diferencias significativas en función del curso. En la tabla 24 se muestran los principales resultados del análisis: Puntuación media de cada ítem por curso, identificación de las diferencias significativas y comprobación por parejas.

Tabla 24. Relación entre el Curso y los 26 ítems que conforman la escala EVPE

#ÍTEM	PRUEBA KRUSKAL -WALLIS SIG.	MEDIA PARA CADA CURSO:		COMPROBACIÓN POR PAREJAS	
				CURSOS	SIG.
1. Involucrarse en un proceso de autoevaluación continua.	,001	1º	4,24	2º- 3º 2º- 4º	,002 ,011
		2º	3,92		
		3º	4,52		
		4º	4,35		
2. Solicitar una consulta/colaboración cuando no puede satisfacer las necesidades del paciente.	,000	1º	4,43	1º- 4º 2º- 3º 2º- 4º	,011 ,005 ,000
		2º	4,32		
		3º	4,77		
		4º	4,77		
3. Proteger la salud y la seguridad de la población.	,041	1º	4,63	No hay diferencias significativas entre las medias	
		2º	4,64		
		3º	4,80		
		4º	4,70		
4. Participar en decisiones sobre la distribución de recursos.	,002	1º	4,10	2º- 3º 3º- 4º	,012 ,022
		2º	3,80		
		3º	4,25		
		4º	3,81		
5. Participar en procesos de revisión entre colegas.	,002	1º	3,51	2º- 3º 3º- 4º	,009 ,001
		2º	3,38		
		3º	3,98		
		4º	3,26		
6. Establecer criterios de calidad como guía para la práctica.	,033	1º	4,13	2º- 3º	,044
		2º	3,95		
		3º	4,39		
		4º	4,24		
7. Promover y mantener niveles de profesionalidad en las actividades de aprendizaje planificadas para estudiantes.	,015	1º	4,48	2º- 3º	,031
		2º	4,27		
		3º	4,59		
		4º	4,54		
8. Iniciar acciones para la mejora de los entornos del ejercicio profesional.	,028	1º	4,44	1º- 2º	,040
		2º	4,08		
		3º	4,41		
		4º	4,39		
9. Buscar información complementaria para actualizar sus conocimientos y profesionales.	,108	1º	4,24	No hay diferencias significativas entre las medias	
		2º	4,19		
		3º	4,45		
		4º	4,45		
10. Hacer avanzar la profesión a través de involucrarse activamente en actividades relacionadas con la salud.	,002	1º	4,29	2º- 4º	,002
		2º	4,05		
		3º	4,45		
		4º	4,51		
11. Reconocer el papel de las organizaciones profesionales de enfermería en la construcción de políticas de salud.	,018	1º	4,17	No hay diferencias significativas entre las medias	
		2º	3,91		
		3º	4,34		
		4º	4,29		
12. Promover el acceso equitativo a la atención enfermera y de salud en general.	,002	1º	4,37	2º- 4º	,005
		2º	4,28		
		3º	4,61		
		4º	4,66		
13. Asumir la responsabilidad de satisfacer las necesidades de salud de una población culturalmente diversa.	,001	1º	4,44	2º- 3º 2º- 4º	,014 ,002
		2º	4,32		
		3º	4,70		
		4º	4,73		
14. Aceptar la responsabilidad de la propia práctica y responder de ella.	,019	1º	4,57	2º- 4º	,022
		2º	4,40		
		3º	4,70		
		4º	4,70		
15. Mantener la competencia profesional en el ejercicio profesional.	,001	1º	4,40	2º- 3º 2º- 4º	,033 ,005
		2º	4,37		
		3º	4,75		
		4º	4,75		

16. Proteger los derechos morales y legales de los pacientes.	,002	1º	4,72	2º- 3º 2º- 4º	,032 ,004
		2º	4,67		
		3º	4,93		
		4º	4,93		
17. Rehusar participar en prácticas que estén en contraposición ética a los valores profesionales adquiridos.	,322	1º	4,15	No hay diferencias significativas entre las medias	
		2º	4,05		
		3º	4,39		
		4º	4,11		
18. Actuar como defensora de los derechos del paciente.	,003	1º	4,39	2º- 3º	,001
		2º	4,20		
		3º	4,80		
		4º	4,51		
19. Participar en investigación en enfermería y llevar a la práctica los hallazgos pertinentes	,643	1º	3,94	No hay diferencias significativas entre las medias	
		2º	3,95		
		3º	4,16		
		4º	3,97		
20. Proveer atención sin prejuicios a pacientes con estilos de vida diversos.	,001	1º	4,52	1º- 3º 2º- 3º 2º- 4º	,022 ,008 ,037
		2º	4,48		
		3º	4,89		
		4º	4,76		
21. Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad.	,000	1º	4,76	1º- 4º 2º- 3º 2º- 4º	,039 ,003 ,000
		2º	4,64		
		3º	4,95		
		4º	4,98		
22. Hacer frente a los profesionales con prácticas inapropiadas o cuestionables.	,637	1º	4,17	No hay diferencias significativas entre las medias	
		2º	4,15		
		3º	4,43		
		4º	4,31		
23. Proteger los derechos de los pacientes participantes en procesos de investigación.	,008	1º	4,43	2º- 4º	,012
		2º	4,23		
		3º	4,61		
		4º	4,65		
24. Ejercer la profesión teniendo en cuenta principios de fidelidad y respeto a las personas.	,001	1º	4,74	2º- 3º 2º- 4º	,041 ,000
		2º	4,58		
		3º	4,86		
		4º	4,92		
25. Garantizar la confidencialidad del paciente.	,002	1º	4,77	2º- 4º	,001
		2º	4,68		
		3º	4,86		
		4º	4,96		
26. Participar en actividades de asociaciones profesionales de enfermería.	,038	1º	3,68	1º- 3º	,031
		2º	3,78		
		3º	4,20		
		4º	3,94		

4.1.6.4 VÍA DE ACCESO

Tras realizar la prueba de Kruskal-Wallis no se obtuvieron diferencias significativas ($p = ,102$) entre las medias de la puntuación total en la escala EVPE en función de la vía de acceso a los estudios universitarios, aunque se observa que la media de las puntuaciones es mayor para los estudiantes que realizaron la prueba de acceso a mayores de 25 y 45 años. Se pueden observar los resultados en la tabla 25.

Tabla 25. Puntuación media EVPE – Vía de acceso al grado

Vía de acceso al grado	Media	N	Desv. Est.
Bachillerato + PAU	112,79	184	12,20278
CFGS	113,50	112	11,85802
Prueba de acceso > 25 años	120,92	12	6,54298
Prueba de acceso > 45 años	126,00	1	.
Otro título universitario	115,25	4	16,39868
Estudios extranjeros	101,00	2	18,38478
Total	113,35	315	12,06404

4.1.6.5 SITUACIÓN LABORAL

Las medias para el valor total en la escala EVPE para las personas en situación laboral activa (113,9/130) y las que no trabajaban en el momento de responder a la escala (112,7/130) fueron muy similares y no se obtuvieron diferencias significativas entre los rangos promedio tras realizar la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,384$). Del mismo modo no se hallaron diferencias significativas entre las medias en función de la situación laboral para cada una de las 3 dimensiones que conforman la escala.

4.1.6.6 NÚMERO DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN SALUD

Finalmente, para establecer la correlación entre el nº de años de experiencia laboral relacionada con las ciencias de la salud y la puntuación en la escala EVPE se utilizó el coeficiente Rho de Spearman. Podemos afirmar que existe una pequeña relación positiva (Coeficiente Rho de Spearman ,121) entre ambas variables y esta relación es estadísticamente significativa ($p=,032$), siendo los valores para las dimensiones: 1) Dimensión “Cuidado Ético” (Coeficiente Rho de Spearman ,084; $p=,138$); 2) Dimensión “Compromiso Profesional” (Coeficiente Rho de Spearman ,135; $p=,017$); 3) Dimensión “Dominio Profesional” (Coeficiente Rho de Spearman ,116; $p=,039$).

Por último, se analizó la relación con los 26 ítems que conforman la escala y se obtuvieron pequeñas relaciones positivas y estadísticamente significativas en 3 de ellos. En tabla 26 se recogen los ítems que mostraron significación estadística:

Tabla 26. Relación entre Nº de años de experiencia profesional en salud y EVPE

#Ítem	Rho de Spearman y significación estadística	
11. Reconocer el papel de las organizaciones profesionales de enfermería en la construcción de políticas de salud.	Coficiente de correlación de Spearman	,140
	Significación Bilateral	,013
	N	315
12. Promover el acceso equitativo a la atención de enfermería y de salud en general.	Coficiente de correlación de Spearman	,167
	Significación Bilateral	,003
	N	315
26. Participar en actividades de asociaciones profesionales de enfermería.	Coficiente de correlación de Spearman	,166
	Significación Bilateral	,003
	N	315

4.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DEL CCEUG

A continuación, se muestran los resultados del abordaje cuantitativo y cualitativo relacionados con el cuestionario mixto de nominado *Cuestionario de comportamientos de los estudiantes en sus prácticas clínicas (CCEUG)*. En el cuestionario se exploran 13 comportamientos relacionados con las 3 dimensiones que componen la escala EVPE. Para cada uno de los comportamientos se realizó una pregunta cerrada respecto a la frecuencia con la que se realizaba el comportamiento correspondiente y una pregunta abierta para indagar las percepciones de los estudiantes sobre los factores relacionados con su comportamiento.

Los principales resultados, se han organizado en relación a las 3 dimensiones que conforman la escala EVPE y se ha intentado mostrar al menos, la referencia de un estudiante de cada curso para cada uno de los códigos y subcódigos de cada categoría identificada.

4.2.1 DIMENSIÓN CUIDADO ÉTICO

Dentro de la dimensión Cuidado Ético se han incluido los comportamientos 1) Presentarse; 2) Mantener desnuda a la persona; 3) Explicar el procedimiento; 4) Mantener conversaciones ignorando al paciente; 5) Ofrecer un trato pueril; 6) Descuidar el entorno; 7) Tener en cuenta los valores del paciente y 8) Ofrecer trato diferente según perfil.

4.2.1.1 COMPORTAMIENTO 1: PRESENTARSE

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar

los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: Al realizar algún procedimiento a un paciente (cambio postural, higiene, colocar una cuña, exploración, control de constantes, sondaje vesical, inserción de vía endovenosa...): ¿Acostumbras a presentarte indicando cuál es tu nombre y tu categoría de estudiante en prácticas? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción.

Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

- Pregunta Abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

4.2.1.1.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de presentarse y el curso académico. Los principales resultados y la representación gráfica se muestran en la tabla 27 y en la figura 8 respectivamente.

Tabla 27. Relación entre Presentarse y Curso

CURSO	Nunca	A veces	Frec.	Siemp.	Total	Estad.
1º	3 (3,4%)	19 (21,8%)	33 (37,9%)	32 (36,8%)	87 (100,0%)	Chi
2º	1 (1%)	26 (25,5%)	34 (33,3%)	41 (40,2%)	102 (100,0%)	cuadrado
3º	0 (0%)	13 (30,2%)	17 (39,5%)	13 (30,2%)	43 (100,0%)	
4º	1 (1,3%)	22 (27,8%)	27 (34,2%)	29 (36,7%)	79 (100,0%)	p = 0,821
TOTAL	5 (1,6%)	80 (25,7%)	111 (35,7%)	115 (37,0%)	311 (100,0%)	

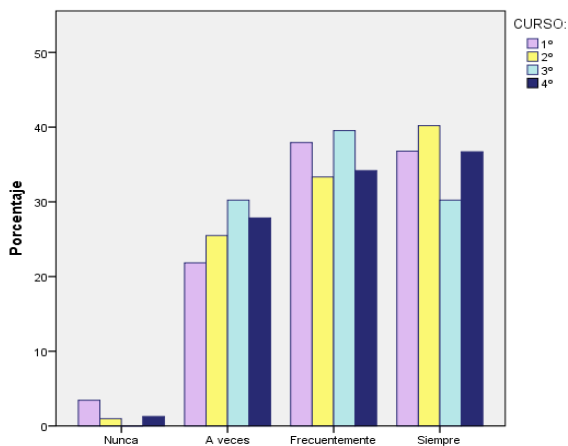


Figura 8. Diagrama de barras: Presentarse y Curso

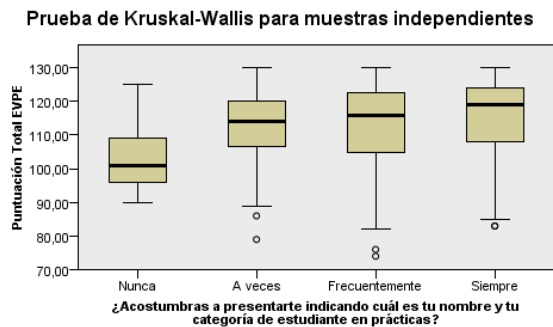
Como se puede observar, el 73% de los estudiantes se presentan frecuentemente o siempre indicando cuál es su categoría profesional. No se observaron diferencias significativas respecto a este comportamiento en los cuatro cursos del grado de enfermería.

Se analizó también la relación existente entre el hecho de presentarse y la puntuación total de la escala EVPE de Basurto y también para cada una

de las tres dimensiones que conformaban la escala (Dimensión Ética, Compromiso, Dominio profesional). Como se puede observar en la tabla 28, no se hallaron diferencias significativas para cada una de las dimensiones, pero sí se hallaron diferencias para la puntuación total de la escala EVPE ($p = 0,048$).

Tabla 28. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Presentarse

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,048
• Dimensión Ética	Kruskall	0,145
• Compromiso Profesional	Wallis	0,058
• Dominio profesional		0,113



En los diagramas de caja (figura 9) se puede apreciar gráficamente como los estudiantes que puntuaron más bajo en la escala tuvieron mayor tendencia a no presentarse en el primer contacto con un paciente.

Figura 9. Diagramas de caja: EVPE - Presentarse

4.2.1.1.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 296 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 30 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 3 grandes categorías, 18 códigos y 9 subcódigos). Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 3 categorías, 13 códigos y 12 subcódigos.

La tabla 29 Sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de presentarse a los pacientes que atienden en sus prácticas clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 29. Matriz de codificación: Presentarse y Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES FACILITADORES DEL HECHO DE PRESENTARSE	35	54	23	40	152
CÓDIGO 1A. VALORES	22	39	11	22	94
a) Responsabilidad	4	5	2	5	16
b) Respeto	2	6	3	3	14
c) Humanización de los cuidados	6	8	5	3	22
d) Autonomía	14	21	3	13	51
CÓDIGO 1B. ESTABLECIMIENTO RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE	7	14	7	14	42
e) Confianza	11	12	6	9	38
f) Seguridad	8	2	1	8	19
g) Tranquilidad	5	6	0	4	15
h) Confort	3	8	0	2	13
CÓDIGO 1.C EMPATÍA	8	12	2	4	26
i) Experiencia personal previa	1	0	0	1	2
CÓDIGO 1.D EDUCACIÓN	5	8	5	8	26
j) Formación en valores (universidad)	4	3	1	3	11
CATEGORÍA 2. FACTORES NO FACILITADORES DEL HECHO DE PRESENTARSE	11	25	13	29	78
CÓDIGO 2.A EVITAR RECHAZO POR SER ESTUDIANTE	0	8	4	12	24
CÓDIGO 2.B INSEGURIDAD DEL ESTUDIANTE	4	8	4	6	22
CÓDIGO 2.A SOBRECARGA DE TRABAJO	4	5	2	10	21
CÓDIGO 2.B OLVIDO	3	5	2	3	13
CÓDIGO 2.E CREENCIA DE QUE ES INNECESARIO	2	0	2	1	5
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	8	10	11	20	49
CÓDIGO 3.A INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES	4	8	6	9	27
k) Influencia positiva de otros profesionales	0	1	0	3	4
l) Influencia negativa de otros profesionales	3	4	5	4	16
CÓDIGO 3.B CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD	1	1	2	6	10
CÓDIGO 3.C COMPLEJIDAD DE LA TÉCNICA	0	1	2	4	7
CÓDIGO 3.D CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	3	0	1	2	6

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores que influyen positivamente en el hecho presentarse*, 2) *Factores que incluyen negativamente en el hecho de presentarse* y 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos). A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

CATEGORÍA 1. FACTORES FACILITADORES DEL HECHO DE PRESENTARSE

Dentro de esta categoría se identificaron 4 códigos: 1A) *Valores*, 1B) *Establecimiento de la relación enfermera-paciente*, 1C) *Empatía* y 1D) *Educación*.

1A. VALORES

El código que obtuvo mayor número de referencias fue el de *Valores* con 94/152 (61,8%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y los códigos que obtuvieron menor número de referencias fueron *Empatía* y *Educación*, ambos con 26/152 (17,1%) referencias.

a) *Autonomía*

El valor que presentó un mayor número de referencias fue el de *Autonomía* con 51/94 (54%).

Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los cuatro cursos:

“Para que cuando se dirijan a mi o me quieran preguntar algo, sepan que soy estudiante y de qué curso soy. Para que, si les tengo que realizar una técnica invasiva, sepan que soy estudiante y me den su consentimiento” (125/4º).

“Considero que es muy importante la presentación al paciente porque el paciente, en todo momento, tiene derecho a saber quién es la persona que tiene delante, y en caso de ser estudiante es importante decirlo porque muchas personas pueden ser reacias a que un alumno en prácticas les haga algún procedimiento como pinchar una vía Endovenosa” (160/4º).

“Porque considero que el paciente debe saber en todo momento cómo me llamo y que estoy en prácticas, ya que si no sería ocultarle información” (273/2º).

“Porque el paciente debe conocer a la persona que le va a realizar el procedimiento, ya que a lo mejor no quiere que se lo haga un estudiante” (310/2º).

En el discurso de 125/4º se puede identificar la *Autonomía* como un valor ya que menciona la importancia de obtener el consentimiento del paciente antes de realizar técnicas invasivas. Así como en el discurso de 160/4º ya que hace mención del derecho del paciente a ser informado de quién es la persona que le va a atender, de 273/2º que considera que es importante no ocultar información al paciente y por último de 310/2º que expresa que el paciente debe conocer quien le atiende ya que puede negarse a ser atendido por un estudiante.

b) Humanización de los cuidados

El segundo subcódigo con mayor número de referencias fue el de *Humanización de los cuidados*.

Obtuvo un total de 22/94 (23,4%) referencias y fue representado, también, en los 4 cursos:

“Porque toda persona debe saber con quién está hablando y a quién se dirige, sobre todo con personas hospitalizadas que están en un momento de vulnerabilidad, es importante un trato humano” (38/3º).

“Creo que es importantísimo para humanizar cualquier proceso presentarse e interesarse por el nombre del paciente, con el fin de demostrar que no es un simple número de una historia clínica” (40/3º).

“Porque los pacientes son personas que se merecen conocer a la gente que los va a ayudar. Porque tienen sentimientos” (101/4º).

La *Humanización de los cuidados* se observa representada en estos 3 ejemplos, 38/3º expresa que el trato humano es si cabe más importante debido a la situación de vulnerabilidad de los pacientes, 40/3º añade que es importante además de presentarse interesarse por el nombre del otro, para no verlo como un número de historia más, y finalmente 101/4º refleja una visión holística de la persona al tener en cuenta además de aspectos físicos, la dimensión emocional.

c) Responsabilidad

El tercer subcódigo obtuvo un total de 16/94 (17,0%) referencias y también fue representado en los 4 cursos:

“Además, me gusta entablar conversación y creo que, si no saben mi nombre o mi rol, no puede darse. Y en todo caso, al final de cada intervención les hago saber que, si necesitan algo, pueden llamarme, preguntar por mí” (100/4º).

“Para que sepan cómo me llamo y se sientan más cercanos al personal y si necesitan cualquier cosa, que puedan contar conmigo” (131/4º).

“Pienso que es muy importante que el paciente sepa quién eres, tu grupo profesional, y si tiene dolor,

preguntas...Que sepa tu nombre y cómo poder contactar con su enfermera referente” (180/1º).

Los tres estudiantes hacen énfasis en que presentarse permite que el paciente los identifique como agentes de salud *responsables* de su bienestar y su cuidado. Consideran que es un acto necesario para poder ofrecerse al paciente y que este sepa a quien debe dirigirse en caso de presentar alguna necesidad. 100/4º añade la importancia de establecer un diálogo con el paciente.

d) Respeto

Y finalmente el cuarto subcódigo identificado obtuvo un total de 14/94 (14,9%) referencias y como en los demás subcódigos, representación en los 4 cursos.

“Siempre me presento porque considero imprescindible que la persona a la que realizas una técnica sepa quién eres por respeto, educación y para garantizar su confianza. Nadie quiere que un extraño invada su espacio personal y su privacidad” (68/3º).

“Creo que, presentándome nuestro respeto hacia mis pacientes, soy sincero respecto a mi cargo y les proporciono el nombre por el cual preguntar si tienen dudas o me necesitan” (74/3º).

“Porque creo que es la manera de mostrar respeto al paciente y considero que da tranquilidad al paciente” (176/2º).

Los tres estudiantes consideran que presentarse es una muestra de *Respeto* hacia el paciente. El primero de ellos, 68/3º, considera que lo hace también por educación e incluye el factor confianza, 74/3º también considera que es necesario ofrecerse como agente de salud y finalmente 176/2º considera que además aporta tranquilidad al paciente.

1B. ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE

El segundo código con mayor representación en la categoría de factores que influyen positivamente en el hecho de presentarse fue el de *Establecimiento de la relación enfermera – paciente* que obtuvo un total de 42/152 (27,6%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“Creo que es imprescindible presentarte y que te conozcan para poder crear una relación terapéutica efectiva, mucho más allá de la actuación o procedimiento que vas a realizar” (21/3º).

“Es importante que el paciente sepa quién eres ya que creas un vínculo de confianza entre enfermero-paciente que ayudará a realizar las diferentes actividades” (62/3º).

“Si son pacientes “míos” sí suelo presentarme para empezar a establecer una relación. Creo que es el primer paso en una relación. Aunque solo vaya a durar un turno” (116/4º).

Los tres estudiantes manifiestan que presentarse es el primer paso para establecer una relación o vínculo con el paciente, 21/3º describe esta relación como terapéutica, de lo que se deduce que aporta beneficios al estado de salud del paciente. 62/3º añade que el establecimiento de esa relación entre enfermero y paciente ayudará después a realizar cualquier intervención. 116/4º aporta que la relación enfermera – paciente es importante independientemente del tiempo que vaya a durar el ingreso.

Algunos estudiantes identificaron beneficios asociados al establecimiento de la relación enfermera – paciente. En sus discursos, se pudieron identificar cuatro beneficios asociados: e)

Confianza, f) *Seguridad* g) *Tranquilidad* y por último h) *Confort*.

a) *Confianza*

Fue el subcódigo con el mayor número de referencias 38/42 (90,5%) y obtuvo representación en los cuatro cursos.

“Normalmente me presento al paciente en el primer contacto que suelo tener con él, pero luego, antes de los procedimientos, intento recordarles mi nombre y categoría, con tal de proporcionarles confianza” (44/4º).

“Considero que es necesario presentarse y explicarle al paciente qué procedimiento se le va a realizar ya que, si yo fuera él, a mí me gustaría saber quién es la persona que está en contacto conmigo. El no ser un extraño para ellos facilita el procedimiento a realizar ya que mejora la confianza de uno mismo y del propio paciente” (52/2º).

“Creo que actúo de este modo porque pienso que, si yo fuera el paciente, es mucho más agradable tu estancia si esta persona te proporciona confianza y creo que presentarse es un buen comienzo para crear el vínculo” (179/1º).

Las referencias aquí expuestas muestran que los tres estudiantes consideran que presentarse proporciona *Confianza*, 52/2º considera además que esa mejora de la *Confianza* no solo se produce en el paciente si no también en el propio profesional y 179/1º considera que ese aumento de la *Confianza* proporciona una estancia más agradable al paciente.

b) *Seguridad*

El segundo subcódigo identificado según el número de referencias fue la *Seguridad* con un total de 19/42 (45,2%) referencias y representación, como en el subcódigo anterior, en los cuatro cursos.

“Sí, porque así los pacientes me conocían y sabían que estaba de prácticas. Además, yo creo que así se sienten mejor los pacientes, más seguros” (183/1º).

“Porque pienso que es importante y, sobre todo, así el paciente se sentirá más seguro cuando vaya conociendo a la persona que le va a realizar cualquier procedimiento” (235/2º).

Ambos estudiantes coinciden en afirmar que presentarse proporciona *Seguridad* al paciente al conocer al profesional que realizará la técnica.

c) *Tranquilidad*

El tercer subcódigo identificado por número de referencias fue el de *Tranquilidad* con un total de 15/42 (35,7%). Obtuvo representación en 1º, 2º y 4º curso.

“Donde logré integrar esta actuación fue en las prácticas de quirófano. Allí, el paciente, como en el resto de las unidades, no conoce nada, todo es extraño, sin embargo, la situación era tan estresante para la persona que conocerme ya establece una relación desde la cual se puede calmar y preguntarme lo que necesite. Una relación de tú a tú” (58/4º).

“Siempre al conocer a un usuario nuevo, me presento con mi nombre y el cargo que ocupo en ese momento. Creo que es beneficioso para empezar una relación sanitario-paciente y para que el usuario pueda estar tranquilo sabiendo quien lo va a atender y las funciones de este, para poder resolver sus dudas” (237/2º).

58/4º ejemplifica como la relación enfermera – paciente aporta calma a un paciente en el quirófano. Menciona también que esa relación debe ser entre iguales y no jerárquica. 237/2º expone que presentarse mejora la relación y aporta tranquilidad al saber quién lo va a atender

y a resolver sus dudas.

d) Confort

El último subcódigo identificado por número de referencias fue el de *Confort*. Obtuvo un total de 13/42 (30,9%) referencias y representación en 3 de los 4 cursos, 1º, 2º y 4º.

“Me presento para que la persona sepa quién soy y la técnica o procedimiento a realizar, ya que algunas pueden incomodarle o ser dolorosas y crear así un entorno cómodo” (165/4º).

“Al empezar las prácticas me costaba presentarme al paciente por timidez, pero después observé que cuando me presentaba el paciente lo agradecía y se sentía más cómodo” (240/2º).

165/4º muestra como ante técnicas dolorosas es importante presentarse para crear un entorno cómodo y 240/2º explica que, a pesar de su timidez, observó que tras presentarse los pacientes se sentían más cómodos.

1C. EMPATÍA

El siguiente código identificado fue la *Empatía*, con un total de 26/152 (17,1%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de los cuatro cursos.

“Considero que es necesario presentarse y explicarle al paciente qué procedimiento se le va a realizar ya que, si yo fuera él, a mí me gustaría saber quién es la persona que está en contacto conmigo” (52/2º).

“Durante estos 4 años, me he formado como profesional, pero sobre todo como persona. Y es que a raíz de padecer una grave enfermedad y estar hospitalizada, pude ponerme en el lugar del paciente y comprender las necesidades emotivas que éstos tienen. A día de hoy, siempre me presento” (112/4º).

52/2º analiza la situación poniéndose en el lugar del paciente y siendo consciente entonces de cuál sería su preferencia y el estudiante 112/4º añade una experiencia personal que le ayudó a ponerse en el lugar del paciente y comprender sus necesidades.

1D. EDUCACIÓN

El último código identificado dentro de esta categoría es el de *Educación* con un total de 26/152 (17,1%), que también obtuvo representación en los cuatro cursos. Considero relevante destacar que algunos estudiantes hacen hincapié en la importancia que se ha otorgado desde la Universidad del hecho de presentarse ante los pacientes:

“Actúo de esa manera por la educación que me han dado mis padres en casa, en la escuela y en la Universidad” (82/3º).

“Me gusta presentarme a los pacientes y lo hago porque desde el primer año de carrera lo he hecho así, nos lo enseñaron en las Prácticas por Simulación iniciales” (46/4º).

“Se hace mucho hincapié en este aspecto desde el primer día de clase” (105/4º).

Los tres estudiantes hacen mención de que en la Universidad se ha trabajado este comportamiento, 82/3º ha recibido esta educación también desde otros estamentos, 46/4º afirma que se ha trabajado específicamente en una de las asignaturas y 105/4º considera que se le da importancia desde el primer día.

**CATEGORÍA 2:
FACTORES NO FACILITADORES DEL HECHO DE PRESENTARSE**

Los 5 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Evitar el rechazo* de los pacientes a ser atendidos por estudiantes, 2B) *Inseguridad* de los estudiantes, 2C) *Sobrecarga de trabajo*, 2D) *Olvido* y, por último, 2E) *Creencia de que es algo innecesario*.

Si analizamos la información obtenida por cursos, los dos motivos más descritos en cuarto curso son la *Sobrecarga de trabajo* y *Evitar el rechazo* por parte de los pacientes; tanto en tercer como en segundo curso la *Inseguridad* del propio estudiante y *Evitar el rechazo* de los pacientes y por último en primer curso la *Sobrecarga de trabajo*, el *Olvido* y la *Inseguridad* del propio estudiante.

2A. EVITAR EL RECHAZO DE LOS PACIENTES A SER ATENDIDOS POR LOS ESTUDIANTES

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 24/78 (30,8%) referencias. No obtuvo representación en primer curso y por el contrario fue el código más identificado en cuarto curso.

“La mayoría de las veces, me presento, pero la categoría no la suelo decir, porque creo que los pacientes y los familiares no confían en los estudiantes” (129/4º).

“Los pacientes, al conocer que la persona que les va a realizar el procedimiento es un estudiante, están un poco a la defensiva, incluso a veces se niegan a que el estudiante les realice ese procedimiento, por miedo a que les hagan daño” (138/4º).

“Si comento que sóc estudiant a l'hora de realitzar una tècnica com la venopunció, tinc la sensació que els pacients disminueixen la seva confiança”(164/4º).

“Siempre me presento con mi nombre y explicándole que seré su enfermera de turno, pero no digo que soy de prácticas ya que si no me tratan de otra manera y se fían menos de mí” (255/2º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que a pesar de informar de su nombre al paciente no informan de su categoría profesional ya que su percepción es que el paciente disminuye su confianza en el estudiante (129/4º, 164/4º, 255/2º), el paciente se niega a ser atendido o se pone a la defensiva (138/4º) o los pacientes tratan a los estudiantes de otro modo (255/2º).

2B. INSEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 22/78 (28,2%) referencias y representación en los cuatro cursos.

“Me da inseguridad presentarme como estudiante de prácticas. No lo escondo, los pacientes lo saben, pero el hecho de repetirlo me da inseguridad, pues siento que me van a evaluar con más profundidad los pacientes y me provoca inseguridad” (41/3º).

“A veces, por un poco de vergüenza, no lo hago. Mi idea es hacerlo, pero he de quitarme la timidez” (117/4º).

“Cuando entro en una habitación me presento y digo que soy de prácticas, pero cuando entro con la enfermera no. Porque me siento incómoda si la interrumpo” (232/2º).

Los tres estudiantes coinciden en sentirse inseguros a la hora de presentarse a los pacientes e informarles de su rol en el hospital, 41/3º considera que va a ser evaluado más profundamente, el 117/4º no se presenta por vergüenza y timidez y 232/2º porque se siente incómodo si

interrumpe a su enfermera de referencia en las prácticas.

2C. SOBRECARGA DE TRABAJO

Se trata del tercer código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 21/78 (26,9%) y fue el código más identificado en 4º curso.

“No siempre me presento como estudiante ya que, en ocasiones, por el acúmulo de faena, vas más rápido. Pero sí es cierto que siempre explico el procedimiento a realizar” (152/4º).

“Depende mucho del tipo de cómo esté en ese momento la planta. Ya que, si es un día saturado, las prisas no ayudan” (214/1º).

“Hay veces que lo pasas por alto por la cantidad de trabajo y pasas este detalle importante” (247/2º).

152/4º y 214/1º mencionan que no se presentan a veces debido al factor tiempo, y 247/2º habla específicamente de la cantidad de trabajo como factor influyente a pesar de que considera que presentarse es importante.

2D. OLVIDO

Fue el cuarto código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 13/78 (16,7%) y representación en los cuatro cursos.

“Muchas veces se me olvida presentarme, siempre saludo y explico todo lo que le voy a hacer, pero pocas veces digo mi nombre y tampoco que estoy de prácticas” (107/4º).

“No suelo hacerlo muy a menudo, porque muchas veces se me olvida” (193/1º).

Ambos estudiantes coinciden en afirmar que no se presentan en muchas ocasiones por *Olvido*, aunque no identifican las causas de su *Olvido*.

2E. CREENCIA DE QUE ES ALGO INNECESARIO

Se trata del último código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 5/78 (6,4%) y representación en tres cursos: 1º, 3º y 4º.

“Suelo presentarme en todas las ocasiones, pero al ser aún estudiante siento que en determinadas ocasiones es del todo innecesario” (77/1º).

“Considero que la gente ya sabe que estoy de prácticas, por el uniforme, por seguir a la enfermera y que nos explique los procesos” (92/1º).

77/1º considera que es *Innecesario* presentarse en algunas ocasiones al ser estudiante, aunque no especifica en cuáles y 92/1º considera que no es necesario pues los pacientes ya lo saben por el uniforme y por su comportamiento.

CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES

Los códigos identificados en esta categoría y ordenados por número de referencias obtenidas son 4: 3A) *Influencia de otros profesionales*, 3B) *Características de la unidad*, 3C) *Complejidad de*

la técnica a realizar y por último 3D) *Características del paciente*.

3A. INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES

En los cuatro cursos el código más nombrado ha sido la *Influencia de otros profesionales* (principalmente su enfermera responsable o las auxiliares de enfermería y generalmente de manera negativa) con un total de 27/49 (55,1%) referencias.

“Supongo que me he dejado influenciar por otros profesionales de enfermería durante mis prácticas de la carrera. Estas no se han presentado ante el paciente al cual se le va a realizar el procedimiento” (106/4º).

“Por inercia y costumbre. Me presento la primera vez que veo a ese paciente, pero no siempre que tengo que realizarle una técnica. También, normalmente, tus enfermeras referentes no lo realizan y por eso coges esa mala costumbre” (65/3º)

“Además, si mi enfermero de referencia o auxiliar se presentan, yo también lo hago” (151/4º).

Los tres estudiantes consideran que se han dejado influir por el comportamiento habitual de su profesional de referencia, aunque en ocasiones los estudiantes explican que los profesionales han influido de manera positiva como en el caso de 151/4º.

3B. CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD

Fue el segundo código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 10/49 (20,4%) y representación en los cuatro cursos.

“Influye sobre todo el servicio en el que te encuentres ya que puedes tener más o menos relación con el paciente. En la unidad de Insuficiencia Cardíaca disponíamos de 30' 1h de tiempo en algunas ocasiones y siempre me presentaba al entrar el paciente en la consulta (la enfermera también lo hacía). En cambio, en servicios de TAC o resonancia, al tener 5 minutos por paciente, muchas veces ni recordaba presentarme porque tenía que ir rápido con las técnicas” (36/4º).

“El ritmo de trabajo quizás lo impide (generalmente dependiendo del servicio tienes más o menos tiempo para hacer las debidas presentaciones). En prácticas de hospitalización sí que me he presentado y explicado el procedimiento, en el quirófano, menos veces” (161/4º).

36/4º y 161/4º hacen referencia a las *Características de la unidad* como factor influyente, aunque en ambos casos también se menciona el factor tiempo.

3C. COMPLEJIDAD DE LA TÉCNICA

Fue el tercer código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 7/49 (14,3%) referencias y representación en 2º, 3º y 4º curso.

“Porque cuando realizo un cambio postural, coloco una cuña o realizo cualquier técnica más simple, quizás con presentarme con mi nombre es suficiente. Pero si debo realizar una técnica más compleja, veo necesario, también, indicar mi categoría como estudiante” (50/3º).

“Cuando solo entras para hacer un cambio postural o para responder a un timbre, no parece necesario” (272/2º).

Ambos estudiantes hacen referencia a que la *Complejidad de la técnica* influye también en el hecho de presentarse.

3D. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Fue el último de los códigos identificados según el número de referencias, obtuvo un total de 6/49 (12,2%) referencias y representación en 1º, 3º y 4º curso.

“Depende mucho del paciente, los hay que no te demuestran una buena actitud, con lo cual, lo que quieres es acabar pronto” (111/4º).

“Muchas veces también el paciente está inconsciente y desorientado y no entiende lo que le decimos” (31/4º).

Ambos estudiantes hacen referencia a las *Características del paciente*, 111/4º menciona la actitud del paciente y en cambio el 111/4º considera relevante el nivel de conciencia y orientación del paciente.

4.2.1.2 COMPORTAMIENTO 2: MANTENER A LA PERSONA DESNUDA

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: ¿Mantienes a la persona desnuda o expuesta más tiempo de lo necesario? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción
 Nunca A veces Frecuentemente Siempre
- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras).

4.2.1.2.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de mantener a la persona desnuda más tiempo del necesario y el curso académico, tras lo que se obtuvieron resultados que se muestran en la tabla 30. La figura 10 muestra gráficamente la distribución de esta variable en función del curso.

Tabla 30. Relación entre Mantener a la persona desnuda y Curso.

CURSO	NUNCA	A VECES	FREC.	SIEMP.	TOTAL	ESTAD.
1º	64 (73,6%)	22 (25,3%)	1 (1,1%)	0 (0%)	87 (100,0%)	Chi
2º	74 (72,5%)	28 (27,5%)	0 (0%)	0 (0%)	102 (100,0%)	cuadrado
3º	41 (93,2%)	3 (6,8%)	0 (0%)	0 (0%)	44 (100,0%)	
4º	69 (86,3%)	11 (13,8%)	0 (0%)	0 (0%)	80 (100,0%)	p = 0,026
TOTAL	248 (79,2%)	64 (20,4%)	1 (0,3%)	0 (0%)	313 (100,0%)	

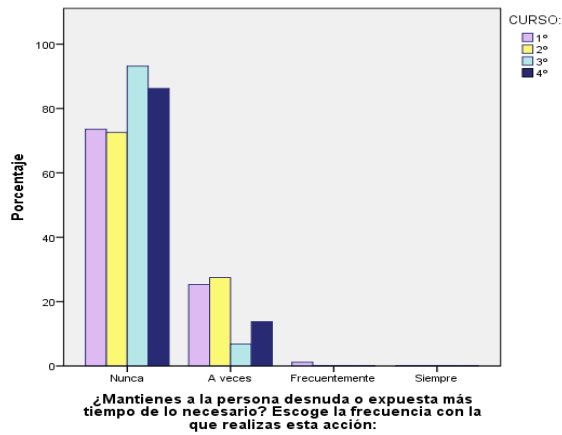


Figura 10. Diagrama de barras: Mantener a la persona desnuda - Curso

Como se puede observar el 79,2% de los estudiantes no mantienen nunca a la persona desnuda más tiempo del necesario a la hora de ofrecer cuidados. Se han observado diferencias significativas respecto a este comportamiento en los cuatro cursos del grado de enfermería. En los dos cursos superiores el porcentaje de personas que mantienen a la persona desnuda más tiempo del necesario es menor que en los dos cursos inferiores. Se analizó también la posible

relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el hecho de mantener a la persona desnuda más tiempo del necesario, pero no se hallaron diferencias significativas en este comportamiento como se puede apreciar en la tabla 31.

Tabla 31. Relación entre EVPE y Mantener a la persona desnuda

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,123
• Dimensión Ética	Kruskall	0,273
• Compromiso Profesional	Wallis	0,237
• Dominio profesional		0,053

4.2.1.2.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 298 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 3 categorías y 32 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 3 grandes categorías, 25 códigos y 5 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 3 categorías, 10 códigos y 3 subcódigos.

La tabla 32 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de mantener a la persona desnuda más tiempo del necesario durante sus prácticas clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 32. Matriz de codificación: Mantener a la persona desnuda y Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES FACILITADORES DE MANTENER A LA PERSONA DESNUDA	12	21	2	6	41
CÓDIGO 1.A FALTA DE CONCIENCIA	6	13	0	0	19
CÓDIGO 1.B FALTA DE PERÍCIA	3	5	0	5	13
CÓDIGO 1.C SOBRECARGA DE TRABAJO O PRISAS	5	3	0	1	9
CÓDIGO 1.D INTERRUPCIONES	1	2	1	1	5
CATEGORÍA 2. FACTORES NO FACILITADORES DE MANTENER A LA PERSONA DESNUDA	56	83	40	71	250
CÓDIGO 2.A VALORES	52	72	31	58	213
a) Respeto a la dignidad humana	50	59	28	50	187
→ Intimidad	48	57	22	42	169
b) Protección y seguridad	12	23	4	14	53
CÓDIGO 2.B EMPATÍA	17	30	24	38	109
CÓDIGO 2.C FORMACIÓN	4	4	0	5	13
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	13	11	0	7	31
CÓDIGO 3.A TIPO DE TÉCNICA	6	8	0	5	19
c) La Higiene	4	2	0	1	7
CÓDIGO 3.B INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES	7	3	0	2	12
TOTAL RESPUESTAS	74	101	44	79	298

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores protectores de la exposición innecesaria del paciente* 2) *Factores no protectores de la exposición innecesaria del paciente* y 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos). A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

**CATEGORÍA 1:
FACTORES FACILITADORES DE MANTENER A LA PERSONA DESNUDA**

Los 5 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 1A) *Falta de conciencia o despiste*, 1B) *Falta de pericia* 1C) *Sobrecarga de trabajo* y, por último, 1D) *Interrupciones*.

Si analizamos la información obtenida por cursos, el motivo más descrito en los dos primeros cursos es la *Falta de conciencia o despiste*, en tercer curso el único motivo mencionado por un estudiante son las *Interrupciones* y el motivo más descrito en 4º curso es la *Falta de pericia*.

1A. FALTA DE CONCIENCIA

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 19/41 (46,34%) referencias y representación únicamente en primer y segundo curso.

“Por lo general, me olvido de que la persona está mostrando sus intimidades y que yo estoy acostumbrada” (215/1º).

“Siempre intento mantener la privacidad en todo momento, ya que este hecho les hace sentir muy incómodos; sin embargo, algunas veces que no estoy completamente centrada en lo que hago, me descuido sin pensarlo” (273/2º).

Ambos estudiantes muestran su falta de conciencia respecto a la importancia no mantener al paciente desnudo más tiempo del necesario, aunque en el primer caso (215/1º) la causa sea la costumbre y en cambio en el segundo caso el hecho de no prestar la atención debida (273/2º).

1B. FALTA DE PERICIA

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 13/41 (31,7%) referencias y representación en los todos los cursos excepto en tercero. Cabe mencionar que es el motivo más descrito por los estudiantes de 4º curso.

“Porque como estoy en prácticas, no estoy acostumbrada a realizar los procedimientos con fluidez. Por tanto, tardo mucho en realizar el procedimiento ya que pienso mucho antes de actuar” (24/1º).

“No por gusto, si no por no poder manejarlo todo de golpe, es decir, sé que está desnuda o semidesnuda y comprendo que no puede ser de su agrado, aún y así resulta que por falta de "rodaje" no puedo ser suficientemente organizado en el momento de actuar” (76/2º).

“Cuando estoy más tiempo del necesario es porque la técnica no me sale, sin embargo, intento mantener al máximo su intimidad” (58/4º).

“A veces te olvidas algún material, ya sea una talla, una esponja o cualquier otra cosa que necesites, y crees que vas más rápido si dejas al paciente tal y como está que si lo vistes y luego lo vuelves a vestir” (147/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede observar como la falta de habilidades a la hora de realizar algunas técnicas (en este caso la higiene del paciente) provocan que el este permanezca desnudo o expuesto más tiempo del que sería necesario.

1C. SOBRECARGA DE TRABAJO

Fue el tercer código identificado según el número de referencias, en total obtuvo 9/41 (21,9%). Como en el código anterior, obtuvo representación en los todos los cursos excepto en tercero. Cabe destacar que 8 de las 9 referencias fueron expresadas por estudiantes de primer y segundo curso.

“A la hora de hacer la higiene, intento no dejar al paciente desnudo, pero a veces por falta de tiempo, no es posible” (202/1º).

“Por la carga de trabajo, pero creo que es importante mantener la intimidad de la paciente, aún y así a veces pasa porque estás sobrecargado” (267/2º).

“Muchas veces se hacen 3 cosas a la vez, y en alguna ocasión priorizamos otras acciones al de tapar al paciente” (119/4º).

La sobrecarga de trabajo que perciben los estudiantes en sus prácticas clínicas y su influencia en

la calidad del trabajo realizado se observa claramente en las referencias descritas. 202/1º y 267/2º manifiestan su intención frustrada de tapar al paciente debido a la sobrecarga y 119/4º. Expresa que cuando hay presión asistencial se priorizan otros comportamientos por encima de la protección de la intimidad del paciente.

1D. INTERRUPCIONES

Fue el cuarto y último código identificado por número de referencias. Obtuvo un total de 5/41 (12,2%) y representación en los cuatro cursos.

“Intento que la intimidad del paciente sea lo mejor posible, pero muchas veces es imposible porque entran a la habitación sin llamar o hay que realizar alguna tarea rápida y se olvida” (182/1º).

“Según qué técnica debo realizar, ..., además también las interrupciones, que son muchas hacen que no podamos proteger su intimidad. (235/2º)

“Actúo con el mayor cuidado posible y dado que en la mayoría de los sitios entran sin llamar, no tener en cuenta cómo te encuentras, procuro cuidar al máximo a la persona, no solo a la patología” (276/3º).

“A veces surgen problemas durante el proceso, como la falta de ropa, interrupciones...” (130/4º).

CATEGORÍA 2:

FACTORES NO FACILITADORES DE MANTENER A LA PERSONA DESNUDA

Dentro de esta categoría se identificaron 3 códigos: 2A) *Valores*, 2B) *Empatía* y 2C) *Formación*.

2A. VALORES

El código que obtuvo mayor número de referencias fue el de *Valores* con 213/250 (85,2%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y los códigos que obtuvo menor número de referencias fue el de *Formación*, con 13/250 (5,2%) referencias.

a) *Respeto a la dignidad humana*

El valor que presentó un mayor número de referencias fue el de *Respeto a la dignidad humana* con un total de 187/213 (87,8%). Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los cuatro cursos y dentro de este valor muchos de los estudiantes destacan el respeto a la *intimidad* de la persona con 169/187 (90,4%) referencias:

“A mí no me gustaría que me tuviesen durante un buen rato sin ropa ya que hay que respetar la intimidad” (77/1º).

“Porque en todo momento hay que preservar la intimidad del paciente. Los factores que influyen son las experiencias personales vividas ya que, al ponerme en la piel del paciente, entiendo que el quedarse desnudo, es un momento incómodo que se puede evitar gracias a la profesionalidad de los sanitarios” (177/2º).

“Actúo así por la dignidad del paciente. El paciente se siente vulnerable frente a los procedimientos que le vamos a realizar, por lo tanto, hay que preservar la intimidad del paciente” (62/3º).

“Creo que la intimidad de un paciente se tiene que conservar siempre que se pueda, ya que, si yo fuera el paciente, no me gustaría que expusiesen mi cuerpo a todo el personal” (31/4º).

“Mantengo la intimidad en todo momento. A nadie le gusta que le desnuden y les expongan a cambios de corriente, entrada de diferentes personas a la sala... El caso es que la intimidad es importante para hacerles sentir como personas respetadas y cuidadas. Creo que actúo de este modo porque mi pensamiento es que

cada persona a la que atiendo merece por mi parte un respeto y no es necesario tener a la persona descubierta o desnuda si no estoy activamente interviniendo” (100/4º).

En el discurso de los tres estudiantes se puede observar el valor otorgado a proteger la intimidad de la persona. Manifiestan además como el hecho de colocarse en el lugar de la persona expuesta les hace tomar conciencia del malestar que sentirían lo que les hace evitar ese tipo de situaciones. 62/3º identifica, además, el sentimiento de vulnerabilidad del paciente al saberse expuesto.

b) Protección y seguridad

El siguiente valor identificado por número de referencias fue el de *Protección y seguridad*. Obtuvo un total de 53/213 (24,9%) referencias y fue representado, también, en los 4 cursos:

“Para mantener la privacidad del paciente y que se sienta más confortable y confíe más en nosotras” (54/1º).
“No me gusta que la persona pueda pasar frío o esté en una situación incómoda gratuitamente más normal solo porque al profesional se le ha pasado” (260/2º).
“Creo que un hospital o medio sanitario ya es un hospital bastante difícil para estar. Si a eso se le añade la patología, estar fuera de casa y desprotegido, lo último que debería hacer es acrecentar su incomodidad y el sentimiento de vulnerabilidad” (74/3º).
“Creo que es una situación muy agresiva y violenta el hecho de desnudarte delante de desconocidos, y muchas veces, personas de un sexo distinto al del paciente. Por esta razón, como profesional intento evitar esta situación, para contribuir al bienestar del paciente y mejorar mis cuidados” (167/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en manifestar que evitar la exposición innecesaria del paciente aumenta su sensación de confort y comodidad, 54/1º añade que al hacerlo mejorar la confianza del paciente hacia el profesional, 260/2º expresan la necesidad de proteger al paciente del frío, 74/3º identifica el hospital como un entorno poco hospitalario en el que el paciente puede sentirse vulnerable, 167/4º identifica la incomodidad que puede causar sentirse expuesto ante personas desconocidas de otro género, por todas estas razones los cuatro estudiantes manifiestan la necesidad de proteger al paciente cubriéndolo en cuanto sea posible.

2B. EMPATÍA

El segundo código identificado con mayor representación en la categoría de factores protectores de la intimidad del paciente fue la *Empatía*. Obtuvo un total de 109/250 (43,6%) referencias y como en los demás códigos, representación en los 4 cursos.

“Simplemente es empatía, a nadie le gusta que le vean desnudo, y menos un desconocido a no ser que sea totalmente necesario” (93/1º).
“Siento empatía por los pacientes y a mí no me gustaría que se me expusiera más tiempo del necesario” (125/2º).
“Siempre estoy pendiente de este aspecto puesto que, si yo estuviera en su lugar, no me gustaría que fuera de otro modo” (29/3º).
“Nunca mantengo a la persona desnuda más de lo necesario porque SIEMPRE me imagino que podría ser un familiar mío o yo misma y me gustaría que nadie se lo tomara a la ligera” (32/4º).

Las referencias expuestas, correspondientes a estudiantes de los 4 cursos, muestran como la *empatía* les coloca en el lugar del paciente e imaginan su propia incomodidad o la que sentirían sus familiares y ello les hace cubrir al paciente lo antes posible.

2C. FORMACIÓN INIVERSITARIA

El último código identificado dentro de esta categoría es el de *Formación* con un total de 13/213 (6,1%), que obtuvo representación en todos los cursos a excepción de 3º. Considero relevante destacar que algunos estudiantes hacen hincapié en la importancia que ha se ha otorgado desde la Universidad y especialmente en sus prácticas al hecho no exponer innecesariamente al paciente.

“Actúo de esta manera porque en la escuela nos enseñaron que respetar la intimidad de la persona era una de las cosas más importantes. En el hospital, lo mismo nos decían los auxiliares y las enfermeras. La persona se siente incómoda si se encuentra desnuda y observada paseando por los pasillos. Al momento de la ducha, siempre preparar un camisón o bata para tapar a la persona rápidamente hasta que se viste” (186/1º).

“Porque he sido formado para entender la importancia de no tener expuesto al paciente desnudo más tiempo de lo necesario. Por otro lado, también procuro ponerme en su situación y entiendo que no tiene que ser muy agradable estar más tiempo del necesario al “descubierto” (271/2º).

“... Los factores que influyen en que sea así, es la formación recibida durante mis años de carrera y sobre todo mis propias experiencias y valores” (112/4º).

Los tres estudiantes mencionan la *Formación* como factor que ha influido en su conducta, 186/1º identifica la información recibida en la escuela y también por su tutora de prácticas en el hospital, 271/2 no explicita donde ha recibido la formación y finalmente, 112/4º añade a la formación recibida durante los años de carrera las experiencias vividas y sus propios valores.

CATEGORÍA 3: FACTORES AMBIVALENTES

Los códigos identificados en esta categoría y ordenados por número de referencias obtenidas son 2: 3A) *Tipo de técnica* y 3B) *Influencia de otros profesionales*.

3A. TIPO DE TÉCNICA

En los cuatro cursos el código más nombrado fue el *Tipo de técnica* con un total de 19/31 (61,3%) referencias, cabe mencionar que 7 de los estudiantes (22,6%) han mencionado específicamente el momento de la *Higiene del paciente* como un momento especialmente crítico. Este código ha obtenido representación en todos los cursos excepto en tercero.

“...siempre intento realizar los procedimientos correctamente. A veces, haciendo alguna higiene, hablando con la auxiliar, hemos dejado a la persona expuesta más tiempo cuando no tenemos por qué. Debemos estar pendientes de lo que hacemos, y en ocasiones pensamos más en ¿Dónde voy a ir luego? que en el paciente” (175/1º).

“Intento no hacerlo, pero en ocasiones la situación que se da complica mantener la privacidad del paciente,

por ejemplo, pacientes que mientras los lavas continúan ensuciándose y no es algo puntual. Cuesta mucho mantener la intimidad cuando se está ensuciando todo” (292/2º).

“Dependiendo de qué tipo de técnica le quieras hacer, a veces intentas que no esté tanto tiempo desnudo, pero a veces es imposible. Aunque siempre hay que proteger su intimidad” (26/2º).

“Durante el lavado, pero intento que sea el menor tiempo posible” (123/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que a la hora de realizar algunas técnicas resulta difícil respetar la intimidad de la persona. 175/1º, 292/2º y 123/4º expresan que el momento de la higiene es especialmente crítico. 175/1º añade que durante la higiene del paciente en ocasiones están más centradas en tareas que deben realizar posteriormente que en el paciente que están atendiendo en el momento.

3B. INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES

Fue el último de los códigos identificados según el número de referencias, obtuvo un total de 12/31 (38,7%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso, aunque el curso en el que se obtuvo mayor número de referencias fue 1º.

“Porque pienso que preservar la intimidad de alguien es muy importante. Uno de los factores que influyen en mi conducta es porque he adoptado estos conocimientos en las prácticas y porque en la planta en la que estaba lo consideraban algo muy importante que era necesario hacer” (196/1º).

“A veces, como era el estilo de trabajar de cada auxiliar a la hora de realizar la higiene, era ella quien valoraba y decidía” (213/1º).

“Si fuese por mí no lo haría, pero siempre vas con las personas que te están enseñando con lo cual mucha gente lo suele hacer. Yo intento evitarlo, pero muchas veces no se puede hacer (253/2º).

“Sempre que està en les meves mans aprofito per preservar la intimitat del pacient, ja que si jo estigués en el seu lloc, m'agradaria que me la respectessin. Tot i així, moltes vegades no depen de mi i observo professionals que no només els deixen al descobert, sino que m'impideixen no fer-ho (tapar-los)” (164/4º).

Como se puede observar en el discurso de los cuatro estudiantes, el comportamiento y las actitudes de los profesionales con los que realizan sus prácticas influye en su propio comportamiento, en algunos casos protegiendo el respeto a la intimidad y en otros casos no. 253/2º y 164/4º expresan claramente que a pesar de que en ocasiones intentan proteger la intimidad de los pacientes, no siempre se les permite hacerlo.

4.2.1.3 COMPORTAMIENTO 3: EXPLICAR EL PROCEDIMIENTO

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: ¿Explicas al paciente el procedimiento o técnica que vas a realizar y cómo lo vas a hacer adaptando tu lenguaje a su capacidad de comprensión? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras).

4.2.1.3.1 ABORDAJE CUANTITATIVO:

Se analizó la relación existente entre el hecho de informar del procedimiento que se va a realizar al paciente y el curso académico, tras lo que se obtuvieron los s resultados que se muestran en la tabla 33.

Tabla 33. Relación entre Explicar el procedimiento y Curso.

CURSO	NUNCA	A VECES	FREC.	SIEMP.	TOTAL	ESTAD.
1º	0 (0%)	6 (6,9%)	25 (28,7%)	56 (64,4%)	87 (100,0%)	Chi cuadrado p = 0,233
2º	0 (0%)	10 (9,8%)	41 (40,2%)	51 (50,0%)	102 (100,0%)	
3º	0 (0%)	4 (9,1%)	14 (31,8%)	26 (59,1%)	44 (100,0%)	
4º	0 (0%)	8 (10,0%)	18 (22,5%)	54 (67,5%)	80 (100,0%)	
TOTAL	0 (0%)	28 (8,9%)	98 (31,3%)	187 (59,7%)	313 (100,0%)	

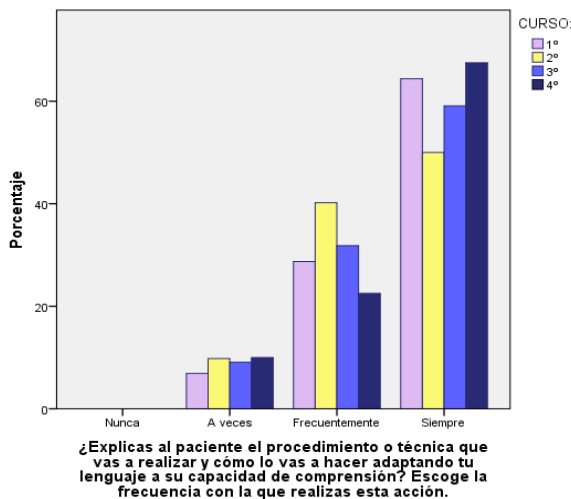


Figura 11. Diagrama de barras: Explicar el procedimiento y Curso

Como se puede observar, el 91% de los estudiantes explican el procedimiento que van a realizar al paciente siempre o frecuentemente y un 9% lo hace tan solo a veces.

No se han observado diferencias significativas respecto a ese comportamiento entre los cuatro cursos que conforman el grado. (p = 0,233).

La figura 11 muestra la representación gráfica de esta variable en función del curso académico.

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el comportamiento de informar a la persona del procedimiento a realizar. Para este comportamiento se hallaron diferencias tanto para la puntuación total de la escala EVPE ($p=0,016$) como para dos de las dimensiones, el Compromiso ($p=0,039$) y el Dominio Profesional ($p=0,04$), tal y como se puede apreciar en la tabla 34.

Tabla 34. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Explicar el procedimiento

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE	Kruskall	0,016
• Dimensión Ética	Wallis	0,082
• Compromiso Profesional		0,039
• Dominio profesional		0,004

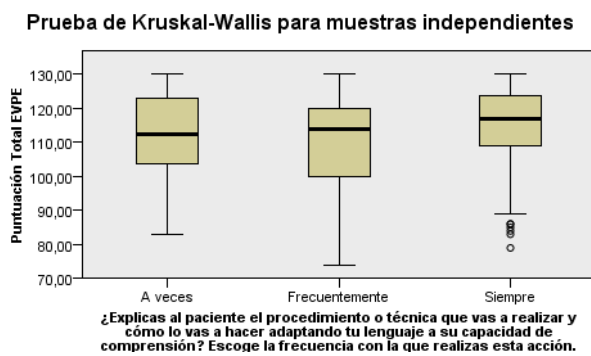


Figura 12. Diagramas de caja: EVPE – Explicar el procedimiento

En el diagrama de cajas representado en la figura 12, se puede apreciar gráficamente como los estudiantes que puntuaron más alto en la escala EVPE muestran una tendencia discretamente mayor a explicar el procedimiento al paciente antes de realizarlo.

4.2.1.3.2 ABORDAJE CUALITATIVO:

Se obtuvieron un total de 298 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 3 categorías y 27 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 3 grandes categorías, 15 códigos y 9 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 3 categorías, 11 códigos y 7 subcódigos.

La tabla 35 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de informar del procedimiento al paciente antes de su ejecución durante sus prácticas clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 35. Matriz de codificación: Explicar el procedimiento y Curso.

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS		CURSO				TOTAL
		1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1: FACTORES QUE FAVORECEN LA EXPLICACIÓN		40	47	22	46	155
	CÓDIGO 1A. APORTA BENEFICIOS AL PACIENTE	30	34	14	33	111
SUBCÓDIGOS	a) Aumenta confianza, seguridad y tranquilidad (paciente)	23	24	9	28	84
	b) Mejora la comprensión del paciente	4	12	3	4	23
	c) Favorece la colaboración del paciente	4	7	2	4	17
	d) Ayuda al propio estudiante	2	4	1	3	10
	e) Mejora la relación enfermera - paciente	1	5	0	3	9
	CÓDIGO 1B. VALORES	7	10	9	13	39
SUB.	f) Autonomía del paciente	6	10	9	12	37
	g) Humanización del cuidado	0	0	2	2	4
	CÓDIGO 1C. EMPATÍA	4	7	1	6	18
	CÓDIGO 1D. FORMACIÓN UNIVERSITARIA	1	0	0	4	5
CATEGORÍA 2: FACTORES QUE NO FAVORECEN LA EXPLICACIÓN		4	7	2	3	16
	CÓDIGO 2A. PRISA - SOBRECARGA DE TRABAJO	2	4	1	2	9
	CÓDIGO 2B. FALTA DE CONOCIMIENTOS	1	3	0	0	4
	CÓDIGO 2C. OLVIDO	1	0	1	2	4
CATEGORÍA 3: FACTORES AMBIVALENTES		11	20	6	10	47
	CÓDIGO 3A. CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO	5	10	4	5	24
	CÓDIGO 3B. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES	7	10	1	3	21
	CÓDIGO 3C. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES	0	2	2	2	6

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores que favorecen la explicación al paciente* 2) *Factores que no favorecen la explicación al paciente* y 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos). A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

**CATEGORÍA 1:
FACTORES QUE FAVORECEN LA EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Dentro de esta categoría se identificaron 3 códigos: 1A) *Aporta beneficios al paciente*, 1B) *Valores*, 1C) *Empatía* y 1D) *Formación universitaria*.

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Aporta beneficios al paciente* con 111/155 (71,6%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y el código que obtuvo menor número de referencias fue el de *Formación universitaria*, con 5/155 (3,2%) referencias.

1A. APORTA BENEFICIOS AL PACIENTE

Se incluyeron 5 subcódigos dentro de este código: a) aumento de la confianza, seguridad y tranquilidad del paciente; b) Mejora la comprensión del paciente; c) Favorece la colaboración del paciente; d) Ayuda al propio estudiante y e) Mejora la relación enfermera – paciente.

a) Aumento de la confianza, seguridad y tranquilidad del paciente

El subcódigo que presentó un mayor número de referencias fue el de *Aumenta la confianza, seguridad y tranquilidad del paciente* con un total de 84/111 (75,7%). Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los 4 cursos:

“Al empezar una tarea me gusta comunicar al paciente todo el proceso por el que va a pasar, con sus respectivos pasos, para garantizar su seguridad, su tranquilidad y su confianza en mí y en el equipo” (22/1º).

“Cuando entro en una habitación siempre me presento si no conozco al paciente y le explico qué procedimiento le voy a realizar para que tenga el conocimiento y mayor seguridad y confianza. Ya que estará más predispuesto a colaborar” (52/2º).

“Siempre que el paciente esté consciente intento explicarle las intervenciones que realizaré y cómo, para que el paciente esté seguro y tranquilo creando una confianza” (60/3º).

“Cuando entro en la habitación explico por qué he ido, lo que voy a hacer y les respondo las dudas que tengan. Hay veces que no lo dicen, pero se les nota en la cara que no te han entendido, o que les da miedo, por lo que también vuelvo a explicar y a tranquilizarles de algún modo, explicando que, si les hago daño o me quieren parar a cualquier cosa, que estoy allí para ayudar” (107/4º).

Los 4 estudiantes consideran importante ofrecer explicaciones previas a cualquier intervención del paciente ya que, al hacerlo, el paciente se siente más seguro, tranquilo y confiado con la actuación del estudiante en prácticas. El estudiante 52/2º añade que al hacerlo también consigue mejorar la colaboración del paciente.

b) Mejora la comprensión del paciente

El segundo subcódigo con mayor número de referencias fue el de *Mejora la Comprensión del paciente*. Obtuvo un total de 23/111 (20,7%) referencias y fue representado también en los 4 cursos:

“Es importante que el paciente sepa qué técnica o procedimiento vamos a realizarle, y que sobre todo lo comprenda y si no es así, volvérselo a explicar de varias maneras” (180/1º).

“Siempre hay que explicar todo el procedimiento al paciente, qué se le va a hacer y cómo. Siempre se intenta adaptar nuestro lenguaje a la capacidad de comprensión de cada persona, para que puedan entenderlo” (26/2º).

“Para que el paciente entienda en todo momento qué vamos a realizarle” (264/3º).

“Aunque sea un procedimiento no invasivo, trato de explicar el porqué, cómo lo haré y qué necesito de ellos. Cuando se trata de una gasometría, por ejemplo, explico que es una técnica algo más dolorosa que una extracción común, por la inserción de la arteria. Y siempre me verbalizan que al explicar qué sucede, les ayuda, porque hay profesionales que no los preparan... A parte de esto, no me gusta utilizar tecnicismos, porque considero que hay palabras más simples, y al final, el nivel cultural y social varía por la edad, vivencia, experiencias... En fin, el proceso es de la persona y que ellos entiendan qué les sucede o cómo deben llevar

a cabo una medicación y que se vayan sin dudas es vital” (100/4º).

Los cuatro estudiantes verbalizan la importancia de que el paciente comprenda la intervención que se le va a realizar. Tres de los estudiantes (180/1º, 26/2º y 100/4º) comentan, además, la necesidad de adaptar el lenguaje a las capacidades del paciente para asegurar que se produce esa comprensión.

c) Favorece la colaboración del paciente

El tercer subcódigo con mayor número de referencias fue *Favorece la colaboración del paciente*. Obtuvo un total de 17/111 (15,3%) referencias y fue representado también en los 4 cursos:

“Explico siempre, ya que así tendré mayor colaboración por parte del paciente” (23/1º).

“Siempre se lo explico para que lo entiendan y a su vez eso facilita mi trabajo, porque colabora mucho más.” (234/2º).

“Es lo primero que hago para pedir permiso y colaboración en caso necesario” (64/3º).

“Es de vital importancia para que el paciente no tenga miedo o ansiedad y si puede colaborar que lo haga” (131/4º).

Los cuatro estudiantes manifiestan que el hecho de informar al paciente del procedimiento a realizar mejora su colaboración durante el proceso. El estudiante 64/3º añade que es necesario pedir permiso al paciente antes de actuar y por lo tanto tiene en cuenta el principio de autonomía y el estudiante 131/4º también expresa que puede reducir el miedo o ansiedad del paciente.

d) Ayuda al propio estudiante

El cuarto subcódigo en función del número de referencias obtenidas fue el de *Ayuda al propio estudiante*. Obtuvo un total de 10/111 (9%) referencias y fue representado en todos los cursos:

“Siempre se lo explico para que lo entiendan y a su vez eso facilita mi trabajo, porque colabora mucho más” (183/1º).

“...Así repaso el procedimiento, me sirve para tranquilizar al paciente y generar un clima de confianza”. (260/2º).

“Lo tengo muy interiorizado, desde que empecé la carrera. Es beneficioso para el paciente y para mí, ya que me ayuda a repasar los pasos del procedimiento y a tener clara mi actuación” (78/3º).

“Muchas de las técnicas que llevamos a cabo son traumáticas para los pacientes y su integridad. Por ello considero que cuando tu informas al paciente del procedimiento a realizar, disminuyes su estado de miedo a lo desconocido y favoreces su predisposición haciéndole participe, lo que facilita nuestro trabajo” (167/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que explicar el procedimiento al paciente antes de llevarlo a cabo les ayuda. Los estudiantes 183/1º y 167/4º comentan que al hacerlo consiguen una mayor colaboración por parte del paciente facilitando la intervención, en cambio 260/2º y 78/3º expresan que explicar el procedimiento al paciente les ayuda a repasar y ordenar los pasos de su actuación posterior.

e) Mejora la relación enfermera – paciente

El quinto y último subcódigo en función del número de referencias obtenidas fue el de *Mejora la relación enfermera - paciente*. Obtuvo un total de 9/111 (8,1%) referencias y fue representado en todos los cursos excepto en tercero:

“Siempre explico el procedimiento a realizar, ya que eso tranquiliza al paciente y lo hace sentir más cercano hacia tu persona” (198/1º).

“Creo que no solo es importante explicar el procedimiento a modo de información, sino que también, esta actitud ayuda a estrechar vínculos enfermero-paciente, a ganar su colaboración y confianza...” (37/2º).

“Creo que es importante explicar de la forma más clara posible el procedimiento a realizar para establecer un vínculo de confianza...” (158/4º).

Las referencias aquí expuestas muestran que los tres estudiantes consideran que ofrecer explicaciones antes de efectuar un procedimiento favorece la relación enfermera – paciente y estrecha ese vínculo entre ambos.

1B. VALORES

El segundo código con mayor representación en la categoría de factores que favorecen la explicación al paciente ante cualquier intervención fue el de *Valores* que obtuvo un total de 39/155 (25,2%) referencias y representación en los cuatro cursos. Dentro de este código se identificaron dos subcódigos que se detallan a continuación.

a) Autonomía del paciente

Fue el subcódigo con mayor número de referencias 37/39 (94,9%) y obtuvo representación en los 4 cursos:

“Es esencial explicar qué vamos a hacer y el porqué. No comenzaremos hasta que el paciente nos de su consentimiento y haya entendido el procedimiento” (219/1º).

“Para que me autorice a realizar la técnica” (16/2º).

“Para que sepa qué es lo que se le va a hacer, así puede decir si está de acuerdo o no” (42/3º).

“Considero que el paciente debe saber qué se le va a hacer en cada momento, ya que es su decisión el realizar el procedimiento o no” (106/4º).

En este caso, los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que explican el procedimiento al paciente para conseguir su autorización o consentimiento para llevarlo a cabo, identificando de este modo el principio ético de Autonomía del paciente.

b) Humanización del cuidado

Fue el segundo y último subcódigo identificado dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 4/39 (10,3%) referencias y representación en los dos últimos cursos:

“Es importante que el paciente esté informado en todo momento sobre lo que le vas a realizar. El derecho a la información es un valor imprescindible de los pacientes. Son personas, no objetos y, por lo tanto, debemos tratarlos como seres humanos” (28/3º).

“Considero que todo paciente debe de conocer qué le estamos haciendo, administrando... Porque es una persona, no un objeto al que manejas a la ligera, debemos humanizar la atención. Además, creo necesario explicar siempre lo que se le hace ya que el paciente se encuentra también en un momento difícil, asustado...” (32/4º).

Ambos estudiantes coinciden en afirmar que informar del procedimiento al paciente es importante ya que tratamos con seres humanos y no con objetos, por lo que el cuidado debe ser humanizado. El estudiante 32/4º añade que son momentos en los que el paciente se puede sentir vulnerable.

1C. EMPATÍA

El siguiente código identificado fue la *Empatía*, con un total de 18/155 (11,6%). Fue un código mencionado por estudiantes de los cuatro cursos:

“Siempre intento hablar de tú a tú, utilizando un lenguaje de fácil comprensión dependiendo del paciente. Si a mí me tuviesen que explicar qué me van a hacer, me gustaría entenderlo, por ello, doy lo mismo que me gustaría recibir” (175/1º).

“Acostumbro a ponerme en la piel del paciente, ya que a mí me gustaría que me lo explicaran” (311/2º).

“A mí, en su lugar, me gustaría entender desde el principio el procedimiento, sin tenerme que sentir "inferior" al volver a preguntar” (21/3º).

“He estado hospitalizada y conozco ese miedo, ansiedad que provoca no saber qué está pasando a mí alrededor, qué me van a hacer a mí. Es fácil ponerme en la piel de los pacientes. Además, pienso: si el procedimiento se realiza a la persona, ella es la protagonista, con lo cual, debería estar informada” (116/4º).

En las referencias de los cuatro estudiantes se puede observar la conducta empática, ya que manifiestan la necesidad de ponerse en la piel de los pacientes antes de actuar. El estudiante 175/1º añade que es importante utilizar un lenguaje adaptado al nivel de comprensión del paciente, 21/3º añade que desconocer lo que va a ocurrir puede provocar un sentimiento de inferioridad en el paciente, y finalmente 116/4º afirma que la protagonista de los cuidados es la persona y por ello debe informarse de la actuación.

1D. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El último código identificado según el número de referencias fue la *Formación Universitaria*, con un total de 5/155 (3,2%). Fue un código mencionado por estudiantes de primer y sobre todo cuarto curso:

“A partir de las simulaciones de la universidad he aprendido y me he acostumbrado a explicar el procedimiento y pedir su consentimiento. Intento usar un lenguaje un poco coloquial para que me entienda el paciente” (24/1º).

“Es algo que nos han inculcado mucho en las escuelas, siempre el paciente debe saber qué se le está haciendo” (154/4º).

Como se puede observar en los discursos, ambos estudiantes coinciden en afirmar que la *formación recibida en la universidad* ha influido en su conducta y favorece el hecho de informar

al paciente del procedimiento correspondiente. El estudiante 24/1º añade que es preciso adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del paciente, evitando el uso de tecnicismos.

CATEGORÍA 2: FACTORES QUE NO FAVORECEN LA EXPLICACIÓN AL PACIENTE

Los 3 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Sobrecarga de trabajo* y 2B) *Falta de conocimientos* y 2C) *Olvido*.

2A. SOBRECARGA DE TRABAJO - PRISA

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría.

Obtuvo un total de 9/16 (56,25%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“Solamente no he explicado el procedimiento o bien cuando la intervención había de ser inmediata o tenía prisa por la cantidad de trabajo” (77/1º).

“En muchos casos, la cantidad de pacientes que tienes que atender y a los que has de realizar un procedimiento, te lleva a dar una simple explicación de lo que vas a realizar, pero sin comprobar que el paciente ha comprendido el procedimiento” (247/2º).

“La mayoría de las veces explico a los pacientes el procedimiento a realizar, pero es cierto, que a veces, por rapidez se nos escapa la importancia de lo que vamos a hacer y no lo hacemos” (38/3º).

“Cuando he tenido tiempo de dar las explicaciones pertinentes adapto mi lenguaje a las explicaciones del paciente, o por lo menos intento ser clara, pero si no tengo tiempo voy rápido y no lo explico” (161/4º).

Los cuatro estudiantes mencionan la *sobrecarga de trabajo* o la falta de tiempo como factores determinantes a la hora de explicar el procedimiento al paciente antes de llevarlo a cabo. El estudiante 247/2º afirma que, aunque sí explica brevemente el procedimiento, cuando tiene prisa, no comprueba el nivel de comprensión del paciente.

2B. FALTA DE CONOCIMIENTOS

El segundo código identificado en esta categoría en función del número de referencias fue la *Falta de conocimientos*. Obtuvo un total de 4/16 (25%) referencias y representación, únicamente, en los dos primeros cursos:

“Frecuentemente porque durante estas prácticas aún no tenía los conocimientos para explicar, por ejemplo, para qué sirve un fármaco. Pero todo lo demás, como higienes o punciones, sí que lo hacía” (201/1º).

“Siempre intento ir a la habitación teniendo claro qué es lo que voy a hacer para poder explicárselo al paciente, aunque a veces, por falta de conocimientos, no lo he hecho” (261/2º).

“Cuando domino la técnica, sí que suelo explicárselo, pero si me cuesta más no, porque si no lo entiendo, no puedo explicárselo con seguridad” (290/2º).

Los tres estudiantes de primer y segundo curso coinciden en afirmar que cuando conocen bien la técnica a realizar, la explican al paciente, pero cuando carecen de los conocimientos correspondientes omiten la explicación previa.

2C. OLVIDO

El último código identificado dentro de esta categoría fue el *Olvido*, con un total de 4/16 (25%) y representación en 1º, 3º y 4º curso:

“En ocasiones se me pasa por alto, pero casi siempre lo hago, para que sepa la medicación que toma, para que sirva, así él está más tranquilo y para no repetir la medicación” (84/1º).

“Muchas veces nos olvidamos de que quizás el paciente no comprende del todo lo que le estamos diciendo” (49/2º).

“A veces suelo olvidarme de que los pacientes, muchas veces, no entienden tecnicismos o lenguaje sanitario” (144/4º).

Los tres estudiantes mencionan el *Olvido* como causa de su falta de explicación al paciente. Los estudiantes 49/2º y 144/4º, puntualizan que lo que olvidan es adaptar el lenguaje a la capacidad de comprensión del paciente evitando el uso de tecnicismos en la explicación.

CATEGORÍA 3: FACTORES AMBIVALENTES

Los códigos identificados en esta categoría y ordenados por número de referencias obtenidas son 3: 3A) *Características del procedimiento*, 3B) *Características de los pacientes* y 3C) *Características de los profesionales*.

3A. CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

Fue el código que obtuvo un mayor número de referencias 24/47 (51,1%) dentro de esta categoría y obtuvo representación en los cuatro cursos:

“Depende de la técnica, para tomar la tensión no, porque sabían siempre a lo que iba y me veían con los utensilios” (204/1º).

“Para procedimientos más invasivos, como sondaje, enema... sí, pero para venopunción le explico para qué se lo hago si es hemocultivo, si es sólo una vía o analítica no” (255/2º).

“Si es un procedimiento que no se suele hacer con frecuencia, explico el procedimiento. Aunque, por ejemplo, al tener que poner una vía no suelo explicarlo porque supongo que ya tienen una idea” (14/3º).

“Quizás cuando se trata de procedimientos más fáciles sí que explicas de qué va, pero en cambio, si es algo más complejo, me resulta difícil adaptar mi explicación y lo comentas por encima sin dar casi ningún detalle. Puede pasar porque tampoco hemos practicado mucho ese tipo de vocabulario” (156/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que ofrecer una explicación al paciente depende de las *características del procedimiento* que se va a llevar a cabo. El estudiante 255/2º comenta que en procedimientos más invasivos sí que realiza esa explicación, para 14/3º el factor determinante es la frecuencia con la que realiza la técnica, omitiendo la explicación ante procedimientos frecuentes y 156/4º afirma que explica la técnica si el procedimiento es fácil de realizar, pero omite la explicación ante procedimientos complejos ya que le cuesta adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del paciente.

3B. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Fue el segundo código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 21/47 (44,7%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“Cuando entro, la mayoría de las veces digo lo que voy a hacer, sobre todo si sé que el paciente está orientado. Cuando veo que es un paciente desorientado y no me hace caso, hay veces que se me olvida explicarle y actúo directamente” (96/1º).

“Siempre menciono el procedimiento que voy a realizar y depende del paciente, de si pregunta o no, explico de forma clara en qué consiste el procedimiento” (229/2º).

“Hay situaciones donde es imposible explicar la técnica, ya que los pacientes se niegan. Pero sí, en la gran mayoría las explico” (69/3º).

“Suelo explicar las técnicas que voy a realizar y en qué consisten. Si observo que la persona no quiere saber más de lo esencial no se explican más detalles. Acostumbro a realizar explicaciones sencillas y entendibles siempre, a no ser que la persona solicite lo contrario” (104/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que explican el procedimiento en función de las características del paciente. El estudiante 96/1º olvida, en ocasiones, explicar la técnica ante pacientes desorientados, 229/2º explica la técnica únicamente si el paciente pregunta y los estudiantes 69/3º y 104/4º no explican el procedimiento cuando detectan que el paciente no quiere saber más.

3B. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES

Fue el tercer código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 6/47 (12,8%) referencias y representación en los cuatro cursos excepto en 1º:

“Sí, Considero que es importante porque el paciente necesita saber qué se le va a realizar. Además, explicarle de una manera que él lo entienda. Y siempre que he ido yo sola a hacer un procedimiento lo he explicado, con la enfermera no, porque lo explica ella, aunque a veces no lo hace” (293/2º).

“No siempre, perquè normalment la infermera de planta explica i demana permís” (80/3º)

“La mayoría de las veces sí, todo y que si a veces me encuentro con mi enfermera de referencia (en las prácticas), ésta opta el papel de explicarlo al paciente sin darme a mí la oportunidad de hacerlo” (46/4º).

Los tres estudiantes manifiestan que la explicación del procedimiento la realiza la propia enfermera de referencia de las prácticas y por lo tanto ellos no tienen la oportunidad de hacerlo si van acompañados de su enfermera.

4.2.1.4 COMPORTAMIENTO 4: CONVERSACIONES EXCLUYENDO AL PACIENTE

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar

los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: Al ofrecer los cuidados básicos a un paciente ¿Mantienes conversaciones con tus compañeros (enfermeras, auxiliares u otros estudiantes) sin incluir en ellas al propio paciente? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras).

4.2.1.4.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de mantener conversaciones con los compañeros de trabajo mientras se está realizando un procedimiento o una técnica al paciente excluyendo al paciente de la conversación y el curso académico, tras lo que se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 36.

Tabla 36. Relación entre Conversaciones excluyendo al paciente y Curso

CURSO	NUNCA	A VECES	FREC.	SIEMP.	TOTAL	ESTAD.
1º	24 (27,6%)	57(65,5%)	5 (5,7%)	1 (1,1%)	87 (100,0%)	Chi cuadrado p = 0,006
2º	24 (23,8%)	66 (65,3%)	11 (10,9%)	0 (0%)	101 (100,0%)	
3º	18 (40,9%)	25 (56,8%)	0 (0%)	1 (2,3%)	44 (100,0%)	
4º	17 (21,3%)	63 (78,8%)	0 (0%)	0 (0%)	80 (100,0%)	
TOTAL	83 (26,6%)	211 (67,6%)	16 (5,1%)	2 (0,6%)	312 (100,0%)	

Respecto a este comportamiento, el 73,7% de estudiantes mantiene conversaciones con sus compañeros de trabajo a veces, frecuentemente o siempre, mientras realiza cuidados o técnicas a los pacientes excluyendo al paciente de la conversación. En este caso se han observado diferencias significativas a lo largo de los diferentes cursos ($p = 0,006$).

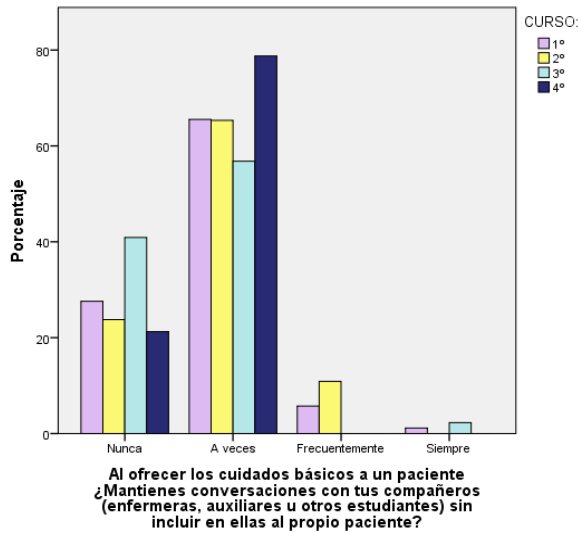


Figura 13. Diagrama de barras: Mantener conversaciones excluyendo al paciente - Curso

En figura 13 se puede observar como en los cursos inferiores se mantienen con más frecuencia conversaciones con los compañeros al ofrecer cuidados de salud que en los cursos superiores.

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el comportamiento *Mantener conversaciones excluyendo al paciente*.

Para este comportamiento se hallaron diferencias tanto para la puntuación

total de la escala EVPE ($p=0,00$) como para las tres dimensiones que conforman la escala, la dimensión ética ($p=0,001$), el Compromiso ($p=0,000$) y el Dominio Profesional ($p=0,001$), tal y como se puede apreciar en la tabla 37.

Tabla 37. Relación entre EVPE y Conversaciones excluyendo al paciente

	Prueba	P valor
Total EVPE	Kruskall	0,000
• Dimensión Ética	Wallis	0,001
• Compromiso Profesional		0,000
• Dominio profesional		0,001

En los diagramas de caja que se muestran en la figura 14, se puede observar el sentido de la relación entre las dos variables, la puntuación total en la escala EVPE y Conversaciones excluyendo al paciente.

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

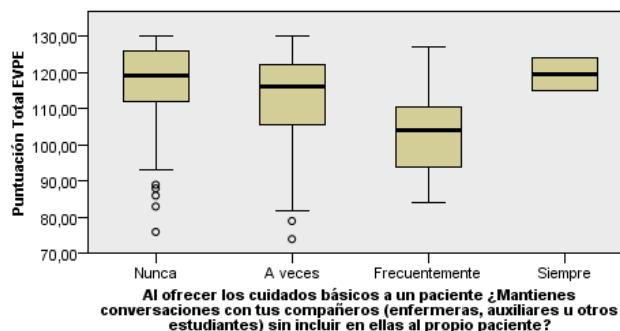


Figura 14. Diagramas de caja: EVPE – Conversaciones excluyendo al paciente

4.2.1.4.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 298 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 3 categorías y 33 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 3 grandes categorías, 24 códigos y 4 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 3 categorías, 19 códigos y 2 subcódigos.

La tabla 38 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de mantener conversaciones con los compañeros al realizar un procedimiento mientras se excluye de las mismas al propio paciente durante sus prácticas clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 38. Matriz de codificación: Mantener conversaciones excluyendo al paciente - Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES QUE EVITAN LAS CONVERSACIONES	18	29	12	23	82
CÓDIGO 1A. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	9	13	8	13	43
CÓDIGO 1B. VALORES	9	10	6	11	36
a) Respeto a la dignidad humana	7	6	6	10	29
b) Humanización del cuidado	2	4	0	1	7
CÓDIGO 1C. CREENCIA DE QUE ES DE MALA EDUCACIÓN	1	4	2	3	10
CÓDIGO 1D. EMPATÍA	0	2	0	0	2
CÓDIGO 1E. FORMACIÓN	1	1	0	0	2
CÓDIGO 1F. COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA	0	1	0	0	1
CATEGORÍA 2. FACTORES QUE FAVORECEN LAS CONVERSACIONES	33	48	17	43	141
CÓDIGO 2A. CONVERSACIÓN FORMATIVA CON LA TUTORA	14	12	5	12	43
CÓDIGO 2B. INFLUENCIA DE OTROS COMPAÑEROS	3	15	6	12	36
CÓDIGO 2C. FALTA DE CONCIENCIA	7	10	2	14	33
CÓDIGO 2D. MONOTONÍA	5	8	3	2	18
CÓDIGO 2E. SOBRECARGA DE TRABAJO	3	2	2	3	10
CÓDIGO 2F. INEXPERIENCIA - INSEGURIDAD	2	3	1	2	8
CÓDIGO 2G. CONTINUAR CONVERSACIÓN YA INICIADA	2	2	0	2	6
CÓDIGO 2H. ROL DE ESTUDIANTE – FALTA DE ASERTIVIDAD	0	3	0	2	5
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	9	15	5	6	35
CÓDIGO 3A. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES	8	14	3	5	30
CÓDIGO 3B. CARACTERÍSTICAS DE LA TÉCNICA	1	2	2	1	6
TOTAL REFERENCIAS	74	101	44	79	298

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores que evitan las conversaciones*; 2) *Factores que favorecen las conversaciones* y 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos). A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

**CATEGORÍA1:
FACTORES QUE EVITAN LAS CONVERSACIONES EXCLUYENDO AL PACIENTE**

Dentro de esta categoría se identificaron 6 códigos, ordenados por número de referencias: 1A) *Atención centrada en el paciente*, 1B) *Valores*, 1C) *Creencia de que es de mala educación* y 1D) *Empatía*, 1E) *Formación universitaria* y 1F) *Comunicación Terapéutica*.

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Atención centrada en el paciente* con 43/82 (52,4%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y el código que obtuvo menor número de referencias fue el de *Comunicación Terapéutica*, con 1/82 (1,2%) referencia.

1A. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Se trata de un código que obtuvo representación en los 4 cursos y como hemos comentado antes, 43/82 (52,4%) referencias:

“Cuando estoy con un paciente, no me pondré a hablar con mis compañeros de cosas externas, ya que en ese momento la importancia la tiene el enfermo” (179/1º).

“Es importante hacer participar al paciente en todas las actividades donde él es el protagonista, además, ellos siempre lo agradecen y ayuda en su estado de ánimo, y a mí me reconforta” (75/2º)

“Es inevitable, aunque no debería ser así. Nuestro objetivo es procurar la máxima comodidad y si no incluimos al paciente en nuestras conversaciones, puede sentirse excluido e incómodo. Tenemos que centrarnos en el paciente, no en nuestras cosas” (68/3º).

“No. Es más, cuando se inicia una conversación haciendo una cama, higiene, sondaje... cosas a pie de cama, siempre desvió la atención hacia la persona. Porque sea lo que sea, no es un buen momento para hablar de nada que excluya a la persona. Es más, cuando ocurre, me hace sentir mala enfermera, porque siento que no estoy ocupándome del paciente, que debe ser el centro de nuestra atención. Así que las conversaciones con compañeros se quedan para la hora del desayuno o merienda” (100/4º).

Los cuatro estudiantes manifiestan que el centro de la atención debe ser el paciente, y por este motivo incluyen al paciente en las conversaciones que mantienen mientras realizan los procedimientos. El estudiante 75/2º añade que al actuar de este modo se gana el agradecimiento de los pacientes, lo que le reconforta. 68/3º afirma que, de no actuar así, el paciente puede sentirse incómodo y finalmente 100/4º menciona que cuando se excluye al paciente de las conversaciones siente que es mala enfermera.

1B. VALORES

El segundo código identificado con mayor número de referencias fue el de *Valores*, obtuvo un total de 36/82 (43,9%) y representación, como en el código anterior, en los cuatro cursos.

a) **Respeto a la dignidad humana**

El subcódigo que presentó un mayor número de referencias dentro del código *Valores* fue el *Respeto a la dignidad humana* con un total de 29/36 (80,5%). Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los 4 cursos:

“Hablo y converso con el paciente, ya que entre nosotras creo que es una gran falta de respeto” (72/1º).

“No mantengo conversaciones normalmente con mis compañeros porque considero que es una falta de respeto hacia el paciente. Sí que he mantenido conversaciones con el paciente y además ha estado un compañero mío en la habitación” (293/2º).

“Creo que es faltar el respeto a la persona no incluirla en la conversación. Existen muchos momentos para hablar con tus compañeros, como para tener que hacerlo en ese instante. Se trata de hacerle sentir cómodo y crear confianza con el paciente” (38/3º).

“Intento que mis compañeras no lo hagan, me parece una falta de respeto” (114/4º).

Los cuatro estudiantes consideran que mantener conversaciones con otros compañeros excluyendo al paciente de estas al paciente mientras se le realiza un procedimiento es una falta de *Respeto hacia la persona*. El estudiante 38/3º añade que es importante crear un clima de confianza con el paciente y velar por su bienestar y 114/4º manifiesta una actitud proactiva a la hora de intentar que sus compañeras de trabajo no mantengan conversaciones excluyendo al paciente.

b) **Humanización del cuidado**

El segundo subcódigo identificado dentro del código *Valores* fue el de *Humanización del cuidado* con un total de 7/36 (19,4%). Obtuvo representación en todos los cursos excepto en 3º:

“Cuando iba con el auxiliar haciendo las higienes, hablábamos juntas, pero si el paciente quería decir algo y participar, le contestábamos y podíamos hablar los tres. Hacíamos esto, porque el paciente se tiene que sentir escuchado y no marginado de la sociedad, aunque esté en un hospital cada día. Hace parte del lado humano que deben tener nuestros cuidados y que no tenemos que olvidar” (186/1º).

“...Siempre intento conversar con el paciente porque creo que demuestras que te importa él como persona y no solo como patología. Creo que no se debe perder esta visión holística y nosotros como enfermeras ser humanas y no sólo técnicas” (229/2º).

“Da una percepción de deshumanización y desinterés que puede ayudar a que el paciente cree juicios de valor erróneos” (110/4º).

En el discurso de los 3 estudiantes se puede observar cómo evitar las conversaciones con los compañeros excluyendo al paciente de estas es una manera de *Humanizar el cuidado*. El estudiante 229/2º añade que es importante mantener una visión holística de la persona.

1C. CREENCIA DE QUE ES DE MALA EDUCACIÓN

Fue el tercer código identificado en esta categoría si tenemos en cuenta el número de referencias. Obtuvo un total de 10/82 (12,2%) y representación, como en el código anterior, en los cuatro cursos:

“Porque para mí, eso no se debería hacer. Porque es como falta de buena educación. Si se tenía que hablar una cosa con los compañeros, mejor que se hable en otros momentos y que no se hable delante del paciente” (188/1º).

“Lo considero una falta total de educación y mucho más de profesionalidad” (284/2º).

“Actúo de esta manera ya que si estás dando unos cuidados a un paciente tienes que estar por esa cosa que estás haciendo, igual que estar por el paciente, ya que creo que si hablas de otros temas que no tienen nada que ver con lo que le estoy haciendo al paciente, es de mala educación” (66/3º).

“Me parece de mala educación dejar al paciente a un lado” (147/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que mantener este tipo de conversaciones excluyendo al paciente es una *Falta de educación* de la enfermera y por este hecho evitan hacerlo. El estudiante 284/2º añade que además es una muestra de la falta de profesionalidad.

1D. EMPATÍA

El siguiente código identificado en esta categoría fue la *Empatía*. Obtuvo 2/82 (2,4%) referencias, ambas en 2º curso:

“Porque a mí no me gustaría que estuvieran manteniendo una conversación frente a mí sin incluirme, sintiéndome totalmente desplazada y transparente” (245/2º).

“Porque a mí no me gustaría que me lo hiciesen, por tanto, yo tampoco lo hago” (253/2º).

Las referencias expuestas, de estudiantes de 2º curso, muestran como la *Empatía* les coloca en el lugar del paciente e imaginan su propio malestar ante la situación descrita, lo que les lleva no mantener conversaciones con los compañeros excluyendo al paciente.

1E. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El siguiente código identificado en esta categoría fue la *Formación Universitaria*. Obtuvo 2/82 (2,4%) referencias, ambas en los dos primeros cursos:

“Siempre hablamos con el paciente, nunca entre nosotros. En mi opinión sería una falta de respeto. Los factores que han influido, a parte de lo que nos enseñan en la escuela, la educación que he recibido de mis padres” (221/1º).

“Sí, la verdad es que en ocasiones lo he hecho, pero en la escuela me han explicado que el paciente siempre debe de colaborar en las conversaciones y saludarle al llegar y despedirme a la salida del trabajo” (238/2º).

Los dos estudiantes, de 1º y 2º curso, mencionan la influencia de la *Formación Universitaria* en su comportamiento. El estudiante 221/1º, añade la influencia de la educación recibida en la familia.

1F. COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

El último código identificado en esta categoría fue la *Comunicación Terapéutica*. Obtuvo 1/82 (1,2%) referencias en un único estudiante de 2º curso:

“Siempre tengo en cuenta al paciente ya que forma parte de su terapia utilizar el recurso de la comunicación terapéutica, pienso que es incluso más importante que el propio cuidado básico que se le está realizando en el momento. Intento aprovechar todas las oportunidades que tengo para hacerlo...” (231/2º).

Me ha parecido importante destacar que el estudiante 231/2º considera que es importante aprovechar todas las oportunidades posibles para poder utilizar la *Comunicación como una herramienta terapéutica* y por ello siempre incluye al paciente en las conversaciones durante su cuidado.

CATEGORÍA 2. FACTORES QUE FAVORECEN LAS CONVERSACIONES CON OTROS COMPAÑEROS EXCLUYENDO DE LAS MISMAS AL PACIENTE

Dentro de esta categoría se identificaron 9 códigos: 2A) *Conversación formativa con la tutora de prácticas*, 2B) *Influencia de otros compañeros*, 2C) *Falta de conciencia* y 2D) *Monotonía*; 2E) *Sobrecarga de trabajo*, 2F) *Inexperiencia – Inseguridad*, 2G) *Continuar una conversación previamente iniciada* y 2H) *Rol de estudiante-falta de asertividad*.

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Conversación formativa con la tutora de prácticas* con 43/141 (30,5%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y los códigos que obtuvieron menor número de referencias fueron *Ignorar situaciones incómodas* e *Inexperiencia - Inseguridad*, con 4/141 (2,8%) referencias cada uno.

2A. CONVERSACIÓN FORMATIVA CON LA TUTORA

Se trata del código que obtuvo un mayor número de referencias dentro de esta categoría, hecho que se repite en los cuatro cursos. Se identificaron un total de 43/141 (30,5%) referencias:

“Pocas veces solemos hablar entre nosotros dentro de la habitación, siempre que hemos hablado entre nosotros ha sido para explicar el procedimiento o aclarar dudas con la enfermera tutora de prácticas. Siempre procuramos interactuar con el paciente” (94/1º).

“A veces, estamos realizando alguna técnica y pregunto a mi enfermera tutora dudas que me surgen sobre el procedimiento. EN ese momento no incluimos al paciente en su conversación, pero enseguida nos dirigimos a él sobre cómo va, si le duele o le molesta algo...” (250/2º).

“Normalmente son conversaciones en las que la enfermera me explica cómo se realizan las técnicas. Yo no hablo con mis compañeros sobre otros temas cuando estamos en la habitación de un paciente” (252/3º).

“Sobre todo, cuando estás de prácticas y realizando una técnica, con quien hablas con tu enfermera referente para que te guíe, y algunas veces no haces presente al paciente. Porque necesitas ayuda y en ese momento,

lo más importante te parece que es querer hacerlo bien” (36/4º).

Los cuatro estudiantes manifiestan que en caso de haber mantenido conversaciones excluyendo al paciente ha sido manteniendo una *Conversación formativa con su tutora de prácticas* mientras le realizaban una técnica al paciente.

2B. FALTA DE CONCIENCIA

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias dentro de esta categoría y obtuvo representación en los cuatro cursos. Se identificaron un total de 33/141 (23,4%) referencias:

“A veces, sin darnos cuenta, suceden y ocurren conversaciones en el lugar, digamos, inoportuno, debemos ser más conscientes de eso” (54/1º).

“Sé que no se debería actuar de esta manera delante de un paciente, pero a veces sucede sin darme cuenta. Siempre intento rectificar mis errores obtenidos delante de un paciente” (26/2º).

“Sé que està malament, però a vegades, sense adonar-nos, ho fem i parlem amb els companys o ens preguntem coses” (67/3º).

“Inconscientemente, no te das cuenta, y hablas sobre temas de trabajo, pero no temas que estén relacionados con salud o procedimientos del paciente. No debería hacerlo” (140/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que mantienen conversaciones sin incluir al paciente en ellas sin darse cuenta o *inconscientemente*, aunque manifiestan que es algo que debería evitarse.

2C. INFLUENCIA DE OTROS COMPAÑEROS

El siguiente código identificado en función del número de referencias dentro de esta categoría fue la *influencia de otros compañeros* y obtuvo representación en los cuatro cursos. Se identificaron un total de 33/141 (21,3%) referencias:

“No suelo hacerlo, a no ser que la persona que ha entrado conmigo a la habitación me haga alguna pregunta en concreto” (212/1º).

“Realmente es un acto incorrecto y por desgracia nos dejamos influir porque vemos que nuestros compañeros lo hacen y no debería ser así” (174/2º).

“Creo que no es bueno, pero durante las prácticas, las enfermeras lo hacen y entras en su rol” (251/3º).

“No suelo empezar yo las conversaciones, pero sí que es verdad, que a veces durante la higiene, si mi compañera me comenta algo (nada que ver con el paciente) iniciamos una conversación” (111/4º).

Como se puede observar en las referencias de los cuatro estudiantes, el *comportamiento de los compañeros* (ya sean estudiantes o profesionales) influye en su propio comportamiento, y a pesar de no iniciar ellos las conversaciones, participan en ellas sin incluir al propio paciente en caso de que se produzcan. Dos de los estudiantes, 174/2º y 251/3º manifiestan que a pesar de hacerlo consideran que no es correcto.

2D. MONOTONÍA - RUTINA

El siguiente código identificado en función del número de referencias es la *Monotonía – Rutina*. Obtuvo un total de 18/141 (12,8%) referencias y cómo en los otros códigos, representación en los cuatro cursos, aunque el 72,2% de las referencias se han obtenido en primer y segundo curso:

“Porque a veces haces las cosas de manera rutinaria y te ausentas de que estás en la habitación de un paciente y hablas con el compañero para hacer el trabajo más ameno” (91/1º).

“Llega un momento que todo se hace monótono y automático. No te das cuenta y mientras estás realizando una higiene mantengo alguna conversación con los compañeros” (15/2º).

“En ocasiones, como trabajamos tanto, descuidamos atender al paciente en cuanto al diálogo. Realizamos las técnicas intuitiva y mecánicamente, como si no tuviéramos delante a una persona igual a nosotros (merece un respeto). Influye el estar acostumbrado a trabajar mecánicamente, el fijarnos en la acción y no en la persona” (49/3º).

“Aunque no es lo adecuado, a veces por comodidad y por hacer más ameno el trabajo. Sin embargo, la mayoría de las veces, intento hacer partícipe al paciente para hacerle sentir más cómodo, tranquilo y parte de los cuidados, teniendo en cuenta su opinión” (127/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede observar cómo la sensación de llevar a cabo un *trabajo rutinario* les lleva a buscar distracciones iniciando conversaciones con los compañeros sin tener en cuenta al paciente al que se está atendiendo. El estudiante 49/3º añade que la sobrecarga de trabajo le hace desviar la atención del paciente y olvidar que está atendiendo a una persona. Los dos estudiantes de tercer (49/3º) y cuarto (127/4º) curso son conscientes de que es que una actuación inadecuada.

2E. SOBRECARGA DE TRABAJO

La *sobrecarga de trabajo* fue el siguiente código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 10/141 (7,1%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“Es importante aprovechar el tiempo que estás con el paciente para preguntarle cómo se encuentra y mantener una buena comunicación con él para percibir cuáles son sus necesidades y adaptarlas al tratamiento terapéutico que necesite. No obstante, a veces hay mucho trabajo, atiendes a muchos pacientes y hablas con la enfermera de qué toca hacer después de estar con aquel paciente” (202/1º).

“En ocasiones, cuando hay mucha faena he podido comentar algo de algún paciente a algún compañero en esa misma habitación, sabiendo que no está bien, pero a veces el estrés o el no ver a tu compañera anteriormente hace que cometas estos errores (solo en ocasiones muy específicos en las que ha pasado algo inesperado y de temas de trabajo)” (51/2º).

“En alguna ocasión he mantenido alguna conversación sobre algún tema laboral dónde no se ha incluido la persona. Supongo que el estrés ha influido a desahogarnos y seguir hablando de “nuestros” temas delante de los pacientes” (50/3º).

“A veces sí lo he hecho, cuando el servicio está muy saturado y no hay espacio y tiempo para consultar según qué cosas. Si hablo, es en relación a las técnicas a realizar. No mantengo conversaciones personales con otro profesional, porque pienso que de este modo nos separamos del paciente” (116/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que la *sobrecarga de trabajo* es un factor que influye en el hecho de establecer conversaciones con los compañeros sin incluir en ellas al propio

paciente. Los estudiantes 202/1º, 51/2º y 116/4º mantienen conversaciones laborales mientras que el estudiante 50/3º comenta que el estrés le lleva a desahogarse hablando de temas personales con sus compañeros.

2F. FALTA DE EXPERIENCIA - INSEGURIDAD

Este fue el siguiente factor identificado en función del número de referencias con un total de 8/141 (5,7%) referencias y representación en los 4 cursos:

“He podido hablar con compañeros de faenas que hay que hacer, pero es por vergüenza. Tengo al paciente allí desnudo y no sé qué decir” (206/1º).

“En ocasiones intentamos evitar situaciones incómodas ignorándolas y muchas veces la única ayuda por así decirlo es hablar con el compañero” (275/2º).

“La inexperiencia hace que estés más pendiente del procedimiento, pero, aun así, intento incluir al paciente debido a que reduce la ansiedad” (45/3º).

“Sinceramente, no lo sé. Tal vez para sentirme segura yo misma, o ver que tengo a alguien que me apoya. A veces no sabes qué más decirle al paciente, hay situaciones muy complicadas... y entonces me pongo a hablar con los compañeros” (144/4º).

El discurso de los estudiantes de los cuatro cursos manifiesta *inexperiencia o inseguridad* a la hora de ofrecer los cuidados, lo que motiva iniciar conversaciones con otros compañeros. El estudiante 206/1º siente vergüenza ante la desnudez del paciente, 275/2º intenta ignorar situaciones incómodas hablando con el compañero, 45/3º comenta estar más centrada en el procedimiento que en el propio paciente y finalmente 144/4º necesita sentirse apoyado por sus compañeros ante situaciones complejas.

1G. CONTINUAR CONVERSACIÓN PREVIAMENTE INICIADA

Este fue el siguiente factor identificado en función del número de referencias con un total de 6/141 (4,255) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso:

“A veces estamos tratando temas fuera de la habitación que permanecen a la hora de realizar los cuidados básicos al paciente” (73/1º).

“A veces, ya vamos hablando antes de entrar, no le explicamos al paciente lo que vamos a hacer y seguimos la conversación” (304/2º)

“Alguna vez, porque la conversación se había iniciado antes de empezar a trabajar con el paciente” (165/4º).

En este caso, los tres estudiantes afirman que ha *continuado con una conversación previamente iniciada* antes de entrar en la habitación y no la han interrumpido a pesar de ir a realizar alguna intervención al paciente.

2H. ROL DE ESTUDIANTE – FALTA ASERTIVIDAD

El siguiente código identificado ha sido el de *Rol de estudiante – Falta de asertividad*. Obtuvo un total de 5/141 (3,5%) referencias y representación en 2º y 4º curso:

“En las ocasiones que lo hago, sé que no es correcto, pero cómo mi situación es que estoy en prácticas y me evalúan, no me atrevo a decirle nada a la enfermera” (291/2º).

“Es cierto que esta situación la he vivido alguna vez durante las prácticas con las enfermeras y auxiliares. He intentado no participar en ello, porque a mí misma me crea una situación incómoda. Al estar de prácticas, no te ves con la suficiente libertad como para parar estas situaciones, pero tengo muy claro que durante mi trabajo como enfermera no llevaré a cabo estas prácticas” (112/4º).

En el discurso de ambos estudiantes se puede observar cómo a pesar de participar en conversaciones sin tener en cuenta al paciente que están atendiendo, consideran que es una actuación incorrecta, pero su *rol de estudiante* y la sensación de que serán evaluados por los profesionales les lleva a no sentirse capaces de detener dicho comportamiento.

CATEGORÍA 3: FAVTORES AMBIVALENTES

Dentro de esta categoría se identificaron 2 códigos: 3A) *Características de los pacientes* y 3B) *Características de la técnica*. Ambos obtuvieron representación en los cuatro cursos del grado.

3A. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Fue el código que obtuvo un mayor número de referencias dentro de esta categoría con un total de 30/35 (85,7%) referencias, lo que se mantiene a lo largo de los cuatro cursos.

“Dependiendo del grado de comprensión del paciente no puedes hablar ni explicar, porque no lo entenderá o no te escuchará, y a veces, sí que hablo con compañeros. No está bien hacer esto” (181/1º).

“Esto sobre todo pasa cuando el paciente no te puede contestar por su situación (TCE, ICTUS...). Esto provoca que el paciente se sienta desplazado y se sienta utilizado como un muñeco” (263/2º).

“Normalmente incluimos al paciente para no sentirse desplazado, pero en pacientes psiquiátricos a veces se les deja de lado de las conversaciones” (48/3º).

“En ocasiones, me comporto de esta manera porque nos encontramos ante pacientes que no tienen capacidad de hablar o comprender. Siempre que el paciente esté consciente y orientado intento incluir a los pacientes en las conversaciones para que ellos puedan despejarse de alguna manera” (160/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que las *características del paciente* influyen en el hecho de mantener conversaciones con los compañeros sin incluir en ellas a la persona que se cuida. El estudiante 181/1º afirma que la característica que tiene en cuenta es su grado de comprensión, 263/2º tiene en cuenta la capacidad de responder, 48/3º excluye a los pacientes psiquiátricos de las conversaciones mantenidas con sus compañeros y 160/4º manifiesta que tiene en cuenta la capacidad de hablar o comprender, el nivel de conciencia y la orientación del paciente.

3B. CARACTERÍSTICAS DE LA TÉCNICA

Fue el segundo y último código dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 6/35 (17,1%) referencias, y representación a lo largo de los cuatro cursos:

“Dependiendo de la técnica que se realice, puedes hablar con tu compañero, en otras técnicas involucras al paciente” (214/1º).

“No suelo hacerlo, pero a veces, según qué se vaya a hacer de técnica (como hacer una higiene, que es más larga) sí que mantengo conversaciones” (228/2º).

“Alguna vez sí he hablado de algún tema que no tenía que ver nada con el paciente y que ha surgido de forma automática mientras se le realizaba la higiene” (258/3º).

“Al realizar higienes, algunas veces, el personal nos ponemos a hablar de nuestras cosas dejando un poco de lado al paciente” (128/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que las *características de la técnica* influyen en el hecho de mantener conversaciones con los compañeros sin incluir en ellas a los pacientes a los que se está atendiendo. Los estudiantes 228/2º, 258/3º y 128/4º mencionan el momento de la higiene como un procedimiento en el que suelen llevar a cabo este comportamiento.

4.2.1.5 COMPORTAMIENTO 5: TRATO PUERIL

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: ¿En alguna ocasión has tratado a un paciente mayor o con deterioro cognitivo o con discapacidad intelectual de manera infantil o con superioridad? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras).

4.2.1.5.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de tratar a un paciente con deterioro cognitivo de manera pueril o con superioridad y el curso académico, tras lo que se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 39.

Tabla 39. Relación entre Trato pueril y Curso

CURSO	NUNCA	A VECES	FREC.	SIEMP.	TOTAL	ESTAD.
1º	59 (67,8%)	23 (26,4%)	4 (4,6%)	1 (1,1%)	87 (100,0%)	Chi
2º	60 (59,4%)	37 (36,6%)	4 (4,0%)	0 (0%)	101 (100,0%)	cuadrado
3º	34 (77,3%)	10 (22,7%)	0 (0%)	0 (0%)	44 (100,0%)	
4º	67 (83,8%)	13 (16,3%)	0 (0%)	0 (0%)	80 (100,0%)	p = 0,022
TOTAL	220 (70,5%)	83 (26,6%)	8 (2,6%)	1 (0,3%)	312 (100%)	

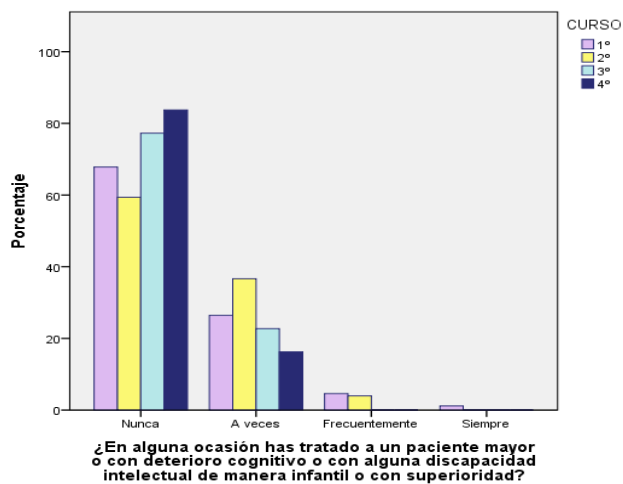


Figura 15. Diagrama de barras: Curso – Trato pueril

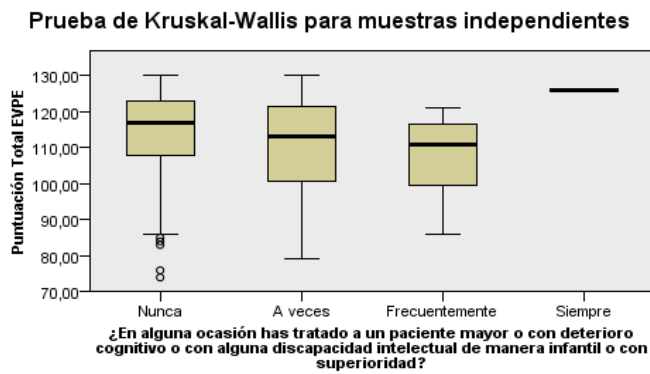
Como se puede observar, el 70% de los estudiantes expresan no haber tratado nunca con superioridad o de manera pueril a un paciente con deterioro cognitivo. Se obtuvieron diferencias significativas respecto a este comportamiento en los cuatro cursos del grado de enfermería (p=0,022).

La figura 15 muestra la representación gráfica de la distribución de esta variable en función del curso.

Del mismo modo, se analizó la relación entre el hecho de tratar a un paciente con deterioro cognitivo de manera pueril y la puntuación total de la escala EVPE de Basurto y también para cada una de las tres dimensiones que conforman la escala (Dimensión Ética, Compromiso y Dominio profesional). Como se puede observar en la tabla 40, no se hallaron diferencias significativas para cada una de las dimensiones, pero sí se hallaron diferencias significativas para la puntuación total de la escala EVPE (p = 0,039).

Tabla 40. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Trato pueril

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,039
• Dimensión Ética	Kruskall	0,101
• Compromiso Profesional	Wallis	0,140
• Dominio profesional		0,074



En el diagrama de caja (figura 16), se puede apreciar gráficamente como los estudiantes que puntuaron más bajo en la escala EVPE mostraron una tendencia discretamente mayor a tratar a los pacientes con deterioro cognitivo de manera pueril o con superioridad.

Figura 16. Diagramas de caja: EVPE – Trato pueril

4.2.1.5.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 291 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 3 categorías y 29 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 4 grandes categorías, 18 códigos y 6 subcódigos). Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 4 categorías, 13 códigos y 5 subcódigos.

La tabla 41 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de ofrecer un trato pueril o de superioridad a los pacientes con deterioro cognitivo durante sus clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 41. Matriz de codificación: Trato pueril - Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1: FACTORES QUE EVITAN EL TRATO PUERIL	35	45	23	57	160
CÓDIGO 1A. VALORES	30	40	18	45	133
a) Respeto a la dignidad humana	25	27	13	35	100
b) Igualdad	14	17	6	22	59
CÓDIGO 1B. EMPATIA	3	5	3	17	28
CÓDIGO 1C. CREENCIA DE NO SE DEBE HACER	6	3	1	4	14
CÓDIGO 1D. FORMACIÓN UNIVERSITARIA	0	0	1	2	3
CATEGORÍA 2. FACTORES QUE FAVORECEN EL TRATO PUERIL	4	17	4	3	28
CÓDIGO 2A. FALTA DE EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO	4	15	2	3	24
c) Creencia de que es beneficioso para el paciente	4	12	1	3	20
CÓDIGO 2B. SOBRECARGA DE TRABAJO	0	0	1	0	1
CÓDIGO 2C. PROBLEMAS EXTERNOS	0	1	0	0	1
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	9	9	3	5	26
CÓDIGO 3A. COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE	5	4	2	3	14
CÓDIGO 3B. INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES	4	5	1	2	12
CATEGORÍA 4. TIPO DE TRATO	31	36	19	23	109
CÓDIGO 4A. TRATO PUERIL	10	23	9	10	52
CÓDIGO 4B. ADAPTACIÓN DEL LENGUAJE AL NIVEL DE COMPRESIÓN	17	12	9	12	50
CÓDIGO 4C. TRATO CARIÑOSO	4	2	1	1	8
TOTAL REFERENCIAS	73	97	43	78	291

El proceso de codificación permitió identificar 4 grandes categorías: 1) *Factores protectores*, 2) *Factores no protectores*, 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos) y 4) *Tipo de trato*. A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

CATEGORÍA 1: FACTORES QUE EVITAN EL TRATO PUERIL A PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

Dentro de esta categoría se identificaron 4 códigos: 1A) *Valores*, 1B) *Empatía*, 1C) *Creencia de que no se debe hacer* y 1D) *Formación universitaria*.

1A. VALORES

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Valores* con 133/160 (83,1%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y el código que obtuvo menor número de referencias fue la *Formación universitaria* con 3/160 (1,9%) referencias.

a) Respeto a la dignidad humana

El valor que presentó un mayor número de referencias fue el de *Respeto a la dignidad humana* con 100/133 (75%). Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los cuatro cursos:

“Todas las personas merecen un respeto, y no considero ético tener esta actitud de superioridad. Se lo he explicado de manera simple, con algún ejemplo similar, pero no de manera infantil” (25/1º).

“Nunca lo he hecho y espero no hacerlo nunca, ya que no considero que sean inferiores a nadie. Es cierto que no pueden realizar ciertas cosas como las hacen otras personas, pero son capaces de enseñarnos muchos valores que muchas personas sanas no tienen. Me parece que el valor de la dignidad es fundamental en toda profesión y todo el mundo debería aplicarlo” (231/2º).

“Lo considero una falta de respeto y creo que lo primordial en enfermería es tratar a las personas por lo que son, personas” (14/3º).

“Independientemente de su patología o edad, siguen siendo pacientes y personas con su dignidad que merecen el mismo respeto que cualquier otro. Creo que es una cuestión de valores y educación” (124/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede identificar el *respeto a la dignidad humana* como un valor, ya que mencionan que hay que tratar a la persona con respeto por el hecho de ser persona, independientemente de su patología. 25/1º añade que adapta su lenguaje al nivel de comprensión del paciente, 231/2º comenta que los pacientes con deterioro cognitivo nos pueden transmitir valores a pesar de su discapacidad y 124/4º añade que la educación recibida es otro factor que considerar.

b) Igualdad

El segundo subcódigo con mayor número de referencias fue el de *Igualdad*. Obtuvo un total de 59/133 (44,3%) referencias y fue representado, también, en los 4 cursos:

“Considero que todos somos iguales, que no importa la profesión o la patología que tengamos, todos somos personas y aunque haya pacientes que tengan problemas de comprensión, el tratarlos y hablarles de diferente manera es una forma de hacerles menos” (193/1º).

“Creo que todos somos iguales, independientemente de nuestra diversidad funcional, por lo tanto, siempre hay que hablar con un tono claro, cálido, entendible (adaptado a nuestros pacientes) y con positividad. Tanto si nuestros pacientes tienen deterioro cognitivo o no, nos van a entender y necesitan ser tratados con igualdad, para asegurar su integración en la comunidad” (237/2º).

“Ante todo, se debe tratar a todas las personas con igualdad. Pienso que, aunque estas personas necesiten de cuidados especiales y más atención, no por ello se deben menospreciar y tratar como si no nos entendieran. Actuando les hacemos sentir peor” (50/3º).

“Nunca he hecho esto, lo considero una falta de respeto y muy poco profesional. Hay que intentar tratar a todo el mundo del mismo modo, con humildad e igualdad” (152/4º).

La *Igualdad* se observa representada en los discursos de los cuatro estudiantes, todos ellos coinciden en afirmar que todas las personas deben ser tratadas con igualdad independientemente de su diversidad funcional o su capacidad cognitiva. 237/2º añade que es importante adaptar el lenguaje utilizado a su capacidad de comprensión, 50/3º afirma que el trato pueril puede generar malestar en el paciente y 152/4º añade que es importante cuidar desde la humildad.

1B. EMPATÍA

El segundo código con mayor representación en la categoría de factores que influyen positivamente en el hecho de presentarse fue el de *Empatía* que obtuvo un total de 28/160 (17,5%) referencias y representación en los cuatro cursos, aunque fue en 4º donde se concentró el 60% de las referencias (17/28):

“Ante todo, es persona. En el caso de que yo tuviera deterioro cognitivo me gustaría que me trataran igual que sin tenerlo” (205/1º).

“En mi familia hay personas con discapacidad intelectual y con deterioro cognitivo y no me gustaría que las trataran de ese modo, así que no lo hago” (313/2º).

“Necesitan nuestra máxima comprensión y parto de la base de tratar a las personas como me gustaría que me trataran a mi o a mis seres queridos” (265/3º).

“Mi abuela estuvo 6 años con Alzheimer y para mí es más fácil, quizás, empatizar con personas con demencia. Siempre, desde pequeña, he tenido mucho respeto con todo el mundo y más aún con las personas mayores que antes que nosotros también fueron jóvenes y nosotros acabaremos mayores. Ley de vida” (125/4º).

“Nunca, porque lo he visto hacer a mi abuelo y no lo soporto. Es indigno, a una persona que justamente le sobra la experiencia y el haber vivido... Hay que tratar a todo el mundo con respeto y a mi parecer, a ellos aún más” (126/4º).

En el discurso de los 5 estudiantes se puede apreciar la *empatía* como base del comportamiento. Los estudiantes 205/1º, 313/2º y 265/3º se colocan en el lugar del paciente y lo tratan tal y como les gustaría ser tratados a ellos, evitando el trato pueril o la superioridad. Los dos estudiantes de 4º curso 125/4º 126/4º informan de una experiencia personal que les ayudó a colocarse en el lugar del paciente y comprender sus necesidades, evitando de este modo el trato pueril o la superioridad.

1C. CREENCIA DE QUE NO SE DEBE HACER

El siguiente código identificado fue la *Creencia de que no se debe hacer*, con un total de 14/155 (9,0%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de los cuatro cursos.

“Creo que es un grave error, creo que la persona se puede sentir menospreciada si lo haces” (202/1º).

“No veo bien tratar a la persona con deterioro cognitivo de manera infantil o diferente al resto de los demás” (233/2º).

“Creo que no es la forma adecuada de tratarlos. Los pacientes con deterioro cognitivo requieren de cuidados específicos, no que se les trate como a niños” (295/3º).

“Porque una persona mayor, no es un niño pequeño y seguro que se da cuenta, interiormente. Si es discapacitado tampoco, pues él o ella no se siente niño, y por supuesto soy su cuidadora, pero no superior a ellos, además, para que confíen en mí, no se debe hacer” (119/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos afirman que tratar de manera pueril o con superioridad a los pacientes de edad avanzada o con deterioro cognitivo es una *práctica que se debe evitar*. 202/1º añade que la persona puede sentirse menospreciada, 295/3º afirma que esta tipología de pacientes requiere de cuidados específicos y 119/4º expone que ser su cuidadora no es motivo para tratar con superioridad.

1D. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El siguiente código identificado fue la *Formación Universitaria*, con un total de 3/155 (1,9%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de los cuatro cursos.

“No los trato como a niños debido a la formación recibida en la universidad, y mucho menos con superioridad” (65/3º).

“He obtenido los suficientes conocimientos como para comprender que son personas que sufren una enfermedad y considero que conozco estrategias para actuar en cada caso” (103/4º).

“Evito el trato infantil porque pongo en práctica los conocimientos adquiridos en la universidad. Además de tener experiencia con esta patología por tener familiares con ella” (112/4º).

Los tres estudiantes mencionan la *formación* recibida en la universidad como causa de evitar el trato pueril o con superioridad a las personas mayores o con deterioro cognitivo. 103/4º afirma haber adquirido estrategias para poder actuar con este tipo de pacientes y 112/4º añade que la experiencia obtenida al tener familiares con deterioro cognitivo evita que utilice el trato pueril para cuidar de este tipo de pacientes.

CATEGORÍA 2:

FACTORES QUE FAVORECEN EL TRATO PUERIL A PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

Los 3 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Falta de experiencia y conocimiento*, 2B) *Sobrecarga de trabajo*, 2C) *Problemas externos*.

Si analizamos la información obtenida por cursos, el motivo más descrito en todos ellos es la *Falta de experiencia y conocimiento* y dentro de este la *Creencia de que es beneficioso para el paciente*.

2A. FALTA DE EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 24/28 (85,7%) referencias:

“Porque no sé cómo actuar y hago lo que veo ante situaciones incómodas y situaciones que no sé cómo abarcar” (53/2º).

“No he sido consciente de cómo me ven ellos a mí. Prejuizo en este caso, sin conocer. Influye el desconocimiento o el creer conocer cosas que quizás no son así” (49/3º).

Ambos estudiantes mencionan la *falta de conocimiento* como factor que favorece el trato pueril a los pacientes con deterioro cognitivo. El estudiante 53/2º añade que actúa así por imitación.

a) Creencia de que es beneficioso para el paciente

Se identificó un subcódigo dentro del código *falta de experiencia y conocimiento* que se

denominó *creencia de que es beneficioso para el paciente*. Obtuvo un total de 20/28 (71,4%) referencias dentro de esta categoría y representación en los cuatro cursos:

“He tratado a un paciente con demencia de manera infantil ya que a veces hay que repetirles muchas veces las cosas para que no se olviden y muchas veces actúan de manera infantil. Pero con superioridad, nunca” (96/1º).

“Nunca con superioridad. Con un tono infantil sí, porque el paciente tenía un déficit cognitivo o deterioro, sobre todo en pacientes con AVC... Les hablaba con ese tono porque el paciente respondía mejor y creo que conectabas más con ellos, que no hablando más como un adulto” (229/2º).

“Las veces que lo he hecho ha sido inconscientemente, tratándolo de forma infantil. Esto es porque es la forma más fácil de comunicarme con ellos. Pero siempre manteniendo su identidad” (70/3º).

“Pese a que intento no tratar al paciente de una manera infantil, es cierto que a veces lo hacemos sin querer. Creo que lo hacemos de manera involuntaria, queremos empatizar con el paciente y adoptamos este método comunicativo como herramienta para comunicar” (121/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en utilizar el tono infantil con la *creencia de que es beneficioso* para el paciente ya que favorece la comunicación. 96/1º añade que nunca ha tratado al paciente con superioridad, 229/2º considera que conectar mejor con los pacientes con AVC utilizando un tono pueril, 121/4º añade que lo hace con la intención de empatizar.

2B. SOBRECARGA DE TRABAJO

Se trata del segundo código identificado, obtuvo una única referencia 1/28 (3,6%) de un estudiante de 3º curso:

“Creo que es fruto de la impaciencia y la presión asistencial que no te permite ofrecer ese tiempo que se merecen” (43/3º).

En el discurso de 43/3º se puede identificar la *sobrecarga de trabajo* junto con la impaciencia como factores que pueden favorecer el trato pueril a los pacientes mayores o con deterioro cognitivo.

2C. PROBLEMAS EXTERNOS

Fue el tercer código identificado según el número de referencias, obtuvo una única referencia 1/28 (3,6%) de un estudiante de 2º curso:

“Por el hecho de haber tenido un mal día, con problemas fuera del trabajo... a veces lo he pagado con el paciente. Hay que tener paciencia y antes de entrar en una sala, respirar un par de veces y limpiar los males” (247/2º).

El discurso del estudiante muestra como los *problemas externos* al lugar de trabajo o prácticas pueden afectar el comportamiento del estudiante, menguando su capacidad de gestión emocional.

CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES

Los códigos identificados en esta categoría y ordenados por número de referencias obtenidas son 2: 3A) *Comportamiento del paciente* y 3B) *Influencia de otros profesionales*.

3A. COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE

Fue el primer código identificado en esta categoría en función del número de referencias. Obtuvo 14/26 (53,8%) referencias en total:

“Los he tratado de manera infantil, ya que ellos creían tener 9 años y se comportaban como tal” (192/1º).
“Supongo que los veo con comportamiento infantil, aunque reconozco que no debería ser así” (15/2º).
“No suelo hacerlo, pero alguna vez sí, pero porque la persona tenía una conducta bastante infantil y cuando me relaciono con un paciente me adapto bastante a su forma de actuar” (68/3º).
“Con aires de superioridad, NUNCA. Pero realmente, yo no sé porque tengo un comportamiento infantil hacia ellos. Supongo que, porque los veo tan frágiles que el trato es infantil, comparándolo con un niño pequeño (que también son personas frágiles)” (160/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos coinciden en adaptar el trato al comportamiento del paciente. Al considerar que el comportamiento del paciente es infantil, los tratan del mismo modo. 15/2º afirma que no se debería actuar así, 160/4º añade que nunca los trata con superioridad y que ofrece un trato pueril a los pacientes con deterioro cognitivo ya que su fragilidad le recuerda a la fragilidad de un niño pequeño.

3B. INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES

Fue el segundo código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 12/26 (46,1%) y representación en los cuatro cursos:

“Con superioridad no, pero de manera infantil sí porque veía que el auxiliar la trataba de la misma manera y yo creo que así la hacíamos sentir más cómoda.” (224/1º).
“Hice las prácticas en geriatría de agudos y los enfermeros y médicos de allí, lo hacían a menudo, estas cosas se pegan” (227/2º).
“Porque en situaciones, he visto como otros profesionales lo hacían y no me ha parecido correcto” (29/3º).
“Nunca he tratado a un paciente con superioridad. Sí he visto tratar al paciente de manera infantil a algunos profesionales, pero mi enfermera tutora de prácticas me hizo ver que no era el mejor modo de relacionarse con los pacientes” (142/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos afirman haber presenciado escenas en las que los profesionales utilizaban un trato pueril con las personas con deterioro cognitivo. 224/1º y 227/2º afirman que han utilizado este tipo de trato por imitación, en cambio, 29/3º al ver este trato en algunos profesionales ha decidió no imitarlo al considerar que se trataba de una actuación incorrecta y 142/4º añade que la influencia de su tutora de prácticas les hizo tomar conciencia de que se trataba de un trato poco profesional.

4.2.1.6 **COMPORTAMIENTO 6: INFORMAR EN LUGAR INADECUADO**

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: ¿Has ofrecido información, realizado una entrevista y/u ofrecido cuidados a un paciente en un lugar poco apropiado o sin tener en cuenta el entorno (aislamiento visual y auditivo)? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras).

4.2.1.6.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de ofrecer información al paciente en lugares poco apropiados y el curso académico, la tabla 42 resume los principales resultados.

Tabla 42. Relación entre Informar en lugar inadecuado y Curso

CURSO	NUNCA	A VECES	FREC.	SIEMP.	TOTAL	ESTAD.
1º	67 (77,0%)	12 (13,8%)	1 (1,1%)	0 (0%)	87 (100,0%)	Chi
2º	70 (69,3%)	26 (25,7%)	0 (0%)	0 (0%)	102 (100,0%)	cuadrado
3º	33 (75,0%)	11 (25,0%)	0 (0%)	0 (0%)	44 (100,0%)	
4º	44 (55%)	34 (42,5%)	0 (0%)	0 (0%)	80 (100,0%)	p = 0,04
TOTAL	214 (68,6%)	83 (26,6%)	1 (0,3%)	0 (0%)	313 (100,0%)	

El 31,4% de los estudiantes han ofrecido información, realizado una entrevista y/o han ofrecido cuidados a un paciente en un lugar poco apropiado o sin tener en cuenta el entorno (aislamiento visual y auditivo). De nuevo, aparecen diferencias significativas a lo largo de los cuatro cursos. Se observa que los estudiantes de cursos superiores cuidan un poco más el entorno a la hora de ofrecer los cuidados de salud, el porcentaje de estudiantes que siempre o frecuentemente ofrece información, realiza una entrevista y/u ofrece cuidados a un paciente en un lugar poco apropiado o sin tener en cuenta el entorno es menor en los cursos superiores que en los cursos inferiores.

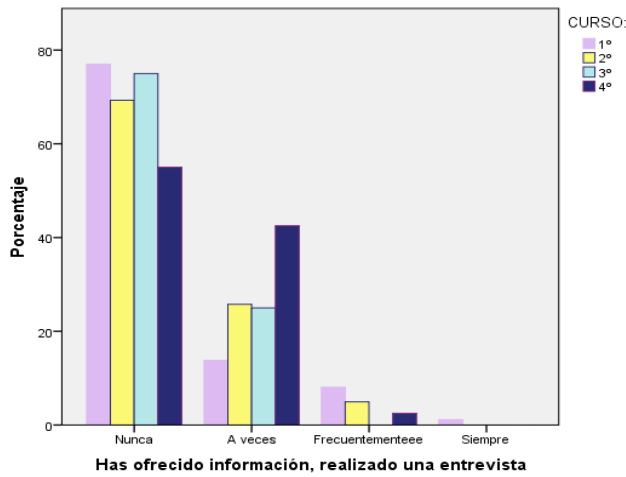


Figura 17. Diagrama de barras: Curso – Informar en lugar inadecuado

La figura 17 muestra la representación gráfica de la distribución de esta variable en función del curso académico.

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el comportamiento de realizar una entrevista u ofrecer información o cuidados a un paciente en un lugar poco apropiado sin mantener sin tener

en cuenta el entorno. Para este comportamiento no se hallaron diferencias significativas ni para la puntuación total de la escala EVPE ($p=0,379$) ni para ninguna de las dimensiones que conforman la escala, la Dimensión Ética ($0,515$), el Compromiso ($p=0,357$) y el Dominio Profesional ($p=0,476$), tal y como se puede apreciar en la tabla 43.

Tabla 43. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE e Informar en lugar inadecuado

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,379
• Dimensión Ética	Kruskall	0,515
• Compromiso Profesional	Wallis	0,357
• Dominio profesional		0,476

4.2.1.6.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 269 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 29 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 3 grandes categorías, 18 códigos y 9 subcódigos). Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 3 categorías, 15 códigos y 5 subcódigos.

La tabla 44 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de informar en un lugar inapropiado a os pacientes durante sus clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 44. Matriz de codificación: Informar en lugar inadecuado y Curso

CATEGORIAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES QUE EVITAN OFRECER INFORMACIÓN EN LUGAR INADECUADO	26	39	16	23	104
CÓDIGO 1A. VALORES	23	34	12	17	86
a) Intimidad	18	20	9	13	60
b) Bienestar	3	7	0	2	12
c) Confidencialidad	3	4	3	2	12
d) Respeto	0	6	3	1	10
e) Humanización cuidado	0	2	0	3	5
CÓDIGO 1B. FAVORECER LA COMUNICACIÓN	1	4	0	3	8
CÓDIGO 1C. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	1	1	3	2	7
CÓDIGO 1D. EMPATÍA	1	1	2	0	4
CÓDIGO 1E. FORMACIÓN UNIVERSIDAD	0	0	0	3	3
CATEGORÍA 2. FACTORES QUE FAVORECEN OFRECER INFORMACIÓN EN LUGAR INADECUADO	3	15	1	11	30
CÓDIGO 2A. ABORDAJE DE PACIENTE O FAMILIARES EN PASILLO	2	7	0	1	10
CÓDIGO 2B. FALTA DE TIEMPO	0	3	0	4	7
CÓDIGO 2C. SITUACIÓN URGENTE	0	2	0	3	5
CÓDIGO 2D. INSEGURIDAD - ROL ESTUDIANTE	0	1	1	1	3
CÓDIGO 2E. FALTA DE CONOCIMIENTOS EXPERIENCIA	0	1	0	1	2
CÓDIGO 2F. VERGÜENZA	0	1	0	1	2
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	18	33	10	31	92
CÓDIGO 3A. ESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO	17	29	8	23	77
CÓDIGO 3B. ÁMBITO DE ACTUACIÓN	1	2	2	9	14
CÓDIGO 3C. INFLUENCIA OTROS PROFESIONALES	1	2	0	0	3
TOTAL PARTICIPANTES	74	100	44	79	297

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores que evitan ofrecer información en lugar inadecuado*, 2) *Factores que favorecen ofrecer información en lugar inadecuado* y 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos). A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

Si analizamos la información obtenida por cursos, podemos ver que el código más descrito en 1º, 2º y 3º fue *Valores*, en cambio en 4º curso fue la *Estructura física del centro*.

CATEGORÍA 1. FACTORES QUE EVITAN OFRECER INFORMACIÓN EN LUGAR INADECUADO

Dentro de esta categoría se identificaron 5 códigos: 1A) *Valores*, 1B) *Favorecer la comunicación*, 1C) *Atención centrada en el paciente* y 1D) *Empatía* 1E) *Formación Universitaria*.

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Valores* con 86/104 (82,7%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos excepto en 4º

curso. El código que obtuvo un menor número de referencias fue el la Formación Universitaria, con 3/104(2,9%) referencias.

1A. VALORES

Dentro del código Valores se identificaron 5 subcódigos, que ordenados por número de referencias obtenidas son los siguientes: *Intimidad*, *Bienestar del paciente*, *Confidencialidad*, *Respeto* y *Humanización del cuidado*.

a) *Intimidad*

Dentro del código *Valores*, el subcódigo que presentó un mayor número de referencias fue el de *Intimidad* con 60/86 (69,7%). Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los cuatro cursos:

“Siempre miro de estar en contacto con el paciente, en una zona tranquila (preferiblemente la habitación) y preservando su intimidad” (56/1º).

“Procuro respetar la intimidad del paciente hablando con él en un lugar adecuado y dónde no puedan estorbarnos” (166/2º).

“La información del paciente es información suya, por lo tanto, debe preservarse la intimidad y elegir el sitio y el momento adecuado. Debemos tener en cuenta que hay personas muy discretas que no quieren que los demás sepan de ellos” (38/3º).

“Siempre he tenido en cuenta el entorno y la intimidad del paciente y si no es lugar adecuado me he molestado en solucionar la situación” (129/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos mencionan la *intimidad* como un factor importante a la hora de intercambiar información y/o cuidados con los pacientes. 129/4º añade que de no encontrar un espacio que permita respetar la intimidad del paciente adopta una actitud proactiva para solventar la situación.

b) *Bienestar del paciente*

El segundo subcódigo con mayor número de referencias fue el de *Bienestar del paciente*. Obtuvo un total de 12/86 (13,9%) referencias y fue representado, en 1º, 2º y 4º curso:

“Siempre hay que hacer sentir cómodos a los pacientes y hacer que estén a gusto” (189/1º).

“No he realizado entrevistas ni cuidados en un lugar poco apropiado. Cuando tuve que realizar la entrevista para elaborar el PAE, lo hice en la habitación del paciente, porque es donde se puede sentir más cómodo y no hay interferencias. Esto beneficia tanto al paciente como al profesional” (290/2º).

“Por ejemplo, en estas últimas prácticas, en urgencias, había pacientes en el pasillo a los que tenía que atender o realizar alguna técnica y siempre les buscaba un box o algún sitio donde poder mantener la intimidad y un ambiente más seguro y cómodo” (107/4º).

La intención de los estudiantes de favorecer el *bienestar de los pacientes* se puede apreciar en el discurso de los tres estudiantes, ya que todos ellos tienen en cuenta realizar las intervenciones buscando la mayor comodidad para el paciente. El estudiante 290/2º añade que ese bienestar

y la falta de interferencias benefician tanto al paciente como al propio profesional y 107/4º expresa que, en urgencias, a pesar de las dificultades estructurales, actuaba proactivamente para velar por la comodidad y seguridad del paciente.

c) Confidencialidad

El tercer subcódigo obtuvo un total de 12/86 (13,9%) referencias como el subcódigo anterior, pero en este caso, representación en los 4 cursos:

“Cuidar el entorno es muy importante. Otros pacientes no deben saber nada de lo que hablas actualmente”. La confidencialidad es muy importante. (200/1º).

“Es importante cuidar el entorno y la confidencialidad del paciente. Los demás no se deben enterar de lo que tú, en privado, le has dicho al paciente” (176/2º).

“Soy muy cuidadosa con lo que los pacientes o compañeros me confían” (276/3º).

“Toda información proporcionada a un paciente ha sido en confidencialidad y sin necesidad de que otra persona tenga acceso a ello. Es cierto que hay información que he ofrecido delante de los familiares, siempre valorando que no sea perjudicial para ellos” (33/4º).

Los cuatro estudiantes hacen énfasis en que la *confidencialidad* es importante a la hora de ofrecer cuidados o comunicarse con un paciente. El estudiante 33/4º comenta que en ocasiones ha ofrecido información al paciente delante de los familiares, no aclara si para ello ha solicitado el consentimiento del paciente.

d) Respeto

El cuarto subcódigo identificado obtuvo un total de 10/86 (11,6%) referencias y como en los demás subcódigos, representación en 2º, 3º y 4º curso:

“Hay que tener en cuenta el sitio en el que nos encontramos y ser respetuosos con el paciente para hacerlo en el momento más adecuado” (280/2º).

“Lo considero una falta de respeto y creo que lo primordial en enfermería es tratar a las personas por lo que son, personas” (14/3º).

“Porque siempre intento dar unos cuidados correctos y procurando velar por ofrecer el máximo respeto a los pacientes” (103/4º).

Los tres estudiantes consideran que no intercambian información con los pacientes en lugares inapropiados como muestra de *respeto* a la persona a la que atienden.

e) Humanización del cuidado

El quinto y último subcódigo identificado dentro del código *Valores* obtuvo un total de 5/86 (5,8%) referencias y representación en 2º y 4º curso:

“Priorizar un ambiente cómodo, íntimo y agradable es primordial para mantener un trato humano con los pacientes, que son personas que se encuentran en un momento de vulnerabilidad” (270/2º).

“Hay momentos que requieren intimidad, espacio cálido... tengo muy en cuenta el entorno. Además, en todas las unidades, centros de atención, existen espacios para ello. Supongo que actúo así porque tengo en cuenta a los pacientes como seres humanos. También cuido lo que digo y cómo lo digo” (100/4º).

Ambos estudiantes consideran que se debe cuidar el entorno a la hora de intercambiar

información con los pacientes ya que es una forma de *humanización del cuidado*. El estudiante 270/2º pone énfasis en la vulnerabilidad de los pacientes y 100/4º asegura que en todas las unidades y centros hay espacios que lo permiten.

1B. FAVORECER LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

El segundo código con mayor representación en la categoría de factores protectores fue el de *Favorecer la comunicación* que obtuvo un total de 8/104 (7,7%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso:

“Porque considero que se ha de tener en cuenta la situación y el entorno y aprovecharlo para dar la información sin que se pierda parte de ella por estos factores” (209/1º).

“No he tenido la oportunidad de realizar muchas entrevistas, pero las que he realizado, he procurado que sean solamente en presencia del paciente o con un familiar con el paciente. Actúo de este modo porque es más fácil la obtención de información ya que no hay nada que interponga en la comunicación” (266/2º).

Siempre intento ofrecer información o cuidados a los pacientes o familiares en lugares donde ellos y yo estemos a gusto, porque de esta manera se presta más atención que en un ambiente poco adecuado o incómodo (160/4º).

Los tres estudiantes manifiestan que cuidar el entorno a la hora de intercambiar información con el paciente *favorece la comunicación*. El estudiante 209/1º afirma que de este modo no se pierde información, 266/2º añade que disminuyen las barreras comunicativas y finalmente, 160/4º expone que el nivel de atención del paciente durante el proceso comunicativo es más elevado.

1C. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

El siguiente código identificado fue la *Atención centrada en el paciente*, con un total de 7/104 (6,7%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de 1º, 2º y 4º curso:

“He realizado una entrevista; antes de haberla hecho le he preguntado al paciente si le molestaba la presencia de sus familiares y la respuesta ha sido que no, que le parecía indiferente” (25/1º).

“... Siempre pregunto al paciente si quiere que salgan los familiares / acompañantes” (18/2º).

“Nunca, se necesita un ambiente dónde el paciente se sienta cómodo, siempre pregunto al paciente en cuestión, dónde le gustaría hacerlo, dónde estaría más cómodo” (68/3º).

“Porque siempre he dispuesto de un entorno favorable y, además, en el caso de estar los familiares del compañero, le pregunto al paciente si quiere que salgan de la habitación para proporcionar privacidad” (151/4º).

En el discurso de los estudiantes de los 4 cursos se puede identificar la *atención centrada en el paciente*, ya que todos ellos preguntan al paciente sus preferencias a la hora de estar acompañados durante los cuidados o la entrevista clínica.

1D. EMPATÍA

El siguiente código identificado dentro de esta categoría es el de *Empatía* con un total de 4/104 (3,8%), que obtuvo representación en 1º, 2º y 3º curso:

“Porque no me gustaría que lo hicieran a un familiar mío o a mí misma” (86/1º).

“Porque no me gustaría que me lo hicieran a mí” (17/2º).

“Siempre tengo en cuenta el entorno, ya que una vez me lo hicieron a mí y no me gustó” (47/3º).

Los estudiantes 86/1º y 17/2º analizan la situación poniéndose en el lugar del paciente e imaginando cuál sería su preferencia y el estudiante 47/3º añade una experiencia personal que le ayudó a ponerse en el lugar del paciente y comprender sus necesidades.

1E. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El último código identificado dentro de esta categoría es el de *Formación universitaria* con un total de 3/104 (2,9%), que obtuvo representación únicamente en 4º curso:

“Nos han enseñado a lo largo de la carrera que hay que preservar la intimidad del paciente, por lo que las entrevistas siempre han sido en un lugar tranquilo y libre de ruidos” (134/4º).

“Mi conducta se ha visto influida por los conocimientos adquiridos en la universidad” (106/4º).

Ambos estudiantes hacen mención de que en la Universidad se ha trabajado este comportamiento.

CATEGORÍA 2:

FACTORES QUE FAVORECEN OFRECER INFORMACIÓN EN LUGAR INADECUADO

La categoría de factores no protectores obtuvo un total de 31/291 referencias. Los 6 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Abordaje de pacientes o familiares en el pasillo* con 10/31 (32,2%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso; 2B) *Sobrecarga de trabajo* de los estudiantes con 7/31 (22,5%) referencias y representación en 2º y 4º curso; 2C) *Situaciones urgentes* con 5/31 (16,1%) referencias y representación en 2º y 4º curso; 2D) *Rol de estudiante – falta de asertividad* con 3/31 (9,6%) referencias y representación en 2º, 3º y 4º curso; 2E) *Falta de conocimientos o experiencia* con 2/31 (6,4%) referencias y representación en 2º y 4º curso; por último 2F) *Vergüenza* con 2/31 (6,4%) referencias y representación en 2º y 4º curso.

Si analizamos la información obtenida por cursos, el motivo más descrito en 1º y en 2º curso fue el *Abordaje de pacientes o familiares en el pasillo*, en 3º curso el *Rol de estudiante – falta de asertividad* y por último, en 4º curso la *Sobrecarga de trabajo*.

A continuación, se muestran algunas de las referencias más representativas de cada código dentro de esta categoría:

“Había muchos pacientes que, en lugar de picar al timbre de la habitación, venían detrás tuyo por el pasillo (los familiares) a hacerte preguntas, que me veía en la obligación de responder, todo y que el lugar no fuera

el adecuado” (212/1º).

“Intento hacerlo en su habitación, pero en alguna ocasión lo he hecho en el pasillo o en el control. Vienen a preguntarme allí y les contesto, en lugar de acompañarle a su habitación y hacerlo allí (234/2º).

“A veces por la cantidad de trabajo no se escoge el lugar adecuado (pasillo, habitación compartida...) para comunicar información. Aunque procuro e intento realizarlo en lugares donde familiares y pacientes sientan que solo estamos con ellos y adecuándonos a las situaciones” (274/2º).

“Durante mis prácticas en salud mental, realizábamos entrevistas en bares o en la calle. Hay veces que no tenemos tiempo de hacerlo de otro modo (dentro del hospital)” (111/4º).

“He tenido la suerte de no verme en la situación de tener que realizar estos procedimientos sin un lugar adecuado donde realizarlos, pero creo que en una situación de urgencia, como un paro o una situación en la que los beneficios de realizar esta actuación supera el pudor, la realizaría. Siempre y cuando no disponga de un lugar adecuado” (239/2º).

“En aquestes últimes pràctiques a urgències, es cert que per la distribució de la unitat i la quantitat de pacients al passadís, no hi havia més remei. S’actuava així perquè es prioritza la gravetat de la situació i la necessitat de l’atenció urgent a la intimitat, malhauradament” (164/4º).

“Intentaba tener en cuenta el entorno, pero la enfermera se negó a llevarlo a su habitación para tener más intimidad (curar pequeñas heridas en tobillo y pie)” (171/2º).

“Por la inexperiencia. Esto nos lleva en muchos casos a no mirar el entorno y a actuar a veces erróneamente, por las ganas de hacerlo bien” (247/2º).

“Durante las primeras prácticas, se dio alguna práctica así por nervios o desconocimiento. Esto ha ido cambiando durante todos los años de carrera por ir adquiriendo más conocimientos y sobre todo por la suma de experiencias y madurez emocional” (112/4º).

“Cuando realizas una entrevista, hay veces en las que no hechas a todo el mundo del box/habitación, por vergüenza o por, quizás, pereza. Es decir, si sabes que la familiar del otro paciente (el que no se va a entrevistar) no puede moverse con facilidad, es anciana... obvias echarla de la habitación, mal me pese que sabes que estás siendo negligente...” (76/2º).

Los estudiantes 212/1º 234/2º comentan que el *abordaje de pacientes o familiares en el pasillo* provoca que en ocasiones ofrezcan información en lugares inapropiados, los estudiantes 274/2º y 111/4º mencionan la *sobrecarga de trabajo* como un factor que propicia el intercambio de información con pacientes en lugares inapropiados, 239/2º imagina que ante una *situación urgente* priorizaría intervenir rápidamente a respetar la intimidad del paciente, 164/4º afirma que en urgencias, debido a la cantidad de pacientes, los problemas estructurales y la gravedad de los pacientes, se priorizaba la atención urgente a la intimidad, 171/2º comenta que debido a su *rol de estudiante*, no se atrevió a contrariar a la enfermera tutora de prácticas y realizó una cura en el pasillo del centro, 247/2º y 112/4º consideran que la inexperiencia o falta de conocimientos son un factores que influyen en el hecho de intercambiar información u ofrecer cuidados al paciente en lugares inapropiados y finalmente 76/2º comenta que en ocasiones no ha cuidado el entorno por vergüenza o pereza.

CATEGORÍA 3: FACTORES AMBIVALENTES

Se identificaron un total de 92/297 referencias en esta categoría. Los códigos identificados y ordenados por número de referencias obtenidas son 3: 3A) *Estructura física del centro*, 3B) *Ámbito de actuación*, 3C) *Influencia de otros profesionales*.

3A. ESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO

En los cuatro cursos el código más nombrado ha sido la *Estructura física del centro* con un total de 77/92 (83,7%) referencias:

“Siempre, porque las habitaciones son compartidas y quieras o no, a veces el paciente de al lado se entera de lo que hablas con el otro paciente. Intento no hablar muy alto o cosas inapropiadas pero alguna cosa, seguro que los demás se enteran” (95/1º).

“Ya que las habitaciones son compartidas y sólo les separa una cortinilla. Entonces las voces las escucha el otro. No queda otro remedio, ya que no hay más recursos. Pero a la hora de realizar un cuidado intento preservar la intimidad siempre al máximo” (96/1º).

“Siempre que he realizado cuidados o una entrevista ha sido en la habitación del paciente que es individual. Y siempre, si ha habido alguien en la habitación digo si nos pueden dejar solos un momento, pero hay veces que el propio paciente dice que se pueden quedar” (293/2º).

“En alguna ocasión sí, porque no siempre dispones de un espacio óptimo para llevar a cabo nuestras intervenciones. Pero siempre debemos minimizar los aspectos negativos del entorno que nos encontramos para así favorecer la comunicación con el paciente y la familia” (256/3º).

“Cuando lo he hecho, ha sido por falta de espacio. Por ejemplo: poner una cuña en un pasillo” (137/4º).

Los 5 estudiantes consideran que la *estructura física de los centros sanitarios* influye en el proceso. 95/1º y 96/1º comentan que las habitaciones de su centro son compartidas hecho que no favorece el velar por la intimidad del paciente durante los cuidados, en cambio, 293/2º asegura que las habitaciones eran individuales, lo que facilitaba el proceso. 256/3º afirma que en alguna ocasión no ha dispuesto de espacios y finalmente 137/4º asegura que esa falta de espacio le ha llevado a colocar una cuña en un pasillo.

3B. CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD

Fue el segundo código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 14/92 (15,2%) y representación en los cuatro cursos:

“Frecuentemente sí, aunque sé que no es lo correcto, pero a veces por temas de espacio se hace. A veces las urgencias o plantas están colapsadas y a veces la información o el diagnóstico lo está escuchado el paciente de al lado. No debería ser así, pero por espacio, condiciones... a veces nos tenemos que adaptar” (180/1º).

“En varias ocasiones, al trabajar en urgencias, las habitaciones no están separadas, no hay cortinas. El paciente no tiene intimidad. Muchas veces me he sentido mal porque sabía que lo que tenía que hacer o comunicar al paciente necesitaba intimidad (porque estaba el otro paciente en la cama de al lado) y es incómodo para mí saber que el paciente lo va a escuchar y ver” (51/2º).

“En el servicio de urgencias, a veces, por falta de espacio físico he realizado test psicogerítricos, intentando preservar la intimidad mediante biombos, cortinas... Por lo demás, he intentado preservar su intimidad siempre. En cuanto a los cuidados, siempre he tenido en cuenta la intimidad del paciente” (264/3º).

“En el CAP, los domicilios muchas veces no son el lugar más adecuado para hacer las curas, pero a falta de recursos, no hay más opciones. Si estoy en un hospital te adaptas al paciente e intentas buscar el lugar más apropiado. No siempre es fácil” (28/3º).

“Me he encontrado en la situación tanto de ofrecer información como cuidados básicos en un lugar poco apropiado (urgencias), ya que los boxes están separados por una cortina casi transparente. Creo que es una infraestructura insuficiente que invade la intimidad de los pacientes. En mi opinión cambiaría de sistema y pondría paneles fijos que separasen los boxes y paneles móviles para acceder a ellos” (167/4º).

Los estudiantes de los 4 cursos hacen referencia a las *Características de la unidad* como factor influyente en este comportamiento. Los estudiantes 180/1º, 51/2º, 264/3º y 167/4º mencionan específicamente el servicio de urgencias como poco respetuoso con la intimidad del paciente por falta de espacio o saturación del servicio, 28/3º menciona los domicilios como lugares poco adecuados para realizar las curas a un paciente, aunque no detalla los motivos.

4.2.1.7 COMPORTAMIENTO 7: RESPETAR VALORES DEL PACIENTE

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: ¿Tienes en cuenta los valores y las creencias de los pacientes a los que atiendes? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras).

4.2.1.7.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de que los estudiantes tuvieran en cuenta los valores de los pacientes a la hora de realizar sus intervenciones y el curso académico. La tabla 45 muestra los principales resultados.

Tabla 45. Relación entre Respetar los valores del paciente y Curso

CURSO	NUNCA	A VECES	FREC.	SIEMP.	TOTAL	ESTAD.
1º	3 (3,4%)	2 (2,3%)	12 (13,8%)	70 (80,5%)	87 (100,0%)	Chi cuadrado p = 0,064
2º	0 (0,0%)	9 (8,9%)	23 (22,8%)	69 (68,3%)	101 (100,0%)	
3º	0 (0,0%)	4 (9,1%)	10 (22,7%)	30 (68,20%)	44 (100,0%)	
4º	0 (0,0%)	7 (8,8%)	20 (25,0%)	53 (66,3%)	80 (100,0%)	
TOTAL	3 (1,0%)	22 (7,1%)	65 (20,8%)	222 (71,2%)	312 (100,0%)	

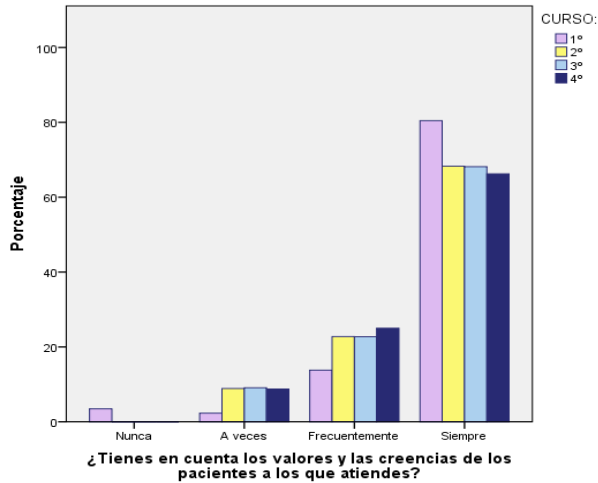


Figura 18. Diagrama de barras: Curso – Respetar los valores del paciente

Respecto a este comportamiento no se observan diferencias significativas a lo largo de los cuatro cursos. El 92% de los estudiantes tienen en cuenta los valores de los pacientes frecuentemente o siempre.

La figura 18 muestra gráficamente la distribución de esta variable en función del curso académico.

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el

comportamiento *Respetar los valores de los pacientes*. Para este comportamiento se hallaron diferencias tanto para la puntuación total de la escala EVPE ($p=0,017$) como para la dimensión ética ($p=0,033$), el Compromiso ($p=0,017$). No se obtuvieron diferencias significativas, en cambio, para el Dominio Profesional ($p=0,058$), tal y como se puede apreciar en la tabla 46.

Tabla 46. Relación entre EVPE y Respetar los valores del paciente

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,017
• Dimensión Ética	Kruskall	0,033
• Compromiso Profesional	Wallis	0,017
• Dominio profesional		0,058

En los diagramas de caja que aparecen en la figura 19, se puede observar que, a mayor puntuación en la escala, con mayor frecuencia se tienen en cuenta los valores de los pacientes a la hora de realizar cualquier intervención.

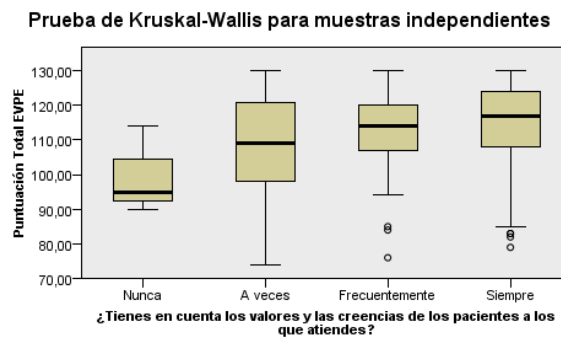


Figura 19. Diagramas de caja: Curso – Respetar los valores del paciente

4.2.1.7.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 298 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 49 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 2 grandes categorías, 19 códigos y 8 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 2 categorías, 11 códigos y 6 subcódigos.

La tabla 47 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de respetar los valores de los pacientes durante sus clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 47. Matriz de codificación: Respetar los valores del paciente y Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSOS				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES PROTECTORES DEL RESPETO A LOS VALORES DEL PACIENTE	48	65	33	61	207
CÓDIGO 1A. VALORES	23	39	16	33	111
a) Respeto	21	31	14	28	94
b) Autonomía	2	8	2	4	16
c) Igualdad	1	4	1	1	7
CÓDIGO 1B. APORTA BENEFICIOS AL PACIENTE	20	7	11	21	59
d) Mejora la calidad del cuidado	9	10	8	14	41
e) Mejora el bienestar del paciente	9	5	6	4	24
f) Favorece la relación de confianza	3	5	4	5	17
CÓDIGO 1C. EMPATÍA	7	16	3	10	36
CÓDIGO 1D. EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DE OTRAS CULTURAS	1	1	3	3	8
CÓDIGO 1E. FORMACIÓN UNIVERSITARIA	1	3	0	2	6
CATEGORÍA 2. FACTORES NO PROTECTORES DEL RESPETO A LOS VALORES DEL PACIENTE	8	16	5	15	44
CÓDIGO 2A. DESCONOCIMIENTO DE LOS VALORES DEL PACIENTE	4	4	2	11	20
CÓDIGO 2B. CREENCIAS DEL PACIENTE DIFERENTES A LAS PROPIAS	2	6	3	3	14
CÓDIGO 2C. FALTA DE TIEMPO O RECURSOS	0	2	0	1	3
CÓDIGO 2D. OLVIDO	1	2	0	0	3
CÓDIGO 2E. PRÁCTICAS CULTURALES NO SALUDABLES	1	1	0	0	2
CÓDIGO 2F. PREJUICIOS	0	0	1	1	2
TOTAL RESPUESTAS	72	96	40	78	286

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores protectores del respeto de los valores del paciente* 2) *Factores no protectores del respeto de los valores del paciente* y 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos). A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

**CATEGORÍA 1:
FACTORES FAVORECEDORES DEL RESPETO A LOS VALORES DEL PACIENTE**

Dentro de esta categoría se identificaron 3 códigos: 1A) *Valores*, 1B) *Aporta beneficios al paciente*, 1C) *Empatía* 1D) *Experiencia y conocimiento de otras culturas* y 1E) *Formación Universitaria*.

1A. VALORES

El código que obtuvo mayor número de referencias fue el de *Valores* con 111/207 (53,6%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y los códigos que obtuvo menor número de referencias fue el de *Formación*, con 13/250 (2,9%) referencias.

a) Respeto a la dignidad humana

El valor que presentó un mayor número de referencias fue el de *Respeto a la dignidad humana* con un total de 94/111 (84,7%). Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los cuatro cursos:

“Porque hay que respetar los valores y las creencias de cualquier persona, independientemente de cuales sean” (183/1º).

“Es el mínimo de respeto que cada persona se merece. Siempre habrá una retribución positiva si entiendes estas situaciones tan valiosas y propias del paciente” (37/2º).

“Sempre has de respectar els valors i conviccions dels altres, sempre s'ha de tractar des de l'acceptació i el respecte” (83/3º).

“Creo que, para ejercer esta profesión, el valor que hay que tener más inculcado es el respeto. La gente que acude a un hospital necesita tu atención de forma holística y esa se fundamenta en el respeto y la tolerancia” (167/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede observar el valor otorgado al *respeto a la dignidad humana*, independientemente de las creencias que estos posean. 37/2º afirma que si tienes en cuenta los valores del paciente al ofrecer los cuidados recibes siempre una respuesta positiva, 167/4º añade la necesidad de un cuidado holístico e identifica también la tolerancia como un valor básico para el cuidado.

b) Autonomía del paciente

El siguiente valor identificado por número de referencias fue el de *Autonomía*. Obtuvo un total de 16/111 (14,4%) referencias y fue representado, también, en los 4 cursos:

“Respeto a todas las personas, independientemente de los valores y las creencias. Cada persona es única y somos libres de nuestros valores y creencias.” (182/1º).

“Porque finalmente son los pacientes los que finalmente decidirán el tratamiento independientemente de lo que le digan los sanitarios. También el hecho de tener en cuenta los valores de cada persona, hace que el paciente se sienta más aceptado y se sienta único” (177/2º).

“Los valores creencias de los pacientes, son uno de los conceptos más importantes que debemos tener en cuenta los profesionales sanitarios, para poder mantener la dignidad y autonomía de cada uno de ellos”

(60/3º).

“Siempre se tienen en cuenta los valores y las creencias de los pacientes porque son ellos los destinatarios de los cuidados, y por tanto los que tienen la última palabra sobre si quieren estos cuidados y en algún caso cómo lo quieren recibir” (127/4º).

Los cuatro estudiantes identifican la *autonomía* del paciente a la hora de tomar decisiones relacionadas con la salud, teniendo en cuenta sus propias creencias y valores. El estudiante 177/2º añade que el paciente se sentirá un ser único al percibir que se tienen en cuenta sus valores y creencias.

c) Igualdad

El último valor identificado por número de referencias fue el de *Igualdad*. Obtuvo un total de 7/111 (6,3%) referencias y fue representado, también, en los 4 cursos:

“Siempre intentamos respetar a los pacientes, sea de la cultura que sea y la creencia que sea. Todos estamos en el mismo nivel” (97/1º).

“Hay que tratar a todos por igual, independientemente de sus creencias. No por tener distintos valores a los míos, debo hacer lo que yo quiera” (166/2º).

“Todas las personas son igual de importantes y todas las opiniones cuentan. Se tienen que mantener los valores de cada persona” (70/3º).

“Sí, porque hay diversidad de personas con diferentes valores y creencias, pero, en definitiva, todos somos igual de valiosos, por lo cual debemos adaptarnos a sus culturas sin faltar el respeto, ni discriminarlos” (140/4º).

El valor de la *igualdad* se puede ver representado en el discurso de los estudiantes de los 4 cursos, al considerar que todas los seres humanos y sus creencias son igual de importantes a pesar de la diversidad. Tendiendo esto en cuenta llegan a la conclusión de que merecen por tanto el mismo respeto.

1B. APORTA BENEFICIOS AL PACIENTE

El segundo código identificado con mayor representación en la categoría de factores que favorecen tener en cuenta los valores del paciente fue la creencia de que *aporta beneficios al paciente*. Obtuvo un total de 59/207 (28,5%) referencias y como en los demás códigos dentro de esta categoría, representación en los 4 cursos. Dentro de este código se identificaron 3 subcódigos que se muestran a continuación:

a) Mejora la calidad del cuidado

El beneficio que presentó un mayor número de referencias fue el de *mejora la calidad del cuidado* con un total de 41/59 (69,5%). Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los cuatro cursos:

“Porque estos valores o creencias pueden afectar a los cuidados del paciente, así que se han de tener en cuenta para poder así realizar un mejor tratamiento y hacer que el paciente esté mejor atendido” (209/1º).

“Es importante para el paciente, por lo tanto, ha de ser importante para ti. Por este motivo tenemos que tener en cuenta este aspecto y enterarme del tipo de dieta y de las creencias que siguen, para darle un mejor

trato a nuestro paciente” (176/2º).

“Me preocupo de la nacionalidad, etnia, creencia o religión de mis pacientes para intentar no ofenderles y hacer mi trato con ellos más fructífero. No juzgo, o por lo menos intento, y si tengo dudas, lo pregunto. Creo que el primer paso ante cualquier cosa desconocida es admitir la propia ignorancia, y a partir de ahí, buscar conocimiento sin prejuicios y porque te importa cuidar a la persona de la mejor manera posible” (74/3º).

Acostumbro, siempre que puedo y soy consciente a tener en cuenta los valores y creencias de los pacientes. Creo que, si se es conocedor de los valores y creencias, estas ayudan a adaptar las actividades y explicaciones a realizar junto con el paciente, haciéndole participe. Influye el preguntar sobre ello y no dar por supuestos los valores y creencias del otro y en prácticas que te permitan explorarlos en su caso (104/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que conocer y tener en cuenta los valores y creencias de los pacientes aumenta la calidad de los cuidados que se ofrecen. El estudiante 176/2º afirma que, si los valores y creencias son importantes para el paciente, también lo deben ser para el proveedor de los cuidados, 74/3º hace énfasis en que si se desconocen esos valores o creencias es necesario tener una actitud proactiva, 104/4º considera, además, que conocer los valores y creencias del paciente permite adaptar las intervenciones y hacer partícipe al paciente de los cuidados.

b) Mejora el bienestar del paciente

El siguiente beneficio identificado en función del número de referencias obtenidas fue el de *mejora el bienestar del paciente* con un total de 24/59 (40,7%). Como en el caso anterior, obtuvo representación en los cuatro cursos:

“Es algo que les ayuda a mejorar y a sentirse como en casa” (89/1º).

“...También el hecho de tener en cuenta los valores de cada persona, hace que el paciente se sienta más aceptado y se sienta único” (177/2º).

A todos nos gustaría que nos cuidaran teniendo en cuenta nuestros gustos, creencias, valores, ideales... En cierta manera, este simple hecho nos hace sentir que nos escuchan, entienden... y nuestro estado de ánimo aumenta, pudiendo influir en la recuperación” (50/3º).

“Para asegurarme de su bienestar y evitar algún sentimiento de incomodidad o malestar” (131/4º).

Los cuatro estudiantes afirman que tener en cuenta los valores y creencias de los pacientes tiene una influencia positiva sobre el *bienestar del paciente*. El estudiante 89/1º afirma que ayuda al paciente a sentirse como en casa, 177/2º expone que el paciente se siente más aceptado y un ser único, 50/3º explica que el paciente se siente escuchado y comprendido, algo que podría incluir positivamente en su recuperación.

c) Favorece la relación de confianza

El último beneficio identificado en función del número de referencias obtenidas fue *Favorece la relación de confianza* con un total de 17/59 (28,8%). Como en el resto de los subcódigos de este código, obtuvo representación en los cuatro cursos:

“Siempre respetaba las creencias, ya que forma parte de la persona y no se puede juzgar lo que uno cree. Si respetas a la persona, una buena relación profesional se establecerá” (186/1º).

“Es la mejor forma de comunicarte con los pacientes y establecer una relación de confianza” (16/2º).

“Respeto sus creencias y las tengo en cuenta, incluso suelo hacerles preguntas para informarme sobre las costumbres que tienen y así tratar de ganarme su confianza” (57/3º).

“A todos nos gustaría que nos cuidaran teniendo en cuenta nuestros gustos, creencias, valores, ideales... En cierta manera, este simple hecho nos hace sentir que nos escuchan, entienden... y nuestro estado de ánimo aumenta, pudiendo influir en la recuperación” (50/3º).

“Aunque piense diferente o no, creo en lo que ellos creen, es importante tenerlo en cuenta, pues la relación enfermero-paciente depende mucho de si el paciente se siente respetado, aunque haya pensamientos diferentes” (138/4º).

Las referencias expuestas, correspondientes a estudiantes de los 4 cursos, muestran consideran que respetar los valores y creencias de los pacientes favorece el establecimiento de la *relación de confianza entre el paciente y el profesional*.

1C. EMPATÍA

El siguiente código identificado dentro de esta categoría es el de *Empatía* con un total de 36/207 (17,4%), que obtuvo representación en todos los cursos.

“Porque empatizo con las decisiones del paciente. Nadie tiene las mismas creencias y a mí me gustaría ser respetada en ese aspecto” (92/1º).

“Yo creo que, al ser inmigrante, con otras culturas y valores, sé lo mucho que significa que una persona lo tenga en cuenta” (53/2º).

“Soy una persona con unos valores muy marcados, igual me gustaría que me los respetaran, los respeto. Es básico para el cuidado de la persona” (40/3º).

“Religión, ideas, culturas de vida, todo ello se convierte en importante para mí, si para la persona lo es. Al final se trata de la manera en que esa persona concibe la vida. Supongo que actuó de ese modo porque tenga una mentalidad abierta y empática. Porque cada uno es como es y eso es maravilloso” (100/4º).

En el discurso de cuatro estudiantes se pudo identificar la empatía como un factor que ha influido en su conducta. Los estudiantes 92/1º y 40/3º imaginan como les gustaría ser tratados y lo utilizan para tener en cuenta los valores del paciente, 53/2º expresa que al ser ella inmigrante, es más consciente de la importancia de respetar los valores ajenos y a 100/4º, la diversidad le resulta gratificante.

1D. EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DE OTRAS CULTURAS

Este fue el siguiente código identificado dentro de esta categoría. Obtuvo 8/207 (3,9%) referencias y representación en los 4 cursos:

“En mi familia hay personas con creencias muy diferentes, y eso me ayuda a tener la mente abierta” (6/1º).

“Acostumbro, siempre que puedo y soy consciente, a tener en cuenta los valores y creencias de los pacientes ya que tengo amigos de otras culturas y sé lo importante que puede llegar a ser” (168/2º).

“Porque al tener la oportunidad de viajar y conocer otras culturas me dio la conducta de respeto hacia las creencias ajenas sin imponer la mía” (43/3º).

“Creo que, si se es conocedor de los valores y creencias, estas ayudan a adaptar las actividades y explicaciones a realizar junto con el paciente, haciéndole partícipe. Influye el preguntar sobre ello y no dar por supuestos los valores y creencias del otro y en prácticas que te permitan explorarlos en su caso” (104/4º).

Los estudiantes 6/1º, 168/2º y 43/3º afirman que conocer o haber tenido experiencias con

personas de culturas diferentes a la propia les ha facilitado que puedan tener en cuenta las creencias y valores de las personas a las que cuidan, 104/4º considera que ser conocedor de esos valores y creencias permite adaptar los cuidados.

1E. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Fue el último código identificado dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 6/207 referencias y representación 1º 2º y 4º curso:

“En una asignatura hemos trabajado la importancia de la cultura, por eso creo que es importante tener en cuenta las creencias del paciente” (22/1º).

“Son valores añadidos que me han enseñado durante mi formación que debo tener en cuenta, dado que es un factor importante para poder empatizar, empoderar y facilitar el autocuidado” (74/2º).

“Como antes he dicho, el primer año me costaba un poco más aceptar alguna cosa, cuando mis propios valores estaban en contra. Pero asignaturas como cultura y ética, me dieron herramientas para entenderlo de otra manera. Además de sumar importancia la experiencia que he ido adquiriendo” (112/4º).

Los tres estudiantes hacen mención de que en la Universidad se ha trabajado este comportamiento. Los estudiantes 22/1º y 112/4º afirman que se ha trabajado específicamente en algunas asignaturas.

CATEGORÍA 2: FACTORES NO FAVORECEDORES DEL RESPETO A LOS VALORES DEL PACIENTE

Los 6 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Desconocimiento de los valores del paciente*, 2B) *Creencias del paciente diferentes a las propias* 2C) *Falta de tiempo o recursos*, 2D) *Olvido*, 2E) *Prácticas culturales no saludables* y 2F) *Prejuicios*.

2A. DESCONOCIMIENTO DE LOS VALORES DEL PACIENTE

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 20/44 (45,4%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“No se suelen preguntar, como no los conozco, no me he planteado si los estoy respetando” (90/1º).

“Yo, por respeto, intento hacerlo... pero puede ser que a veces no sé cuáles son sus valores y no pregunto por vergüenza” (47/2º).

“El poco conocimiento que tenemos sobre algunas culturas muy cerradas... o la barrera que en ocasiones se ponen hacia nosotros, incluye en que a veces sus valores no se tengan en cuenta, ya que ni se conocen. Se mezcla también el idioma” (118/4º).

Los estudiantes 90/1º y 47/2º afirman que no tienen en cuenta los valores de los pacientes durante los cuidados porque los desconocen, ya que no los preguntan durante el ingreso, 90/1º porque no ha visto hacerlo de manera habitual, 47/2º siente vergüenza a la hora de preguntarlos.

El estudiante 118/4º afirma que en ocasiones no se tienen en cuenta los valores de los pacientes por *desconocimiento* respecto a ciertas culturas y añade la barrera idiomática como otro factor a considerar.

2B. CREENCIAS DEL PACIENTE DIFERENTES A LAS PROPIAS

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 20/44 (45,4%) referencias y representación en los todos los cursos:

“Escribo frecuentemente porque es de las cosas que más cuestan, sobre todo cuando mis creencias son diferentes a las del paciente. Se debe trabajar” 200/1º

“Creo que todo el mundo debe ser tratado según sus costumbres, pero a veces es complicado porque son muy diferentes” (17/2º).

“Es cierto que en varias ocasiones no he opinado lo mismo que el paciente, o no me parece bien y he querido imponer mi opinión” (69/3º).

“Como antes he dicho, el primer año me costaba un poco más aceptar alguna cosa, cuando mis propios valores estaban en contra...” (112/4º).

“Sobre todo, en pacientes que son de creencias visiblemente identificativas como los musulmanes, me resulta más fácil respetarlos cuando veo un rosario o una cruz, aunque soy ateo” (131/4º).

En el discurso de los 5 estudiantes se puede observar cómo les resulta más difícil tener en cuenta los valores y las creencias de los pacientes cuando estas son diferentes a las suyas. Me parece necesario hacer constar la opinión de 131/4º quien afirma que, a pesar de ser ateo, le resulta más fácil respetar las creencias de las personas cristianas que de las musulmanas, especialmente cuando esa condición es externamente perceptible.

2C. FALTA DE TIEMPO O RECURSOS

Fue el tercer código identificado según el número de referencias, en total obtuvo 3/44 (6,8%).

Obtuvo representación en 2º y 4º curso:

“Creo que todo el mundo debe ser tratado según sus costumbres, pero a veces es complicado por el lugar donde nos encontramos, no siempre disponemos de tiempo o de recursos” (168/2º).

“No siempre tienes en cuenta sus creencias y valores porque no siempre cuentas con el tiempo necesario” (161/4º).

La *falta de tiempo* o la *falta de recursos* que perciben los estudiantes en sus prácticas clínicas se observa en las referencias descritas por ambos estudiantes.

2D. OLVIDO

Fue el cuarto código identificado por número de referencias. Obtuvo un total de 3/44 (6,8%) y representación en los dos primeros cursos:

“A veces este valor de las creencias se nos olvida y pienso que es muy importante tenerlo en cuenta” (54/1º).

“No suelo pensar en las creencias porque no les pregunto, se me olvida y nunca me he encontrado en ninguna situación así” (65/2º).

Ambos estudiantes coinciden en afirmar que *olvidan* preguntar por los valores del paciente, aunque 54/1º considera que debería tenerlos en cuenta. 65/2º afirma no haberse encontrado ninguna situación parecida a la descrita en la pregunta.

2E. PRÁCTICAS CULTURALES NO SALUDABLES

Fue el siguiente código identificado por número de referencias. Obtuvo un total de 2/44 (4,5%) y representación en los dos primeros cursos:

“Tenemos que respetar las creencias y costumbres, siempre que no perjudiquen, ni al paciente ni al entorno” (214/1º).
“Siempre tengo en cuenta los valores y creencias de los pacientes y los respeto, sin ocasionar ninguna molestia, siempre y cuando no afecte negativamente a la salud del paciente y mi procedimiento sea efectivo” (189/1º).

En el discurso de ambos estudiantes se puede observar cómo respetan los valores y las creencias de los pacientes a los que ofrecen los cuidados siempre que no se trate de *prácticas no saludables*. 214/1º añade que no los tiene en cuenta cuando perjudican al entorno y 189/1º considera que tampoco los tiene en cuenta cuando interfieren en la efectividad de su intervención.

2F. PREJUICIOS

Fue el último de los códigos identificados por número de referencias en esta categoría. Obtuvo un total de 2/44 (4,5%) y representación en 2º y 3º curso:

“La mayoría de veces tengo en cuenta las creencias de los pacientes, aunque hay otras que te dejas llevar por prejuicios sociales” (49/2º).
“En ocasiones se puede cometer el error de presuponer cosas, los prejuicios no ayudan, por eso en ocasiones creo que no los he respetado” (123/3º).

Ambos estudiantes coinciden en afirmar que los *prejuicios* influyen negativamente en el hecho de tener en cuenta los valores y creencias de los pacientes a los que atienden.

4.2.1.8 COMPORTAMIENTO 8: TRATO DIFERENTE SEGÚN PERFIL

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (Nunca, A veces, frecuentemente y siempre) y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: a) ¿Ofreces un trato diferente (menos empático) a algún perfil de paciente determinado: pacientes detenidos, con trastorno mental, personas culturas diferentes a la tuya, personas sin hogar...? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca
 A veces
 Frecuentemente
 Siempre

- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras).

4.2.1.8.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de ofrecer un trato diferente a algún perfil de paciente determinado y el curso académico. La tabla 48 muestra los principales resultados.

Tabla 48. Relación entre Trato diferente según perfil y Curso

CURSO	NUNCA	A VECES	FREC.	SIEMP.	TOTAL	ESTAD.
1º	65 (75,6%)	19 (22,1%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)	86 (100,0%)	Chi
2º	66 (66,7%)	33 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	99 (100,0%)	cuadrado
3º	32 (76,2%)	10 (23,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	42 (100,0%)	
4º	56 (70,9%)	20 (25,3%)	3 (3,8%)	0 (0,0%)	79 (100,0%)	p = 0,240
TOTAL	219 (71,6%)	82 (26,8%)	5 (1,6%)	0 (0,0%)	306 (100,0%)	

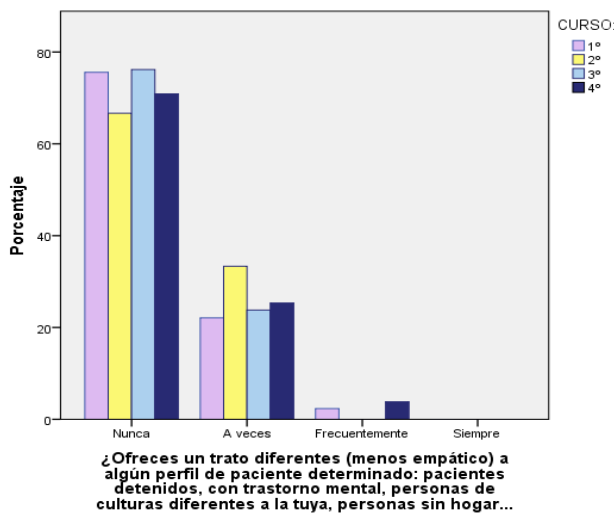


Figura 20. Diagrama de barras: Curso – Trato diferente según perfil

Respecto a este comportamiento no se observan diferencias significativas a lo largo de los cuatro cursos. El 71,6% de los estudiantes nunca ofrecen un trato menos empático a ningún perfil de paciente (pacientes detenidos, con trastorno mental, personas de culturas diferentes a la tuya, personas sin hogar...). Es importante destacar que el 26,8% lo hacen al menos a veces y el 1,6% lo hacen frecuentemente.

La figura 20 muestra gráficamente la distribución de esta variable en función del curso académico.

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el comportamiento *Ofrecer un trato diferente (menos empático) a algún perfil de paciente*. Para este comportamiento se hallaron diferencias tanto para la puntuación total de la escala EVPE ($p=0,001$) como para cada una de las tres dimensiones que conforman la escala, la dimensión ética ($p=0,001$), el Compromiso ($p=0,010$) y para el Dominio Profesional ($p=0,002$), tal y como se puede apreciar en la tabla 49.

Tabla 49. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Trato diferente según perfil

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,001
• Dimensión Ética	Kruskall	0,001
• Compromiso Profesional	Wallis	0,010
• Dominio profesional		0,002

En los diagramas de caja que aparecen en la figura 21, se puede apreciar el sentido de la relación entre la puntuación obtenida en la escala EVPE y sus tres dimensiones y el hecho de ofrecer un trato diferente según el perfil de paciente:

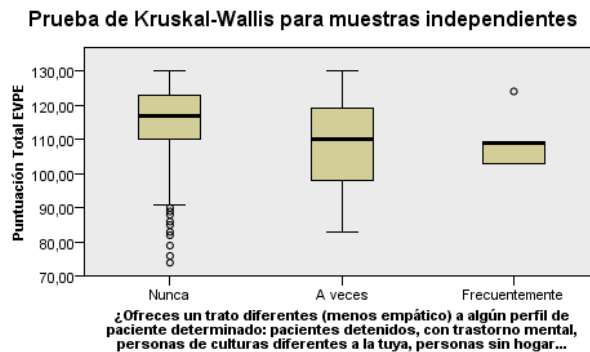


Figura 21. Diagramas de cajas: EVPE - Trato diferente según perfil

4.2.1.8.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 298 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 49 códigos inespecíficos y muy cercanos al texto. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 3 grandes categorías, 16 códigos y 21 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 3 categorías, 10 códigos y 15 subcódigos.

La tabla 50 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de ofrecer un trato diferente según el perfil a los pacientes durante sus clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 50. Matriz de codificación: Trato diferente según perfil - Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES QUE EVITAN UN TRATO DIFERENTE SEGÚN PERFIL	52	60	25	44	181
CÓDIGO 1A. VALORES	48	60	23	39	170
a) Igualdad	40	45	19	31	135
b) Respeto a la dignidad humana	13	20	2	13	48
c) Profesionalidad	2	1	1	3	7
d) Justicia	1	0	0	1	2
CÓDIGO 1B. EMPATÍA	4	4	3	7	18
CÓDIGO 1C. GRATIFICACIÓN COGNITIVA	2	0	0	1	3
CÓDIGO 1D. FORMACIÓN UNIVERSITARIA	1	1	1	0	3
CATEGORÍA 2. FACTORES QUE FAVORECEN UN TRATO DIFERENTE SEGÚN PERFIL	15	28	16	30	89
CÓDIGO 2A. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	13	23	14	22	72
e) Personas detenidas	2	8	5	9	24
Violación-asesinato-pederastia	2	3	1	1	7
f) Persona agresiva (verbal o física)	7	7	2	5	21
g) Personas de culturas diferentes	0	2	2	4	8
Personas musulmanas	0	1	0	2	3
Personas de etnia gitana	0	0	0	1	1
h) Personas con patología mental	2	0	2	3	7
Personas con Deterioro cognitivo	1	0	1	1	3
Personas con Alcoholismo/Drogodependencia	0	2	0	0	2
i) Personas con VIH	1	1	0	0	2
j) Personas con actitudes sexistas	0	0	2	1	3
k) Personas demandantes	0	1	0	0	1
l) Personas de alto nivel adquisitivo	0	0	1	0	1
m) Personas con hábitos no saludables	0	1	0	0	1
n) Personas con olor corporal	0	0	1	0	1
o) Personas con ideologías políticas franquistas	0	1	0	0	1
CÓDIGO 2B. MIEDO O INSEGURIDAD	1	1	2	5	9
CÓDIGO 2C. PREJUICIOS	3	2	0	4	9
CÓDIGO 2D. FALTA DE CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA	0	0	0	3	3
CÓDIGO 2F. BARRERAS IDIOMÁTICAS	0	1	0	1	2
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	1	3	1	2	7
CÓDIGO 3A. EXPERIENCIAS PREVIAS	1	3	1	2	7
TOTAL REFERENCIAS	74	101	44	79	298

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores que evitan un trato diferente según el perfil*, 2) *Factores que favorecen un trato diferente según el perfil* y 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos). A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

CATEGORÍA 1:
FACTORES QUE EVITAN UN TRATO DIFERENTE SEGÚN EL PERFIL DE PACIENTE

Dentro de esta categoría se identificaron 4 códigos: 1A) *Valores*, 1B) *Empatía*, 1C) *Curiosidad* y 1D) *Formación universitaria*.

1A. VALORES

El código que obtuvo mayor número de referencias fue el de *Valores* con 170/181 (93,9%) referencias, lo que se repite a lo largo de los cuatro cursos y el código que obtuvo menor número de referencias fue la *formación universitaria*, con 3/181 (1,6%%) referencias.

a) Igualdad

El valor que presentó un mayor número de referencias fue el de *Igualdad* con 134/181 (74%).

Fue con diferencia el subcódigo con mayor representación en los cuatro cursos:

“No, ya que todos somos iguales. Simplemente que cada uno tiene problemas distintos, pero aún y así, hay que ayudarlos a todos por igual” (22/1º).

“Todos somos iguales, indistintamente de la cultura, sexo, raza... Todos tenemos el derecho a ser humanos y a que nos traten como tal” (52/2º).

“Son pacientes, independientemente de lo que hagan fuera del hospital. Una enfermera tiene que tener en cuenta que existen muchos tipos de personas, pero todos enferman y sus cuidados tienen que ser universales” (57/3º).

“Todos somos iguales y nunca lo he hecho porque encuentro una falta de respeto tratar a alguien de manera diferente por su historia, enfermedad...” (135/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede identificar la *igualdad* como un valor que favorece ofrecer el mismo trato a todos los pacientes. 52/2º añade que todos tienen derecho a ser tratados como seres humanos, y 57/3º afirma que los cuidados deben ser universales.

b) Respeto a la dignidad humana

El segundo subcódigo con mayor número de referencias fue el de *Respeto a la dignidad humana*.

Obtuvo un total de 48/181 (26,5%) referencias y fue representado, también, en los 4 cursos:

“Ya que considero que por muy diferentes que sean, todos han de ser tratados iguales a cualquiera de nosotros, porque todos somos personas y por eso debemos respetarlas” (209/1º).

“Todos son tus pacientes, no importa su raza, su patología... Tenemos que tratarlos como humanos, como personas dignas que son, con sus libertades y sus derechos. ¡TODOS QUEREMOS QUE NOS TRATEN DIGNAMENTE!” (232/2º).

“Considero que son personas, igual que los demás que tienen necesidades y sentimientos y sólo por eso debemos respetarlas” (264/3º).

“Son personas que necesitan de mi ayuda, no juzgo, intento atenderles con el mismo respeto y dignidad que al resto. Soy consciente de mi función en mi trabajo y quiero atenderles de manera óptima” (131/4º).

El *respeto a la dignidad humana* se observa representado en estos 4 ejemplos, 209/1º y 264/3º afirman que debemos respetar a todas las personas por el mero hecho de ser personas, 232/2º considera que la raza o la patología del paciente no deben importar a la hora de ofrecer nuestros

cuidados y 131/4º expresa su voluntad atender a sus pacientes de manera óptima.

c) Profesionalidad

El tercer subcódigo obtuvo un total de 7/181 (3,9%) referencias y también fue representado en los 4 cursos:

“Hay que tratar a todos los pacientes con la misma profesionalidad, ante cualquier situación o problema personal” (216/1º).

“No me he encontrado con la situación, pero creo que actuaría igual, porque ante todo somos profesionales para todos los colectivos” (302/2º).

“Creo que eso no ha de afectar a mi profesionalidad” (64/3º).

“Todos merecemos el mismo respeto, tanto personal, como para ser atendido y cuidado. Siempre he pensado que es un punto clave de la enfermera que hace que sea un buen profesional” (150/4º).

Los tres estudiantes hacen énfasis en que es importante ofrecer la misma profesionalidad a todos los pacientes. 150/4º añade que ofrecer respeto a todos los pacientes es un punto clave de la profesionalidad de las enfermeras.

d) Justicia

Y finalmente el cuarto subcódigo identificado obtuvo 2/181 (1,2%) referencias de estudiantes de 1º curso y 4º curso:

“Siempre intento ser justa e imparcial ante pacientes de estas características. Pero a veces sí que es verdad que, si sabemos que tienen este tipo de perfil, solemos juzgarlos más.” (180/1º).

“Actúo así por empatía, no me parece justo tratar a una persona de diferente manera por su condición...” (156/4º).

180/1º intenta ser justa al ofrecer sus cuidados, aunque reconoce que en ocasiones juzga más a los pacientes con un determinado perfil (sin especificarlo). 156/4º añade que ofrecer un trato diferente al paciente según sus características no le parece de justicia y afirma que actúa de este modo también por empatía.

1B. EMPATÍA

El siguiente código identificado fue la *Empatía*, con un total de 18/181 (9,9%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de los cuatro cursos.

“Desde mi punto de vista, la empatía se tiene siempre o no se tiene” (25/1º).

“Siempre intento mantener un trato cordial y empático con todos los pacientes” (262/2º).

“Yo siempre trato a todo tipo de pacientes con empatía y respeto sin discriminar a ningún tipo de enfermedad” (62/3º).

“Suelo ponerme en el lugar del paciente, ser bastante empática y tratarles cómo se debe” (153/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos consideran que la *empatía* es un factor clave a la hora de ofrecer el mismo trato a todos los pacientes independientemente de sus características. 153/4º analiza la situación poniéndose en el lugar del paciente y siendo consciente entonces de cuál sería su preferencia.

1C. GRATIFICACIÓN COGNITIVA

El siguiente código identificado fue la *gratificación cognitiva*, con un total de 3/181 (1,7%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes 1º y 4º curso:

“En mi caso, atendía a un paciente musulmán y no tuve problemas en tratar de ser empática con él, a pesar de ser de otra cultura. Más bien, es un conocimiento más para mí, el saber cosas de otra cultura” (24/1º).
“Me gusta tratar al paciente sin que me condicione su estado social y cognitivo, ni discriminarlo por ser de otra cultura. Son personas que pueden enriquecer mis conocimientos sobre el perfil del paciente” (163/4º).

Ambos estudiantes afirman que tratar a pacientes de otras culturas les permite enriquecer sus conocimientos, lo que les resulta gratificante y les facilita ofrecer un trato empático.

1D. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El último código identificado dentro de esta categoría es el de *Formación universitaria* con un total de 3/181 (1,7%) referencias, que t obtuvo representación en 1º, 2º y 3º curso:

“Influyen lo aprendido en la escuela y mi propio criterio” (221/1º).
“Porque todos los pacientes deben ser tratados por igual. Los factores que han influido han sido la educación recibida en la escuela” (177/2º).
“Trato a la persona con todos sus más y sus menos, pienso que no somos nadie para juzgar ni poner en duda a nadie porque sea distinto a nosotros o tenga antecedentes. Influye en mi conducta el cómo me ha criado mi familia y todo lo aprendido en estudios, trabajo y prácticas de enfermería” (38/3º).

Los tres estudiantes hacen mención de que en la Universidad se ha trabajado este comportamiento, 38/3º menciona que ha recibido esta educación también desde otros estamentos.

CATEGORÍA 2:

FACTORES QUE FAVORECEN UN TRATO DIFERENTE SEGÚN EL PERFIL DE PACIENTE

Dentro de esta categoría se identificaron 5 códigos, que ordenados por número de referencias obtenidas son las siguientes: 2A) *Características del paciente*, 2B) *Miedo o inseguridad*, 2C) *Prejuicios* y 2D) *Falta de conocimiento y experiencia* y, por último, 2E) *Barreras idiomáticas*.

2A. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 72/89 (80,9%) referencias. Y representación en los cuatro cursos.

El subcódigo más identificado en este código ha sido *Personas detenidas* con 24/89 (27%) seguido de cerca de *Personas agresivas (verbal o física)* con 21/89 (23,6%) referencias. A continuación, se ofrece una muestra de algunas de las referencias más representativas de los subcódigos de este código:

“Reconozco que no soy igual de empática con todos los pacientes. Si alguien que no tiene ningún tipo de

trastorno mental te grita y contesta mal todos los días, no vas a entrar a esa habitación de la misma manera que a las otras” (191/1º).

“Noté que tengo menos empatía con los pacientes que son agresivos o que se creen superiores. A veces tengo más con los familiares que te miran diferentes porque eres alumna de prácticas” (290/2º).

“Con personas que han sido desagradables, o déspotas y mal educadas conmigo” (105/4º).

Los tres estudiantes coinciden en afirmar que ofrecen un trato menos empático con personas que han manifestado *agresividad* en cualquiera de sus manifestaciones. 290/2º añade que en alguna ocasión se ha sentido menospreciada por su condición de estudiante en prácticas por parte de los familiares.

“Según qué pacientes, por ejemplo, los detenidos, me hacen tener prudencia y eso me hace no ser yo misma” (29/3º).

“Es verdad que hay tipos de paciente, cómo los detenidos, que te pueden dar un poco de respeto, pero, aun así, intento tratarles como a los demás” (44/4º).

Los estudiantes 29/3º y 44/4º consideran que han ofrecido un trato diferente a los pacientes *detenidos*.

“Esto me ha pasado con una paciente marroquí que, al estar en el ramadán, no quería comer y su salud estaba empeorando. Esto me hizo crear prejuicios y tratarla de otro modo menos empático” (263/2º).

“Solo me pasa con las personas de cultura musulmana, no entiendo su religión y me cuesta aceptarla. Estoy trabajando en ello” (132/4º).

“Aun sabiendo que no es lo correcto, con alguna persona de otra cultura (gitana) no consigo dar una atención sanitaria tan buena como con el resto. La razón son malas experiencias en el pasado” (121/4º).

En el discurso de los tres estudiantes se puede observar como la circunstancia de que el paciente sea de una *cultura diferente* puede influir en la calidad del trato que recibe por parte de los estudiantes. 263/2º y 132/4º manifiestan sus dificultades con personas musulmanas y 121/4º comparte sus dificultades con personas de etnia gitana debido a experiencias previas negativas.

“El perfil de paciente que tiene trastorno mental me es muy difícil de llevar. No sé diferenciar que no está bien mentalmente. Llego al punto de creer que me está tomando el pelo y cuestiono si realmente no lo está haciendo por fastidiar” (215/1º).

“Me cuesta empatizar con pacientes alcohólicos o drogodependientes, ya que como persona yo no concibo el poder actuar de esa manera” (17/2º).

“En pocas ocasiones me he encontrado con este perfil de paciente determinado, como mucho, podría mencionar, desde mi experiencia, a pacientes con deterioro cognitivo y/o discapacidad intelectual que puede ser que al principio no estuviera cómoda, pero después los he tratado igual que al resto de pacientes” (59/3º).

“A personas con un trastorno mental o deterioro, los trato diferente, no con la intención de discriminar, sino porque me da respeto y me dejo influenciar por mis creencias” (139/4º).

Los tres estudiantes manifiestan sus dificultades a la hora de tratar a pacientes con algún *trastorno mental*. A 215/1º le cuesta tomar conciencia de que está delante de una persona enferma, 17/2º afirma que le cuesta empatizar con pacientes *alcohólicos o drogodependientes*, 59/3º comenta que al principio de la carrera no se sentía cómoda con este tipo de pacientes, pero es algo que ha solucionado a lo largo del grado y finalmente 139/4º considera que le da respeto tratar con pacientes con patología mental.

“Me resulta difícil actuar con normalidad frente actitudes machistas” (43/3º).

“Reconozco que sólo en el caso de culturas en las que las mujeres no hablan, que tienen actitudes machistas, sino que el hombre es el único que lo hace, no me siento cómoda. De hecho, porque estoy trabajando, si no... no sé si alguna vez diría algo” (155/4º).

Ambas referencias muestran las dificultades de los estudiantes cuando identifican ciertas *actitudes sexistas de algunos pacientes*. 43/3º no especifica cuales, 155/4º afirma que le cuesta gestionar sus propias emociones cuando en una pareja, el hombre es quien habla y la mujer permanece en silencio, comportamiento que considera sexista.

“En una ocasión traté a un paciente problemático (siempre llamaba al timbre, nos preguntaba todo mil veces...) de forma menos empática porque me generó mucho estrés. Pero de forma habitual intento que el trato siempre sea el mismo, o casi siempre” (245/2º).

“Sólo cuándo su conducta no es saludable y literalmente mi actuación no sirve de nada. No me importa de dónde proceda el paciente, me he encontrado con pacientes de distintas culturas y he sido la única del servicio que les ha tratado como personas que son, hecho que me enorgullece y que me hace ver la hipocresía de las personas” (257/2º).

“Admito que me he encontrado con pacientes, franquistas o fachas y por lo tanto he realizado el mínimo requerido como profesional sanitario” (287/2º).

“Sí que es cierto que el olor corporal es un factor que me determina como cuidar, pero es fácil resolverlo con una higiene” (70/3º).

“De hecho, los anteriormente nombrados, siempre han sido mi especialidad en cuanto al trato. A quienes me costaba tratar era a aquellas personas adineradas, pero tras más prácticas aprendí a respetar su forma de sentir y ver las cosas, para que así yo pudiera tratarles con el mismo cuidado y cariño que al resto. No es fácil, pero cuando admites que el problema es tuyo, y quieres ser un buen profesional, tienes que crecer como persona. Actualmente me muestro igual con todos” (74/3º).

Los cinco estudiantes manifiestan que ciertas características del paciente influyen o han influido de manera negativa en el tipo de trato que ofrecen al paciente. 245/2º comparte su dificultades con un *paciente muy demandante* y sus dificultades para gestionar sus emociones, 257/2º afirma tener dificultades con *pacientes cuya conducta no es saludable*, 287/2º considera que las *ideologías políticas de aire franquista* les resultan un factor determinante, 70/3º señala que el *olor corporal* de la persona influye en la calidad del trato que ofrece a los pacientes y finalmente 74/3º expresa que tenía dificultades para ofrecer un trato empático a *personas con un nivel adquisitivo alto* pero las prácticas le ayudaron a comprender su manera de sentir y ahora ofrece el mismo cuidado a todos los pacientes.

2B. MIEDO O INSEGURIDAD

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 9/89 (10,1%) referencias y representación en los cuatro cursos.

“A veces hago juicios de valor sin querer hacerlos. Por miedo, en alguna ocasión he tratado diferente a pacientes que padecían VIH. Luego me he sentido muy mal y he intentado enmendar la situación” (175/1º).

“Normalmente suelo tratar de forma menos empática a los pacientes detenidos, ya que te crean un cierto temor, a parte, suelen estar escoltados por la policía y eso te crea un cierto recelo a la hora de tratarlos” (311/2º).

“No me gustaría que en caso de ser de otra cultura me trataran diferente, pero puede ser que al principio no le trate de la misma manera a un paciente detenido, por la conducta que ha tenido o por el miedo” (60/3º).

“En algun moment, durant les pràctiques, he estat més distant o menys empàtica. Les pràctiques de salut mental, el primer dia em va passar, però per la visió que se'ls hi dona amb aquests pacients, vaig actuar així per por i una mica de respecte a l'hora d'interactuar amb ells” (141/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos coinciden en afirmar que el *miedo* que experimentan ante ciertos perfiles de paciente provoca que ofrezcan un trato menos empático. 175/1º

experimentó ese miedo ante un paciente con VIH, 311/2º y 60/3º experimentan miedo ante pacientes detenidos y 141/4º asegura que lo experimentó en pacientes con trastorno mental.

2C. PREJUICIOS

Se trata del tercer código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 9/89 (10,1%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso:

“Creo que todo el mundo tiene que ser tratado igual, aunque a veces los prejuicios nos jueguen malas pasadas, hay que dejarlos a parte para ejercer esta profesión” (201/1º).

“Por prejuicio cultural” (178/2º).

“Creo que los prejuicios dificultan el trabajo junto con el paciente. Influyen los chismorreos y compañeros” (104/4º).

“He tratado con pacientes detenidos y agitados. NO puedo decir que los haya tratado exactamente igual que a otros... Los prejuicios, aunque intentas apartarlos, influyen. No obstante, nunca he faltado al respeto” (116/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que los *prejuicios* han contribuido a ofrecer un trato diferente a algún perfil de paciente. 104/4º manifiesta que se ha sentido influido por la conducta de sus compañeros.

2D. FALTA DE CONOCIMIENTO O EXPERIENCIA

Fue el cuarto código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 3/78 (3,4%) y representación únicamente en 4º curso:

“No hay que hacer diferencias entre perfiles de pacientes, todos se merecen el mismo trato, quizás en ocasiones no sepas como actuar o qué decir por falta de experiencia, pero simplemente por eso, no por su perfil” (31/4º).

“En algunos casos, en los que primeramente no he sabido tratar a algún tipo de pacientes, sí. Por ejemplo, al no estar acostumbrada a trabajar en salud mental, me costó un poco ser empática de la misma manera que lo he sido con otro tipo de pacientes” (128/4º).

Ambos estudiantes coinciden al exponer como causa de su trato diferencial a la falta de conocimiento o experiencia. 128/4º especifica que le ocurre con pacientes con trastorno mental.

2E. BARRERAS IDIOMÁTICAS

Se trata del último código identificado según el número de referencias, obtuvo una única (1,1%) referencia en un estudiante de 2º curso:

“La barrera idiomática me es un obstáculo para una atención plena, así que “hago lo que puedo” aunque muchas veces crees que podrías hacer más” (76/2º).

76/2º considera que desconocer el idioma del paciente le resulta un obstáculo para ofrecer una atención plena.

**CATEGORÍA 3:
FACTORES AMBIVALENTES**

Dentro de esta categoría se identificaron un único código: 2A) *Experiencias previas*.

3A. EXPERIENCIAS PREVIAS

Se trata del único código identificado en esta categoría con un total de 7 referencias y representación en los 4 cursos:

“Es algo que aprendí de mi trabajo, tratar a todos por igual.” (197/1º).

“Llevo muchos años trabajando en el Raval y eso me ha enseñado a tratar a todos por igual, independientemente de su pasado, creencias...” (300/2º).

“Experiencias negativas anteriores” (178/2º).

“Mi trabajo (centro psiquiátrico penitenciario) me ha ayudado a tratar a todos por igual, sin que me condicione su estado, creencias... (79/3º).

“Aun sabiendo que no es lo correcto, con alguna persona de otra cultura (gitana) no consigo dar una atención sanitaria tan buena como con el resto. La razón son malas experiencias en el pasado” (121/4º).

En el discurso de los estudiantes se puede observar como el hecho de tener experiencias previas ha influido en su comportamiento. 197/1º, 300/2º y 79/3º aseguran que la experiencia que les ha otorgado trabajar con diferentes tipos de pacientes les ha ayudado a ofrecer un trato empático no condicionado por las características del paciente, en cambio 178/2º y 121/4º declaran que experiencias previas negativas han influido negativamente en el trato que ofrecen a los pacientes.

4.2.1.9 COMPORTAMIENTO 9: PARTICIPAR EN ACCIONES DE MEJORA

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta dicotómica y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: ¿Participas o has participado activamente en alguna acción de mejora de la profesión enfermera (asociación profesional, comisión de trabajo, grupo de formación, elaboración de protocolos o trayectorias, proyecto de investigación, participación activa en redes sociales, grupos de debate, grupo de estudiantes...)?

SI NO

- Si participas o has participado en alguna de las actividades mencionada anteriormente comenta el proyecto brevemente y explica por qué decidiste participar. Si no has participado comenta brevemente los motivos: (Aprox. 100 palabras):

4.2.1.9.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de participar en alguna acción de mejora de la profesión y el curso académico. La tabla 51 muestra los principales resultados obtenidos tras el análisis.

Tabla 51. Relación entre Participar en acciones de mejora y Curso

CURSO	SI	NO	TOTAL	ESTAD.
1º	9 (10,3%)	78 (89,7%)	87 (100,0%)	Chi
2º	19 (18,6%)	83 (81,4%)	102 (100,0%)	cuadrado
3º	8 (18,2%)	36 (81,8%)	44 (100,0%)	
4º	16 (20,0%)	64 (80,0%)	80 (100,0%)	p = 0,320
TOTAL	52 (16,6%)	261 (83,4%)	313 (100,0%)	

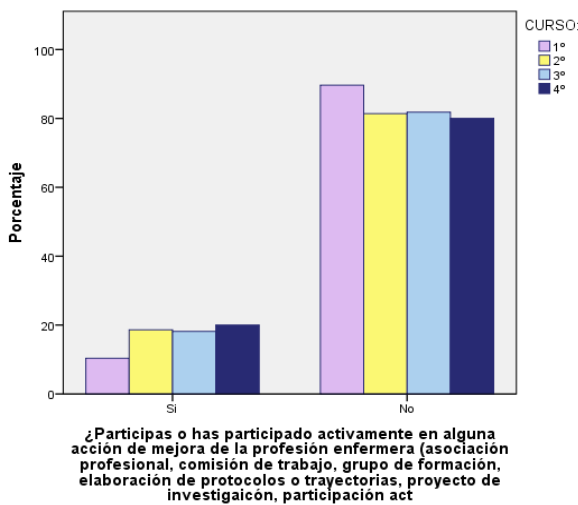


Figura 22. Diagrama de barras: Curso – Participar en acciones de mejora

Respecto a este comportamiento no se observan diferencias significativas a lo largo de los cuatro cursos. El 82,9% de los estudiantes nunca han participado en ninguna acción de mejora de la profesión enfermera (asociación profesional, comisión de trabajo, grupo de formación, elaboración de protocolos o trayectorias, proyecto de investigación, participación activa).

La figura 22 muestra gráficamente la distribución de esta variable en función del curso.

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el comportamiento *Participar activamente en alguna acción de mejora de la profesión enfermera (asociación profesional, comisión de trabajo, grupo de formación, elaboración de protocolos o trayectorias, proyecto de investigación...)*. Para este comportamiento se hallaron diferencias tanto para la puntuación total de la escala EVPE (p=0,001) como para el Compromiso profesional (p=0,000) tal y como se puede apreciar en la tabla 52.

Tabla 52. Relación entre EVPE y Participar en acciones de mejora

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,050
	U de Mann-	
• Dimensión Ética	whitney	0,112
• Compromiso Profesional		0,020
• Dominio profesional		0,229

En el diagrama de barras que se muestra en la figura 23, se puede apreciar el sentido de la relación entre ambas variables: Puntuación total en la escala EVPE y Participar en acciones de mejora de la profesión:

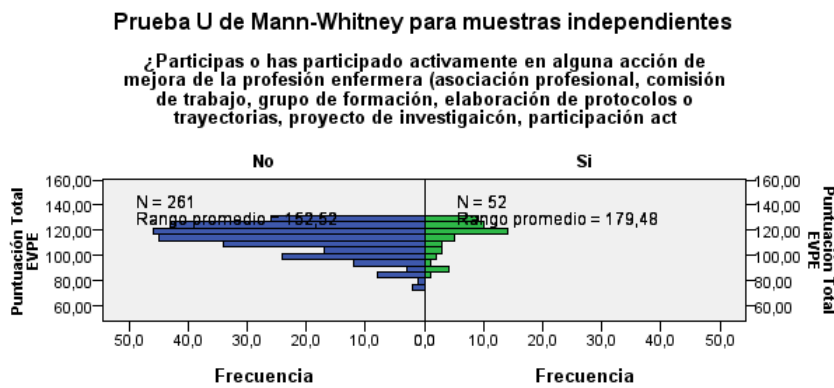


Figura 23. Diagrama de barras: EVPE – Participar en acciones de mejora

4.2.1.9.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 185 respuestas, se trata de la pregunta menos contestada de todo el cuestionario, con una tasa de respuesta del 62,3%. se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron 3 categorías y 32códigos. Tras una segunda depuración de los datos, se mantuvieron las 3 categorías, 27 códigos y 2 subcódigos. Finalmente, tras la tercera y última depuración de los datos se mantuvieron las 3 categorías, 21 códigos y 2 subcódigos.

La tabla 53 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de participar en acciones de mejora de la profesión a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 53. Matriz de Codificación: Participar en acciones de mejora - Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. MOTIVOS DE PARTICIPACIÓN	1	7	2	3	13
CÓDIGO 1A. APRENDER Y ESTAR INFORMADA	0	1	2	2	5
CÓDIGO 1B. VISIBILIZAR LA PROFESIÓN	1	2	0	0	3
CÓDIGO 1C. MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE	0	3	0	0	3
CÓDIGO 1D. MEJORAR LA PROFESIÓN	0	1	0	1	2
CATEGORÍA 2. MOTIVOS NO PARTICIPACIÓN	35	42	12	34	123
CÓDIGO 2A. FALTA DE OPORTUNIDAD	30	29	11	27	97
a) Me gustaría, pero no he tenido oportunidad	8	6	2	10	26
b) En el trabajo no me incluyen por mi categoría	0	3	0	0	3
CÓDIGO 2B. FALTA DE TIEMPO	5	5	1	5	16
CÓDIGO 2C. FALTA DE EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS	4	5	1	3	13
CÓDIGO 2D. FALTA DE INTERÉS	0	5	0	3	8
CATEGORÍA 3. TIPOS DE PARTICIPACIÓN	4	18	10	16	48
CÓDIGO 3A. REDES SOCIALES	1	5	3	5	14
CÓDIGO 3B. ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	0	2	4	5	11
CÓDIGO 3C. JORNADAS, CONGRESOS, CONFERENCIAS Y CURSOS	2	5	2	1	10
CÓDIGO 3D. VOLUNTARIADO	1	2	0	1	4
CÓDIGO 3E. ASOCIACIÓN PROFESIONAL	0	3	0	0	3
CÓDIGO 3F. DEBATES INTERDISCIPLINARES	0	0	0	3	3
CÓDIGO 3G. COMISIONES DE TRABAJO	0	1	0	1	2
CÓDIGO 3H. MEJORAS EN EL TRABAJO	0	1	1	0	2
CÓDIGO 3I. PROYECTO INVESTIGACIÓN	0	1	0	1	2
CÓDIGO 3J. IMPARTIR CURSOS DE FORMACIÓN	0	0	1	0	1
CÓDIGO 3K. ELABORACIÓN DE ARTÍCULO	0	0	0	1	1
CÓDIGO 3L. GRUPOS DE APOYO A PACIENTES	0	2	0	0	1
TOTAL	42	66	25	52	185

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Motivos de participación*, 2) *Motivos de no participación* y 3) *Tipos de participación*. A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

**CATEGORÍA 1:
FACTORES QUE FAVORECEN LA PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE MEJORA PROFESIONAL**

Dentro de esta categoría se identificaron 4 códigos: 1A) *Aprender y estar bien informada*, 1B) *Visibilizar la profesión*, 1C) *Mejorar la calidad de la atención al paciente* y 1D) *Mejorar la profesión*.

1A. APRENDIZAJE Y FORMACIÓN

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Aprendizaje e información* con 5/13 (38,5%). Obtuvo representación en 2º, 3º y 4º curso:

“Estoy en grupos de redes sociales con otros profesionales para progresar y enterarme de todo” (306/2º).
“Decidí participar porque me pareció interesante y de gran provecho, ya que aprendía sobre el tema” (50/3º).
“Participé para ampliar conocimientos” (134/4º).

En el discurso de los tres estudiantes se puede apreciar como la intención de *aprender y/o obtener información* es un motivo que lleva a los estudiantes en participar en actividades profesionales.

1B. VISIBILIZAR LA PROFESIÓN

El siguiente código identificado fue *Visibilizar la profesión*, con un total de 3/13 (23,1%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de 1º y 2º curso:

“Anteriormente participaba más en Twitter sobre el reconocimiento de la profesión enfermera y para que la gente abra los ojos y pueda ver lo que conlleva de verdad esta profesión. Ahora menos, por el tiempo que tengo, pero sí continuo” (187/1º).
“Si no nos gusta lo que es la enfermería de hoy en día (visibilidad), en vez de quedarnos sentados, ¿Por qué no aportar un granito de arena, sea cómo sea para cambiarlo?” (53/2º).

Ambos estudiantes resaltan la necesidad de *visibilizar la profesión enfermera* y con este objetivo han decidido participar activamente en acciones de mejora profesional. 187/1º informa de que ha utilizado para ello las redes sociales, en especial Twitter.

1C. MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

El siguiente código identificado fue *Mejorar la calidad de la atención al paciente*, con un total de 3/13 (23,1%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de 2º curso:

“Formo part de la comissió de seguretat del pacient del meu hospital perquè crec que podem millorar l'atenció als pacients millorant les nostres cures” (294/2º).
“Considero que hay que participar siempre si es para mejorar la calidad tanto profesional como asistencial” (236/2º).

En el discurso de ambos estudiantes se puede apreciar como el motivo les lleva a participar en actividades profesionales es la intención de *mejorar la calidad asistencial*.

1D. MEJORAR LA PROFESIÓN

El último código identificado en esta categoría fue la *Mejora la profesión* que obtuvo un total de 2/13 (15,4%) referencias y representación en 2º y en 4º curso:

“Participé en disminuir el dolor en venopunciones a niños mediante un dispositivo que vibra para disminuir los estímulos dolorosos. Participé porque siempre es bueno avanzar en la profesión y ser un igual entre

todas las profesiones” (287/2º).
“Todo para que la profesión de enfermería avance” (34/4º).

Los dos estudiantes manifiestan que es importante trabajar para que la *profesión avance*. 287/2º añade que es importante equipararla al nivel de otras profesiones, aunque no especifica cuales.

CATEGORÍA 2: FACTORES QUE NO FAVORECEN LA PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE MEJORA

Los 4 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Falta de oportunidad*, 2B) *Falta de experiencia y conocimientos* de los estudiantes, 2C) *Falta de tiempo*, y, por último, 2D) *Falta de interés*.

Si analizamos la información obtenida por cursos, el motivo más descritos en todos los cursos ha sido la falta de oportunidad.

2A. FALTA DE OPORTUNIDAD

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 97/123 (79,9%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“Nunca he participado en ninguna porque tampoco me han informado. Ni sabía que existían” (73/1º).
“No he tenido la oportunidad de participar” (110/4º).

Los dos estudiantes coinciden en afirmar que *no han tenido la oportunidad* de participar.

Dentro de este código se identificaron 2 subcódigos:

a) *Me gustaría, pero no he tenido la oportunidad*

Obtuvo un total de 26/97 (26,8%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“Me gustaría participar, pero no he tenido la ocasión ni la oportunidad” (25/1º).
“Nunca he tenido la oportunidad de participar, pero me gustaría para mejorar algunas cosas” (129/4º).

25/1º y 129/4º afirman que *les gustaría tener la oportunidad* de participar. Es importante destacar que el 25% de los estudiantes que afirman que no han tenido la oportunidad de participar en ninguna acción de mejora de la profesión lo hubieran hecho de haberla tenido.

b) *En el trabajo me excluyen por mi categoría profesional*

Obtuvo un total de 3/97 (3,1%) referencias y representación en 2º curso:

“Por mi estatus de “novato” (frente a las veteranas) e igualmente por ser auxiliar he sido ignorado e incluso ninguneado, así que no he participado en nada” (76/2º)
“No tengo tiempo y tampoco cuentan con los estudiantes” (263/2º).

76/2º expone que por su categoría profesional (Auxiliar de clínica) se ha sentido ignorado y no ha participado en ninguna acción de mejora profesional. 263/2º manifiesta que no cuentan con los estudiantes para este tipo de actividades.

2B. FALTA DE TIEMPO

Se trata del segundo código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 16/123 (13,0%) y obtuvo representación en los 4º cursos:

“Generalmente por falta de tiempo, pero tengo buenas ideas que algún día llevaré a cabo” (239/2º).
“No participo actualmente en nada, simplemente por dejadez y no informarme de proyectos y mejoras. Además de falta de tiempo” (38/3º).
“Por no tener tiempo, por vida familiar” (152/4º).
“Ahora mismo, al trabajar a jornada completa y estudiar no me da mucho tiempo de hacer nada más” (135/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en identificar la *falta de tiempo* como un factor que dificulta la participación en actividades de mejora profesional. 38/3º añade como otro motivo la dejadez, 152/4º expone que la vida familiar hace que disponga de poco tiempo y finalmente 135/4º menciona que compatibilizar un trabajo a jornada completa con sus estudios provoca que no disponga de tiempo para poder participar en actividades de mejora.

2C. FALTA DE EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 13/123 (10,6%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“No he participado nunca por falta de experiencia en el sector y por la falta de tiempo. Pero en un futuro no descarto hacerlo” (181/1º).
“No me encuentro lo suficiente preparado en este momento para aportar cosas a un grupo de estos niveles” (282/2º).
“Nunca me han ofrecido participar en protocolos... Además, considero que actualmente no estoy preparada y me falta formación profesional (tiempo de rodaje)” (258/3º).
“No tengo ni los conocimientos ni la experiencia necesaria. De todas formar, no lo descarto en un futuro (121/4º).

En el discurso de los 4 estudiantes se puede apreciar como sienten que aún les falta adquirir mayor nivel de experiencia o conocimientos para sentir que su participación en una actividad de mejora de la profesión puede ser de utilidad y por ese motivo de momento no participan.

2D. FALTA DE INTERÉS

Fue el último código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 8/123 (6,5%) y representación en 2º y en 4º curso:

“No me ha interesado y/o no me interesa en este momento” (304/2º).
“No he participado en ninguna acción de mejora de la profesión enfermera porque no me ha generado interés el hecho de participar. Tampoco he buscado o conozco alguna iniciativa que pudiera generarme esta participación. Además, no se nos han explicado en la universidad muchas iniciativas de este tipo” (104/4).

Ambos estudiantes coinciden en afirmar que no han participado en ninguna acción de

mejora de la profesión ya que, de momento, no se han sentido interesados. 104/4 añade que en la Universidad no han sido informados de este tipo de acciones.

**CATEGORÍA 3:
TIPOS DE PARTICIPACIÓN**

Los códigos identificados en esta categoría y ordenados por número de referencias obtenidas son 12: 3A) *Redes sociales* con 14/48 (29,1%) referencias y representación en los 4 cursos; 3B) *Elaboración de protocolo* con 11/48 (22,9%) referencias y representación en 2º, 3º y 4º curso; 3C) *Asistencia a jornadas congresos, conferencias o cursos* con 10/48 (20,8%) referencias y representación en los 4 cursos; 3D) *Voluntariado* con 4/48 (8,3%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso; 3E) *Asociación profesional* y 3F) *Debates interdisciplinares* con 3/48 (6,25%) referencias cada código; 3G) *Comisiones de trabajo*, 3H) *Mejoras en el trabajo*, 3I) *Proyecto de investigación* y 3J) *Grupos de apoyo a pacientes* con 2/48 (4,1%) referencias cada código y finalmente; 3K) *Impartir curso de formación* y 3L) *Elaboración de artículo* con 1/48 (2,1%) referencia por código.

Si analizamos la información por cursos, en 1º curso el código más identificado de esta categoría fue la *Asistencia a jornadas, congresos, conferencias o cursos* con 2/4 referencias (50%); en 2º curso fue la *Participación en Redes sociales y Asistencia a jornadas, congresos, conferencias o cursos* con 5/18 (27,8) referencias cada código; en 3º curso la *Elaboración de protocolo* con 4/10 (40%) referencias y por último en 4º curso la participación en *Redes sociales* y la *elaboración de protocolos* con 5/18 (27,8) referencias cada código.

A continuación, se muestran algunas de las referencias más representativas de los códigos identificados en esta categoría:

“Anteriormente participaba más en Twitter sobre el reconocimiento de la profesión enfermera y para que la gente abra los ojos y pueda ver lo que conlleva de verdad esta profesión. Ahora menos, por el tiempo que tengo, pero sí continuo” (197/1º).

“La mayor parte de mi intervención en alguna mejora de la profesión enfermera se ha llevado a cabo mediante la participación en las redes sociales, redactando y publicando consejos de salud. Considero que es una labor muy importante y se realizó durante las prácticas de mención de TIC’s” (33/4º).

“En la elaboración de protocolos en un hospital donde estuve de prácticas, ya que necesitaban renovar los protocolos del hospital. Decidí participar porque me pareció interesante y de gran provecho, ya que ambos aprendíamos sobre el tema. Se trataba sobre cuidados al recién nacido, y me pidieron participar porque me vieron con teoría reciente y con herramientas para la búsqueda de información” (50/3º).

“Soy voluntaria en la residencia dónde vive mi abuelo. También soy voluntaria en defensa de igualdad de género de mi pueblo, dónde exponemos posibles violencias de género, discriminación, población de riesgo y

voluntaria en Cruz Roja, en teleasistencia” (299/2º).

“Soy miembro desde primero de grado de la AIFICC, participando en las jornadas TIC, como miembro del comité organizador, actualmente preparamos las próximas jornadas y asistimos a congresos” (257/2º).

“Participo en algunos debates interdisciplinarios sobre la mujer y la lactancia materna. Creo que trabajando interdisciplinariamente se consiguen más resultados” (120/4º).

“Formo part de la comissió de seguretat del pacient del meu hospital perquè crec que podem millorar l'atenció als pacients millorant les nostres cures” (294/1º).

“Participé en la realización de un parte de urgencias esquemático para poder pasar el parte sin olvidar lo más importante” (267/2º).

“Participé en un proyecto de investigación para disminuir el dolor en venopunciones a niños mediante un dispositivo que vibra para disminuir los estímulos dolorosos” (287/2º)

“Imparto seminarios sobre LGBTQ+, feminismo, religión, paro, bullying y buena praxis enfermera en relación con prejuicios de 1º de enfermería” (74/3º).

“He escrito un artículo en una revista digital, dónde se compara la enfermería en las redes sociales con los superhéroes. Se titula: El Twitter como sistema sanitario” (144/4º).

“Con pacientes toxicómanos en reuniones de motivación y actividad de recreo. Participé porque me mueve a hacer cosas que puedan ayudar a personas en situaciones desfavorecidas” (178/2º).

En los discursos de los estudiantes se observar ver en qué tipo de acciones de mejora de la profesión enfermera participan.

4.2.1.10 COMPORTAMIENTO 10: BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: Durante las prácticas externas ¿Acostumbras a buscar información complementaria (protocolos hospitalarios, guías farmacológicas, bases de datos, revistas indexadas...) más allá de la que te pide explícitamente tu profesor para actualizar o profundizar tus conocimientos y habilidades? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción.

Nunca

A veces

Al menos una vez por semana

Casi cada día

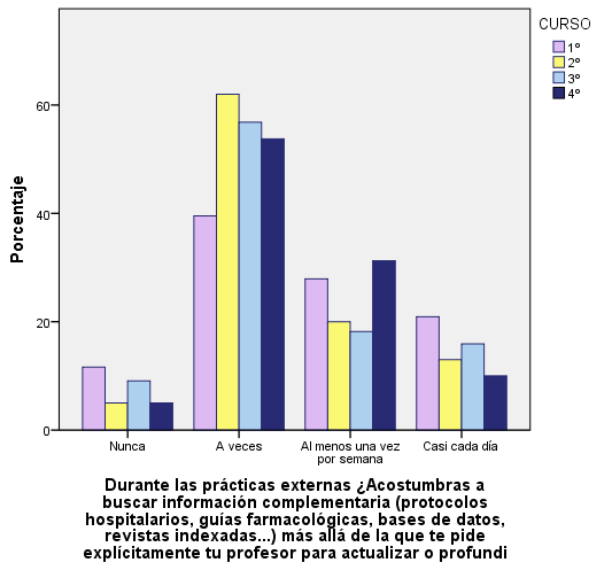
- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente e identifica qué fuentes de información sueles consultar (Aprox. 100 palabras):

4.2.1.10.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de buscar información complementaria durante las prácticas externas y el curso académico, tras lo que se obtuvieron resultados que se muestran en la tabla 54.

Tabla 54. Relación entre Búsqueda de información y Curso

CURSO	NUNCA	A VECES	1 X SEM	Casi cada día	TOTAL	ESTAD.
1º	10 (11,6%)	34 (39,5%)	24 (27,9%)	18 (20,9%)	86 (100,0%)	Chi
2º	5 (5,0%)	62 (62,0%)	20 (20,0%)	13 (13,0%)	100 (100,0%)	cuadrado
3º	4 (9,1%)	25 (56,8%)	8 (18,2%)	7 (15,9%)	44 (100,0%)	
4º	4 (5,0%)	43 (53,8%)	25 (31,3%)	8 (10,0%)	80 (100,0%)	p = 0,083
TOTAL	23 (7,4%)	164 (52,9%)	77 (24,8%)	46 (14,8%)	310 (100,0%)	



Respecto a este comportamiento no se observan diferencias significativas a lo largo de los cuatro cursos.

El 39% de los estudiantes busca información complementaria (protocolos hospitalarios, guías farmacológicas, bases de datos...) más allá de la que se piden explícitamente en la asignatura, cada día o al menos una vez por semana.

La figura 24 muestra gráficamente la distribución de esta variable en función del curso académico.

Figura 24. Diagrama de barras: Curso – Búsqueda de información

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el comportamiento *Buscar información complementaria más allá de la que te pide explícitamente el profesor para actualizar o profundizar conocimientos*. Para este comportamiento se hallaron diferencias tanto para la puntuación total de la escala EVPE (p=0,001) como para el Compromiso profesional (p=0,000) y el Dominio Profesional (p=0,001), tal y como se puede apreciar en la tabla 55.

Tabla 55. Relación con la escala EVPE y sus dimensiones

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,001
• Dimensión Ética	Kruskall	0,131
• Compromiso Profesional	Wallis	0,000
• Dominio profesional		0,001

En los diagramas de cajas que aparecen representados en la figura 25, se puede apreciar gráficamente como los estudiantes que puntuaron más alto en la escala tuvieron mayor tendencia a buscar información complementaria más allá de la que se exige en la asignatura.

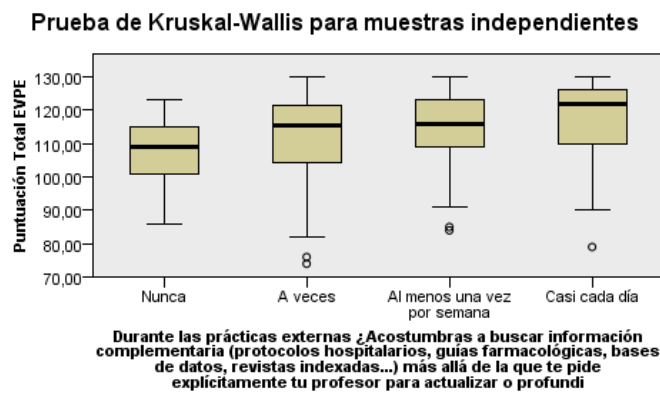


Figura 25. Diagramas de caja: Curso – Búsqueda de información

4.2.1.10.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 286 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 3 categorías, 34 códigos y 11 subcódigos. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 5 grandes categorías, 31 códigos y 8 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 5 categorías, 26 códigos y 6 subcódigos.

La tabla 56 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de buscar información, más allá de la que se solicita formalmente en sus prácticas clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 56. Matriz de codificación: Búsqueda de información y Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES FAVORECEDORES DE LA BÚSQUDA DE INFORMACIÓN	38	67	29	54	188
CÓDIGO 1A. DUDA O DESCONOCIMIENTO	13	22	13	21	69
a) Discrepancias con aprendizaje en la universidad	1	5	1	0	7
b) Procedimientos no explicados todavía	1	4	0	1	6
CÓDIGO 1B. MEJORAR MI FORMACIÓN	16	22	8	17	63
CÓDIGO 1C. CURIOSIDAD O INTERÉS	5	15	5	9	34
CÓDIGO 1D. AUMENTA LA SEGURIDAD DEL ESTUDIANTE	4	4	2	6	16
CÓDIGO 1E. MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL	1	5	4	6	16
CÓDIGO 1F. PLACER DE APRENDER	2	4	2	4	12
CÓDIGO 1G. VALORES	1	2	0	5	8
c) Responsabilidad	0	0	0	5	5
d) Profesionalidad	1	1	0	0	2
e) Altruismo	0	1	0	0	1
CÓDIGO 1H. ADAPTARSE AL CENTRO DE PRÁCTICAS	1	3	1	2	7
CÓDIGO 1I. POCO TRABAJO EN CENTRO DE PRÁCTICAS	0	2	1	1	4
CATEGORÍA 2. FACTORES NO FAVORECEDORES DE LA BÚSQUDA DE INFORMACIÓN	8	11	4	7	30
CÓDIGO 2A. FALTA DE TIEMPO	5	7	3	5	20
f) Sobrecarga de trabajos en la universidad	0	2	0	3	5
CÓDIGO 2B. FALTA DE INTERÉS	0	1	2	1	4
CÓDIGO 2C. FALTA DE NECESIDAD	1	2	0	1	4
CÓDIGO 2D. NO SER CONSCIENTE DE LA POSIBILIDAD	2	0	0	0	2
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	4	3	2	4	13
CÓDIGO 3A. INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES	4	3	2	4	13
CATEGORÍA 4 FUENTES DE INFORMACIÓN	9	12	6	18	45
CÓDIGO 4A. PROTOCOLOS DEL CENTRO	3	9	4	11	27
CÓDIGO 4B. GUÍAS FARMACOLÓGICAS	3	3	1	4	11
CÓDIGO 4C. BASES DE DATOS	0	1	2	3	6
CÓDIGO 4D. GUÍAS CLÍNICAS	1	0	1	1	3
CÓDIGO 4E. INTERNET	2	0	0	1	3
CÓDIGO 4F. WEBS FIABLES	1	0	0	1	2
CÓDIGO 4G. LIBROS DE MEDICINA	0	1	0	0	1
CATEGORÍA 5. TEMAS BUSCADOS	27	32	7	12	78
CÓDIGO 5A. FÁRMACOS	19	23	4	9	55
CÓDIGO 5B. PATOLOGÍAS	10	15	2	5	32
CÓDIGO 5C. TÉCNICAS	2	9	4	6	21
CÓDIGO 5D. CURA DE HERIDAS	0	3	0	0	3
CÓDIGO 5E. PROCESOS QUIRÚRGICOS	0	1	0	1	2
TOTAL REFERENCIAS	71	98	40	77	286

El proceso de codificación permitió identificar 3 grandes categorías: 1) *Factores favorecedores de la búsqueda de información*, 2) *Factores no favorecedores de la búsqueda de información*, 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos), 4) *Fuentes de información* y 5) *Temas buscados*.

A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

CATEGORÍA 1: FACTORES QUE FAVORECEN LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Dentro de esta categoría se identificaron 9 códigos: 1A) *Duda o desconocimiento*, 1B) *Mejora de mi formación profesional*, 1C) *Curiosidad o interés*, 1D) *Aumento de la seguridad del estudiante*, 1E) *Ofrecer lo mejor al paciente*, 1F) *Placer de aprender*, 1G) *Valores*, 1H) *Adaptarme al lugar de trabajo* y 1I) *Poco trabajo en el hospital*.

Si analizamos la información por cursos, el código que obtuvo un mayor número de referencias en 1º y 2º curso fue el de *Mejora de mi formación profesional* y en 3º y 4º curso fue el de *Duda o desconocimiento*.

El código que obtuvo un menor número de referencias fue el de *Poco trabajo en el Hospital*.

1A. DUDA O DESCONOCIMIENTO

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Duda o desconocimiento* con 69/188 (34,0%) referencias:

“Porque durante el día te encuentras con muchas dudas e información por saber, así que es importante para resolver la duda” (97/1º).

“Cuando tengo dudas o desconocimiento de la patología del algún paciente, tratamiento... Cuando llego a casa lo busco” (234/2º).

“Busco información sobre lo que no conozco, aunque siempre intento preguntar primero a los profesionales del servicio. Los factores que me influyen pueden ser las ganas de aprender cosas nuevas y mejorar mi formación” (28/3º).

“Cuando desconozco algún procedimiento, intento obtener la máxima información para tener más conocimientos y actuar de la mejor manera posible” (31/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos coinciden en afirmar que lo que realizan una búsqueda de información complementaria cuando les surge alguna *duda o por desconocimiento*. 28/3º añade que intenta en primer lugar que sean los profesionales del servicio quienes les resuelvan la duda y que actúa de este modo para mejorar su formación y por el placer de aprender. 31/4º comenta que realiza búsquedas de información para mejorar la calidad de su actuación.

Dentro de este código se identificaron dos subcódigos:

a) *Identificar discrepancias con lo aprendido en la universidad*

Este subcódigo obtuvo un total de 7/69 (10,1%) referencias de estudiantes de 1, 2º y 3º curso:

“He investigado a cerca de los casos en los que no he estado muy de acuerdo con la actuación de los profesionales por lo que yo he aprendido en la universidad o enfermedades de las que me gustaría saber

más" (191/1º).

"Porque me gusta comparar sobre los protocolos de cómo se me ha enseñado un procedimiento y como lo hacen en el centro y mirar los puntos a favor y en contra de los dos. Me ayuda a aprender más. (302/2º).

"Me gusta comparar lo que he aprendido en la escuela con otras maneras de hacer y ampliar así mis conocimientos" (68/3º).

Los 3 estudiantes afirman que les gusta realizar una búsqueda de información cuando notan *discrepancias* entre su modo de actuar (por lo aprendido en la universidad) y el modo de actuar de los profesionales de la unidad en la que realizan las prácticas. 302/2º y 68/3º añaden que realizar la comparación les ayuda a ampliar sus conocimientos. 191/1º comenta que también realiza búsquedas de información cuando quiere profundizar sus conocimientos sobre alguna patología que le interese.

b) Procedimientos no explicados todavía en la universidad

El segundo subcódigo identificado en este código fue el de *Procedimientos no explicados todavía*.

Obtuvo un total de 6/69 (8,7%) referencias y fue representado, en 1º, 2º y 4º curso:

"Había algunas informaciones que no nos habían enseñado y en el hospital hablaban mucho de ello, por eso buscaba más información, para saber más" (194/1º).

"Muchas de las cosas que he visto en las prácticas no las explican en clase porque aún no lo hemos dado. Te explican cosas complementarias que te gusta contrastar o buscar más información para llegar a tener más conocimientos." (289/3º).

"Me gusta aprender cosas con mayor profundidad, sobre cosas que no se enseñan en la universidad, como técnicas o conocimientos" (101/4º).

Los tres estudiantes afirman buscar información cuando se encuentran con algún *procedimiento* o *técnica* que no se ha explicado en la escuela.

1B. MEJORAR MI FORMACIÓN COMO PROFESIONAL

El segundo código con mayor representación en la categoría de factores que favorecen la búsqueda de información complementaria por parte de los estudiantes en sus prácticas clínicas fue *Mejorar mi formación como profesional* que obtuvo un total de 63/188 (33,5%) referencias y representación en los cuatro cursos:

"Me gusta superarme en lo que hago, y no solo ceñirme a las 4 pautas que nos dan para un trabajo. En cada cosa pongo el máximo de empeño, y me gusta buscar qué opinan otros autores o información en bases de datos sobre patologías" (175/1º).

"Pueden ser herramientas muy útiles, dado que me ayudan a desenvolverme mejor, me crean el tener más interés para adquirir más conocimientos y con ello ir mejorando, además de ayudarme a la hora de realizar trabajos" (75/2º).

"Para mejorar mi preparación en las prácticas, tener más conocimientos y poder colaborar de forma más activa con mi profesor de prácticas" (264/3º).

"Porque creo que las prácticas, no únicamente son para practicar las técnicas, sino para poder profundizar en todos los aspectos que se puedan ver y experimentar y así mejorar cada día" (135/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede advertir como el objetivo final de realizar búsquedas de información es el de *mejorar su formación* y su preparación. 75/2º añade que realizar búsqueda le ayuda posteriormente a elaborar trabajos académicos, 264/3º considera

además que le ayuda mostrar una actitud proactiva con su profesor de prácticas y finalmente 135/4º considera que las prácticas clínicas son una oportunidad para profundizar en el aprendizaje.

1C. CURIOSIDAD O INTERÉS

El siguiente código identificado dentro de esta categoría es el de *Curiosidad o Interés* con un total de 34/188 (18,1%), que también obtuvo representación en los cuatro cursos.

“En alguna ocasión he tenido curiosidad por algún tema en concreto y al salir de las prácticas he buscado información por internet, como algún tratamiento concreto” (77/1º).

“Sí, también porque soy curiosa y quiero saber siempre más, lo bueno es que me beneficiaba para los estudios posteriores” (288/2º).

“Nunca lo hago como norma. Es un error, porque deberíamos informarnos más allá de lo que el profesor nos dice, pero piensas que es suficiente. “Sobre todo, cuando lo hago, es porque el tema me interesa y siento curiosidad” (38/3º).

“Sí es algún tema que me interesa mucho, entonces sí que lo he buscado, como qué protocolos se utilizan o dudas que te surgen al día, día sobre patologías” (107/4º).

Los tres estudiantes hacen mención de que es la *curiosidad* lo que les lleva a realizar búsquedas de información. 288/2º afirma que este comportamiento le ayuda en estudios posteriores y 38/3º considera que no realiza búsquedas con la frecuencia suficiente, pero cree que actuar así es erróneo.

1D. AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL ESTUDIANTE

El siguiente código identificado dentro de esta categoría es el *Aumento de la seguridad del estudiante* con un total de 16/188 (8,5%), que también obtuvo representación en los cuatro cursos:

“Siempre busco algo de lo que me pasa en las prácticas porque no lo sé, entonces busco para enterarme y estar seguro de lo que hago” (95/1º).

“Siempre que he tenido necesidad y he tenido tiempo, he buscado información externa. Me da seguridad ir a tratar con un paciente conociendo mejor su patología o fármacos que toma y hasta ese momento no conocía” (271/2º).

“Siempre busco información “por miedo a no dar la talla”, así me siento más segura. Quiero ofrecerle lo mejor a mis pacientes y me gusta comparar mi modo de actuación con otros y ampliar así mis conocimientos” (68/3º).

“Sóc una persona que necessita sentir-se segura a la pràctica diària. Assumeixo que no puc saber-ho tot i que em falta molta informació, però sempre que està a les meves mans l'oportunitat de buscar-ho i així realitzar una pràctica segura, ho faig” (164/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede apreciar como buscar información complementaria *aumenta su seguridad* a la hora de ir a realizar alguna técnica o procedimiento. 68/3º añade que le gusta ampliar conocimientos y 164/4º considera que ampliar conocimientos está en sus manos y ello le permite también realizar prácticas seguras.

1E. MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

El siguiente código identificado dentro de esta categoría es *Ofrecer lo mejor al paciente* con un total de 16/188 (8,5%), que también obtuvo representación en los cuatro cursos:

“Es importante estar documentado e informado en todo momento. Al fin y al cabo, es una profesión dónde tienes que formarte día tras día para poder explicárselo a los pacientes o dar educación sanitaria” (208/1º).
“Creo que ampliar conocimientos de aquello que estamos tratando, nos ayudará a mejorar la atención y la realización de las intervenciones” (168/2º).
“Sí, intento informarme sobre la metodología de trabajo que mantienen en los centros de prácticas en los que he estado. Realizar estas acciones favorece mi estancia de prácticas, ya que de esta manera mi actuación será más eficaz” (256/3º).
“Es mi deber como enfermera estar actualizada para poder mejorar como profesional. MI motivación principal es realizar los mejores cuidados que pueda, y por ello tengo que estar informada” (99/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede reconocer que la intención de buscar información complementaria es la de mejorar la *calidad de los cuidados* y la atención al paciente. 208/1º considera que debe profundizar su formación para poder realizar educación sanitaria y 256/3º manifiesta que buscar información le ayuda a mejorar la eficacia de sus intervenciones.

1F. PLACER DE APRENDER

El siguiente código identificado dentro de esta categoría es el *Placer de aprender* con un total de 12/188 (6,4%), que también obtuvo representación en los cuatro cursos:

“Porque me gusta saber más” (224/1º).
“Lo haría todos los días, pero junto con los trabajos y otras tareas, no me da tiempo. Creo que siempre es bueno aprender y también me gusta tener información sobre las patologías que tienen los pacientes” (291/2º).
“Pido a mis enfermeras o tutoras información sobre las prácticas que estoy realizando, porque quiero aprender y me gusta saber más cosas y maneras de realizar un procedimiento, para en un futuro hacerlo lo mejor posible” (173/3º).
“Soy una friki de saber más y mejor. Lo cierto es que disfruto de leer, aprender y hacerme chuletas para mejorar más cada día. Cuando voy a una unidad, exprimo al máximo mi estada formativa. Supongo que es porque también me gusta hablar con mi familia y amigos de temas, cosas médicas y de enfermería” (100/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede observar como el factor que les motiva a buscar información complementaria es el *placer de aprender*. 291/2º añade que no lo hace con más frecuencia por falta de tiempo, 173/3º considera que así podrá mejorar la calidad de su atención y 100/4º manifiesta que tiene otra motivación añadida y es participar en conversaciones relacionadas con la salud con personas de su entorno afectivo.

1G. VALORES

El siguiente subcódigo identificado dentro esta categoría fue el de *Valores*, con un total de 8/188 (4,25%) referencias y representación en 1º, 2º y 3º curso. Se identificaron 3 subcódigos dentro de este código.

a) Responsabilidad

Este subcódigo obtuvo un total de 5/8 (62,5%) referencias de estudiantes de 4º curso:

“Es mi deber como enfermera estar actualizada para poder mejorar como profesional. Mi motivación principal es realizar los mejores cuidados que pueda, y por ello tengo que estar informada” (99/4º).
“Por responsabilidad” (34/4º).

En el discurso de 99/4º se puede identificar la *responsabilidad* como un valor ya que menciona el deber que tiene como enfermera de disponer de conocimientos actualizados y 34/4º enuncia la responsabilidad sin ofrecer más información.

b) Profesionalidad

El segundo subcódigo identificado en este código fue la *Profesionalidad*. Obtuvo un total de 2/8 (25%) referencias y fue representado, en 1º y 2º curso:

“Siempre que me da tiempo. Buscar información ayuda a mejorar mi profesionalidad. Lo hago así por lo aprendido en la escuela” (221/1º).
“Porque la salud de las personas, están en parte en nuestras manos. Yo le llamo profesionalidad” (53/2º).

El discurso de ambos estudiantes menciona la *profesionalidad* como un valor que les lleva a realizar búsquedas de información. Considero importante remarcar que 221/1º añade que es un comportamiento aprendido en la escuela.

c) Altruismo

El tercer y último valor identificado en este código es el *Altruismo*. Obtuvo una única referencia 1/8 (12,5%) y fue representado únicamente en 2º curso:

“Porque me interesa entender todo lo relacionado con lo sanitario, lo hago por puro interés y altruismo” (265/2º).

El último valor que aparece simplemente mencionado por un estudiante es el altruismo. Es importante tener en cuenta que muchos de ellos realizan las búsquedas de información complementaria en su tiempo libre o en su tiempo de descanso.

1G. ADAPTARSE AL CENTRO DE PRÁCTICAS

El siguiente código identificado dentro esta categoría fue *Adaptarse al centro de prácticas*, con un total de 7/188 (3,72%) referencias y representación los cuatro cursos:

“La necesidad de adaptarte rápidamente a ese hábitat y al equipo de trabajo, hace que sea necesario realizar búsquedas frecuentemente para mantenerte al día” (199/1º).
“Intento interesarme sobre todo por protocolos del hospital para poder adaptarme de la manera más rápida al equipo profesional” (176/2º).
“Porque necesito comprender mejor dónde estoy trabajando, cuáles son sus objetivos en cuanto al trato con el paciente/equipo” (49/3º).
“Por desconocimiento y para poder adecuarme y adaptarme al entorno del centro” (130/4º).

Los cuatro estudiantes manifiestan que realizan búsquedas de información para poder *adaptarse al centro* en el que realizan las prácticas y/o a los compañeros de trabajo. Con esa intención 176/2º sostiene que se interesa básicamente por los protocolos del centro.

1H. POCO TRABAJO EN EL CENTRO DE PRÁCTICAS

El último subcódigo identificado dentro esta categoría fue el *Poco trabajo en el centro de prácticas*, con un total de 4/188 (2,1%) referencias y representación en 2º, 3º Y 4º curso:

“En los ratos libres, cuando no hay mucho trabajo” (301/2º).

“En los momentos de poca faena” (64/3º).

“Cuando hay tiempo en la unidad, si puedo, me miro los protocolos del centro que más me pueden interesar” (116/4º).

Se puede observar cómo los tres estudiantes coinciden en afirmar que realizan búsquedas de información cuando la *intensidad del trabajo en el centro es baja* y pueden disponer de un momento de descanso. 116/4º añade que consulta concretamente los protocolos del centro.

CATEGORÍA 2:

FACTORES QUE NO FAVORECEN LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Los 4 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Falta de tiempo*, 2B) *Falta de interés*, 2C) *Falta de necesidad*, 2D) *No era consciente de la posibilidad*.

El motivo más descrito ha sido la *Falta de tiempo de los estudiantes*, lo que repite en los cuatro cursos, y el motivo menos descrito ha sido *No ser consciente de la posibilidad*.

2A. FALTA DE TIEMPO

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 20/30 (66,6%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“No tengo tiempo, trabajo y estudio para exámenes. Hago lo necesario, ahora mismo.” (187/1º).

“Si no tienes la motivación necesaria no te implicas en los casos. La falta de tiempo tampoco favorece el aprendizaje” (263/2º).

“No tengo tiempo para ampliar la información y me ciño a lo que me piden” (65/3º).

“Normalmente, hay mucho trabajo por hacer, además de las propias prácticas y queda poco tiempo más para poder realizar cosas así. Solo en casos muy concretos lo he hecho” (124/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que al *disponer de poco tiempo* no realizan búsquedas de información complementaria y se limitan a realizar las tareas exigidas por las

asignaturas. Considero importante remarcar que el 55,9% de estudiantes compatibilizan sus estudios con el trabajo (el 80% en entornos sanitarios).

a) Exceso de trabajos en la universidad

Se identificó un subcódigo dentro de este código que obtuvo 5/20 (25%) y fue representado en 2º y en 4º curso:

“No lo hago muy frecuentemente a causa de los trabajos que hemos de hacer” (18/2º).

“No es algo que suela hacer por falta de tiempo, y por exceso de trabajos de la universidad” (27/4º)

Ambos estudiantes manifiestan que cumplir con las actividades evaluativas de las asignaturas del grado no les deja espacio para poder realizar búsquedas de información complementarias.

2A. FALTA DE INTERÉS

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 4/20 (20%) referencias y representación en 2º, 3º y 4º curso.

“Me intereso más por el día-día en el trabajo que por buscar información” (15/2º).

“Nunca he hecho una búsqueda de información complementaria porque generalmente, las dudas que he tenido, ya me las han resuelto y tampoco he tenido mucho interés en ampliar conocimientos” (59/3º).

“No acostumbro a buscar información en el mismo servicio, y menos en estas últimas prácticas de la carrera, ya que no he tenido una buena experiencia como estudiante, entonces la motivación ha sido nula” (146/4º).

Los tres estudiantes coinciden en al manifestar que no realizan búsquedas de información por falta de interés. 146/4º añade que en sus últimas prácticas no tuvo una grata experiencia lo que anuló su motivación en su proceso de aprendizaje.

2C. FALTA DE NECESIDAD

Se trata del tercer código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 4/20 (20%) y representación en 1º, 2º y 4º curso:

“La verdad es que en los hospitales tienes la información muy bien explicada y no me ha hecho falta buscarla fuera del ámbito hospitalario” (216/1º).

“Nunca he tenido la necesidad de hacerlo, ya que en el momento que he tenido alguna duda le he preguntado a mi enfermera” (244/2º).

“Creo que con lo que me han explicado durante los periodos de prácticas más mi desarrollo en ellas he aprendido suficiente y me ha quedado todo claro, sin dudas, ya que acostumbro a preguntar todo a mi enfermera de referencia, en vez de buscarlo” (247/4º).

Los tres estudiantes consideran que *no han tenido la necesidad* de realizar búsquedas de información complementaria ya que todas sus dudas han quedado resueltas. 216/1º considera que en el hospital en el que realizó prácticas ya satisfizo sus dudas sin necesidad de buscar, aunque no menciona de qué modo, 244/2º y 247/4º afirman que sus enfermeras tutoras de prácticas resolvieron todas sus dudas y por ello no tuvieron necesidad de buscar información.

2D. NO ERA CONSCIENTE DE LA POSIBILIDAD

Fue el cuarto y último código identificado según el número de referencias dentro de esta categoría, obtuvo un total de 2/78 (10%) y representación únicamente en 1º curso:

“No había caído en realizar dicha búsqueda” (219/1º).

“No, ya que no sabía que se podía hacer eso.” (210/1º).

Ambos estudiantes de 1º curso coinciden en afirmar que *no eran conscientes de que existía la posibilidad de buscar información complementaria.*

CATEGORÍA 3: FACTORES AMBIVALENTES

Se identificó únicamente un código dentro de esta categoría: 3A) *Influencia de otros profesionales.*

3A. INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES

Se obtuvieron un total de 13/13 (100%) referencias y representación en los 4 cursos:

“Nos lo hacía buscar la tutora, ya que de esa manera nos informábamos realmente de los verdaderos problemas de sanidad y es interesante porque te sorprende de las cosas que hay y puedes averiguar y estar más informados” (204/1º).

“En mi caso, mi enfermera de mutua de Terrassa me aconsejó hacerlo para tener más información” (174/2º).

“Pregunto directamente las dudas a mi enfermera de referencia, que hasta el momento siempre han sido resueltas” (78/3º).

“Puede influir la manera en la que la enfermera te presente el tema a profundizar. Lo he hecho un par de veces porque el enfermero tenía mucho carisma y me apetecía mirar más, o al preguntarme las cosas que no conocía en profundidad quería buscarlo” (151/4º).

Se puede observar por el discurso de los 4 estudiantes que el comportamiento de su enfermera tutora de prácticas influye en su propio comportamiento. 204/1º, 174/2º y 151/4º afirman que su tutora de referencia les motivaba o les recomendaba buscar información, en cambio la tutora de 78/3º resolvía todas sus dudas sin propiciar una búsqueda autónoma.

CATEGORÍA 4: FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

Los códigos identificados en esta categoría y ordenados por número de referencias obtenidas son 7: 4A) *Protocolos del centro de prácticas* con 27/45 (60%) referencias y representación en los 4 cursos; 4B) *Guías farmacológicas* con 11/45 (24,4%) referencias y representación los cuatro cursos; 4C) *Bases de datos bibliográficas o documentales* con 6/45 (13,3%) referencias y

representación en 2º, 3º y 4º curso; 4D) *Guías clínicas* con 3/45(6,6%) referencias y representación en 1º, 3º y 4º curso; 4E) *Internet* con 3/45(6,6%) referencias y representación en 1º y 4º curso; 4F) *Webs fiables* con 2/45 (4,4%) referencias y representación en 1º y 4º curso y 4G) *Libros de Medicina* con 1/45(6,6%) referencia y representación en 2º curso.

El código más identificado en todos los cursos ha sido *Protocolos del centro de prácticas* y el código con menor número de referencias ha sido *Libros de Medicina*.

A continuación, se muestran algunas de las referencias más representativas de los códigos identificados en esta categoría:

“Busco información sobre medicación en guías farmacológicas” (250/2º)

“Es importante conocer el entorno y los protocolos del lugar de prácticas/trabajo” (35/4º).

“... Normalmente busco páginas web fiables o en bases de datos bibliográficas.” (98/4º).

Normalmente, si lo he hecho ha sido por interés, nunca por imposición. Guías clínicas o algún artículo científico para saber sobre alguna cosa en específico” (39/3º).

“Busco en internet, aunque hay que tener cuidado con internet porque no siempre es cierto lo que pone” (182/1º).

“Sobre todo consulto guías/libros de medicina” (177/2º).

CATEGORÍA 5: TEMAS DE LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Los códigos identificados en esta categoría y ordenados por número de referencias obtenidas son 6: 5A) *Fármacos* con 55/78 (70,5%) referencias y representación en los 4 cursos; 5B) *Patologías* con 32/78 (41%) referencias y representación los cuatro cursos; 5C) *Técnicas* con 21/78 (26,9%) referencias y representación en los cuatro cursos; 5D) *Cura de heridas* con 3/78(3,8%) referencias y representación en 2º curso; 5E) *Procesos quirúrgicos* con 2/78(2,6%) referencias y representación en 2º y 4º curso y por último 5F) *Modelos de enfermería* con 1/78 (1,3%) referencia y representación en 1º curso.

El código más identificado en todos los cursos ha sido *Fármacos* y el código con menor número de referencias ha sido *Libros de Medicina*.

A continuación, se muestran algunas de las referencias más representativas de los códigos identificados en esta categoría:

“Me han enseñado alguna guía farmacológica, pero simplemente las buscaba en casa cuando por el día no entendía algo. He utilizado mucho el Vademecum” (72/1º)

“Me gusta informarme y mantenerme actualizada, sobre el hospital donde estoy, y los Modelo de Enfermería” (54/1º).

“Sobre todo, las patologías y las medicaciones que no tengo la suficiente información o no las sé. Porque me gusta ir informada y demostrar habilidades. ¡Me gusta mi trabajo!” (232/2º).

“Suelo buscar información externa para entender mejor las técnicas que realizamos” (252/3º)

“Sí, ya que en algunos procedimientos se tenía que indagar más debido a las consecuencias que estos pueden acarrear. Por ejemplo: vendajes y cura de heridas” (302/2º).

“Suelo buscar información sobre medicamentos o sobre procesos quirúrgicos” (121/4º).

4.2.1.11 COMPORTAMIENTO 11: AUTOEVALUACIÓN

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- Pregunta cerrada: Durante las prácticas externas ¿Acostumbra a buscar información complementaria (protocolos hospitalarios, guías farmacológicas, bases de datos, revistas indexadas...) más allá de la que te pide explícitamente tu profesor para actualizar o profundizar tus conocimientos y habilidades? Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción.

Nunca
 A veces
 Al menos una vez por semana
 Casi cada día

- Pregunta abierta: ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente e identifica qué fuentes de información sueles consultar (Aprox. 100 palabras):

4.2.1.11.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el hecho de realizar un ejercicio de autoevaluación y el curso académico, la tabla 57 muestra los principales resultados obtenidos tras el análisis de resultados.

Tabla 57. Relación entre Autoevaluación y Curso

CURSO	NUNCA	SOLO SI ES EVALUATIVO	1 VEZ POR SEMANA	CASI CADA DÍA	TOTAL	ESTAD.
1º	4 (4,7%)	11 (12,8%)	19 (22,1%)	52 (60,5%)	86 (100,0%)	Chi
2º	5 (5,0%)	15 (14,9%)	41 (40,6%)	40 (39,6%)	101 (100,0%)	cuadrado
3º	2 (4,5%)	4 (9,1%)	17 (38,6%)	21 (47,7%)	44 (100,0%)	
4º	6 (7,6%)	8 (10,1%)	26 (32,9%)	39 (49,4%)	79 (100,0%)	p = 0,244
TOTAL	17 (5,5%)	38 (12,3%)	103 (33,2%)	152 (49,0%)	310 (100,0%)	

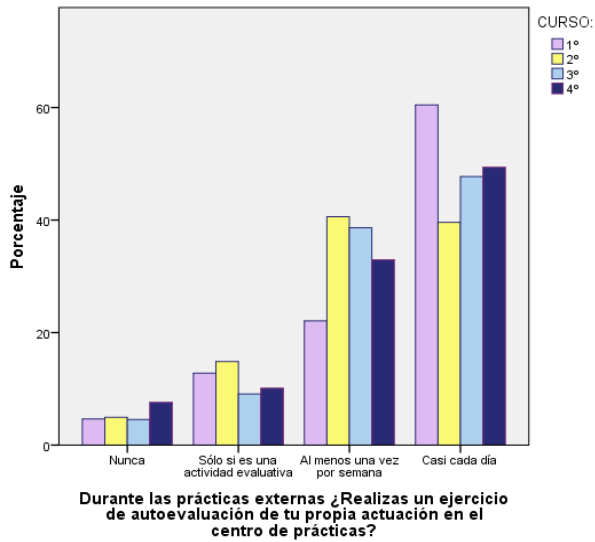


Figura 26. Diagrama de barras: Curso –Autoevaluación

Respecto a este comportamiento no se observan diferencias significativas a lo largo de los cuatro cursos. El 82,2% de los estudiantes realiza un ejercicio de autoevaluación de su propia actuación en el centro de prácticas al menos una vez por semana y el 49% llevan a cabo una autoevaluación casi cada día.

La figura 26 muestra gráficamente la distribución de esta variable en función del curso académico.

Se analizó también la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y cada una de las tres dimensiones con el comportamiento Realizar un ejercicio de autoevaluación de la propia actuación en el centro de prácticas. Para este comportamiento se hallaron diferencias significativas tanto para la puntuación total de la escala EVPE ($p=0,001$) como para las tres dimensiones que conforman la escala: la Dimensión Ética ($p=0,002$), el Compromiso profesional ($p=0,000$) y el Dominio Profesional ($p=0,001$), tal y como se puede apreciar en la tabla 58.

Tabla 58. Relación entre la puntuación obtenida en EVPE y Ejercicio de autoevaluación

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE		0,000
• Dimensión Ética	Kruskall	0,002
• Compromiso Profesional	Wallis	0,030
• Dominio profesional		0,000

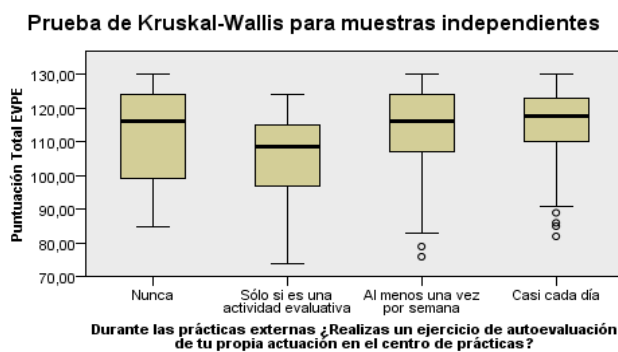


Figura 27. Diagramas de caja: Curso – Ejercicio de autoevaluación

En los diagramas de cajas (figura 27) se puede apreciar gráficamente como los estudiantes que puntuaron más alto en la escala tuvieron mayor tendencia a realizar un ejercicio de autoevaluación de su propia actuación.

4.2.1.11.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 279 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 4 categorías, 21 códigos y 6 subcódigos. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 4 grandes categorías, 17 códigos y 5 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 4 categorías, 11 códigos y 3 subcódigos.

La tabla 59 sintetiza los principales factores (según la percepción de los propios estudiantes) que influyen en el hecho de realizar una autoevaluación, más allá de la que se solicita formalmente en sus prácticas clínicas a lo largo del Grado de Enfermería tras la tercera y última depuración de los datos.

Tabla 59. Matriz de codificación: Autoevaluación - Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. FACTORES FAVORECEDORES DEL EJERCICIO DE AUTOEVALUACIÓN	3	3	0	1	7
CÓDIGO 1A. ACTIVIDADES EVALUATIVAS	3	2	0	1	6
CÓDIGO 1B. VALORES	0	1	0	0	1
a) Responsabilidad	0	1	0	0	1
CATEGORÍA 2. FACTORES NO FAVORECEDORES DEL EJERCICIO DE AUTOEVALUACIÓN	3	4	0	2	9
CÓDIGO 2A. PREDILECCIÓN POR EVALUACIÓN EXTERNA	2	0	0	2	4
CÓDIGO 2B. RECHAZO DEL EJERCICIO	0	3	0	0	3
CÓDIGO 2C. PERIODO DE PRÁCTICAS CORTO	1	0	0	0	1
CÓDIGO 2D. TURNO NOCHE	0	1	0	0	1
CATEGORÍA 3. FACTORES AMBIVALENTES	4	13	3	14	34
CÓDIGO 3A. CARACTERÍSTICAS PERSONALES	2	8	3	12	25
b) Autoexigencia - autocrítica	2	8	3	11	24
c) Inseguridad	0	0	0	2	2
CÓDIGO 3B. INFLUENCIA DE TUTORES Y PROFESORES	2	4	0	2	8
CATEGORÍA 4. OBJETIVOS DE LA AUTOEVALUACIÓN	56	60	33	56	205
CÓDIGO 4A. IDENTIFICAR PUNTOS DE MEJORA	51	55	29	50	185
CÓDIGO 4B. IDENTIFICAR PUNTOS FUERTES	12	27	6	20	69
CÓDIGO 4C. SER UN BUEN PROFESIONAL	3	3	2	6	14
TOTAL REFERENCIAS	69	93	40	77	279

El proceso de codificación permitió identificar 4 grandes categorías: 1) *Factores favorecedores de la autoevaluación*, 2) *Factores no favorecedores de la autoevaluación* 3) *Factores ambivalentes* (aquellos que pueden influir en ambos sentidos) y 4) *Objetivos de la autoevaluación*. A continuación, se muestran algunas de las referencias más significativas para cada uno de los códigos identificados en cada categoría.

**CATEGORÍA 1:
FACTORES QUE FAVORECEN EL EJERCICIO DE AUTOEVALUACIÓN**

Dentro de esta categoría se identificaron 2 códigos: 1A) *Actividades evaluativas de la asignatura* y 1B) *Valores*.

1A. ACTIVIDADES EVALUATIVAS DE LA ASIGNATURA

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Actividades evaluativas de la asignatura* con 6/7 (85,6%) referencias, lo que se repite en 1º, 2º y 3º curso:

“El hecho de hacer el diario reflexivo como trabajo hace plantearte muchas cosas y comparar todo lo que ves. Yo misma soy muy exigente y me esforzaba mucho por hacerlo mejor cada día” (190/1º).
“Porque al tener una rúbrica en la asignatura de prácticas puedo evaluarme de unos puntos concretos” (18/2º).
“Al principio de las prácticas miro la rúbrica de la evaluación para saber de qué me evaluarán y a mitad la vuelvo a revisar por si me falta algo para realizar” 128/4º.

Los tres estudiantes consideran que el *material evaluativo de la asignatura de prácticas* favorece su autoevaluación. 190/1º comenta que la realización de un diario reflexivo como actividad evaluativa además de su propio nivel de exigencia personal favorecen su autoevaluación. 18/2º y 128/4º consideran que disponer de una rúbrica que detalle los ítems de la evaluación facilita el proceso.

1B. VALORES

El segundo código identificado dentro de esta categoría es el de *Valores* que obtuvo una única referencia 1/7 (14,3%) de un estudiante de 2º curso. Se identificó un subcódigo dentro de esta categoría que fue el valor de la Responsabilidad:

“Por responsabilidad profesional. Lo hago, sobre todo, cuándo veo actuaciones de compañeros que no son adecuadas, me refuerza mi sentimiento del “deber hacer lo correcto” (178/2º).

178/2º menciona que el valor de la responsabilidad profesional es lo que guía su comportamiento y le lleva a realizar una autoevaluación. Especifica que en especial no hace en momentos en los que observa actuaciones inadecuadas por parte de los compañeros.

**CATEGORÍA 2:
FACTORES QUE NO FAVORECEN EL EJERCICIO DE AUTOEVALUACIÓN**

Los 4 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 2A) *Predilección por la evaluación externa*, 2B) *Rechazo del ejercicio* 2C) *Periodo de prácticas corto*, 2D) *Turno de noche*.

2A. PREDILECCIÓN POR LA VALORACIÓN EXTERNA

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 4/9 (44,4%) referencias y representación en 1º y 4º curso:

“Me gusta más preguntar cómo me ven en las prácticas, que me aconsejen y hagan críticas constructivas” (191/1º).
“No realizo este tipo de ejercicio porque me gusta hablar con mis docentes y que ellos me digan cuáles son mis fallos” (101/4º).

Ambos estudiantes coinciden en afirmar que para identificar puntos de mejora *prefieren una evaluación externa* a una autoevaluación.

2B. RECHAZO DEL EJERCICIO

Se trata del siguiente código identificado en función del número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo un total de 3/9 (33,3%) referencias y representación únicamente en estudiantes de 2º curso:

“No m'agraden aquests tipus d'exercici” (305/2º).
“No suelo realizar un ejercicio de auto-evaluación, ya que no lo encuentro muy útil. Pero, a medida que pasan los días, yo misma me doy cuenta de la evolución que voy dando” (233/2º).

Ambos estudiantes *rechazan la realización de la autoevaluación* durante su periodo de prácticas. 305/2º afirma que le desagrada el ejercicio y 233/2º manifiesta que no lo considera útil.

2C. PERIODO DE PRÁCTICAS CORTO

Se trata del siguiente código identificado en función del número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo 1/9 (11,1%) referencia y representación únicamente en 1º curso:

“Porque no me da tiempo de autoevaluarme en un periodo tan corto de tiempo. Probablemente si se tratara de un periodo más largo, hubiera realizado la autoevaluación” (199/1º).

199/1º considera que el periodo de prácticas no es suficientemente largo como para poder evaluarse. Considero importante remarcar que en 1º curso el periodo de prácticas hospitalarias tiene una duración de 4 semanas.

2D. TURNO NOCHE

Se trata del siguiente código identificado en función del número de referencias dentro de esta categoría. Obtuvo 1/9 (11,1%) referencia y representación únicamente en 2º curso:

“Siempre he realizado las prácticas de noche, así que realizar una autoevaluación después de un turno de noche nos siempre es posible” (76/2º).

199/1º manifiesta que realizar prácticas en el *turno de noche* no favorece la realización de un ejercicio de autoevaluación, aunque no especifica los motivos.

CATEGORÍA 3: FACTORES AMBIVALENTES

Dentro de esta categoría se identificó un único código, la *influencia de tutores y profesores*.

3A. INFLUENCIA DE TUTORES Y PROFESIONALES

En esta categoría, el único código identificado ha sido la *Influencia de tutores y profesionales* con un total de 8/8 (100%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º:

“Sí, ya que los profes nos mandaban autoevaluarnos y ser autocríticos con nosotros mismos durante las prácticas hospitalarias” (22/1º).

“Por lo menos una vez a la semana me reunía con la enfermera tutora de prácticas para hacer una pequeña autoevaluación” (304/2º).

“Lo he hecho si el enfermero responsable me lo pide. Por lo general, no suelo hacerlo” (152/4º).

Los tres estudiantes manifiestan que realizan el ejercicio de autoevaluación porque su profesor tutor de prácticas o la enfermera tutora de prácticas se lo ha exigido.

CATEGORÍA 4: OBJETIVOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

Se trata de la categoría que ha obtenido un mayor número de referencias, con un total de 205/279 (73,5%) en esta pregunta.

Los 3 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 4A) *Identificar puntos de mejora*, 4B) *Identificar puntos fuertes, capacidades o aprendizajes*, 4C) *Ser un buen profesional*.

4A. IDENTIFICAR PUNTOS DE MEJORA

El código que obtuvo mayor número de referencias dentro de esta categoría fue el de *Identificar puntos de mejora* con 185/205 (90,2%) referencias, lo que se repite en los 4 cursos:

“Pienso cada día lo que he hecho mal y lo que podría mejorar” (182/1º).

“Para así identificar en qué he fallado y porqué para así tenerlo en cuenta siempre y no errar en próximas actuaciones” (235/2º).

“Es necesario reflexionar sobre lo que haces para detectar errores o cosas a mejorar y así hacerlo. También pido a profesionales que evalúen algunas de mis actuaciones cuando no me fío de mi criterio” (68/3º).

“Sóc una persona molt exigent amb mi mateixa com també insegura. Per això, com sóc molt conscient de les meves mancances o debilitats, intento fer l'autocrítica amb mi mateixa i canviar el que considero oportú per millorar (164/4º).

Los cuatro estudiantes manifiestan que realizan el ejercicio de autoevaluación para *identificar los errores cometidos o puntos de mejora*. 68/3º añade que le gusta complementar su autoevaluación con una evaluación externa por parte de sus profesionales de referencia. 164/4º añade que sus características personales (su alto nivel de exigencia y su inseguridad le llevan a realizar autocrítica y a tomar conciencia de sus puntos de mejora).

4B. IDENTIFICAR PUNTOS FUERTES Y CAPACIDADES

El siguiente código identificado dentro de esta categoría por número de referencias obtenidas fue *Identificar puntos fuertes, capacidades y aprendizajes* con 64/205 (31,2%):

“Me sirve para saber en qué aspectos voy bien o destaco y en qué aspectos mejorar” (211/1º).

“Siempre pienso en lo que he hecho bien durante el día y lo que podría haber hecho mejor, con el fin de que al día siguiente lo haga un poco mejor” (245/2º).

“De esta forma mejoro poco a poco, siendo consciente de mi propio aprendizaje y capacidad” (79/3º).

“Tengo un viaje en AVE de 38 minutos cada día y aprovecho para pensar en el día, en general y sí que es verdad que me hago una autoevaluación para saber dónde he estado bien, si puedo mejorar en algo o simplemente para darme cuenta de lo mucho que disfruto siendo enfermera” (125/4º).

211/1º, 245/2º y 125/4º manifiestan que además de identificar puntos de mejora, realizan un ejercicio de autoevaluación para tomar conciencia de aquello que han hecho bien durante el proceso de prácticas. 79/3º manifiesta que mejora al *tomar conciencia de sus aprendizajes y capacidades* y 125/4º declara que aprovecha el trayecto de vuelta a casa para realizar la autoevaluación.

4C. SER UN BUEN PROFESIONAL

El último código identificado dentro de esta categoría fue *ser un buen profesional* con 14/205 (6,8%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“Siempre es bueno autoevaluarse para mejorar y crecer como enfermera” (226/1º).

“Considero que es bueno reflexionar sobre tu actuación en el centro hospitalario para poder mejorar cada día y ser una buena enfermera en el futuro” (52/2º).

“Quiero siempre hacerlo un poco mejor cada día y por eso pienso en qué tal he realizado mi trabajo en las prácticas. Me influye la capacidad de superarme día a día para ser una buena enfermera en el futuro” (28/3º).

“Actúo de este modo para ser un buen profesional, intento analizar cada fallo para en un futuro ser mejor” (121/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede identificar como es la intención de *mejorar como profesionales* lo que les lleva a realizar un ejercicio de autoevaluación.

4.2.1.12 COMPORTAMIENTO 12: CONOCIMIENTO DE VALORES PROFESIONALES

Para explorar este comportamiento se formuló, en primer lugar, una pregunta cerrada a la que los estudiantes debían responder a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta y una pregunta abierta que nos permitiera explorar los factores relacionados con su conducta durante las prácticas. A continuación, se muestran ambas cuestiones:

- ¿Conoces los valores profesionales de enfermería?
 - No
 - Algo me suena
 - Sí los conozco pero sin profundidad
 - Sí, en profundidad
- ¿Puedes enumerar los que tú consideras más importantes y guían tu conducta durante las prácticas? Añade por qué crees que son importantes para ti (Aprox. 100 palabras):

4.2.1.12.1 ABORDAJE CUANTITATIVO

Se analizó la relación existente entre el conocimiento respecto a los valores profesionales de enfermería curso académico. La tabla 60 muestra los principales resultados obtenidos tras el análisis:

Tabla 60. Relación entre Conocimiento de los valores profesionales y Curso

CURSO	No	Algo me suena	Sí, pero sin profundidad	Sí, en profundidad	Total	Estad.
1º	6 (6,9%)	22 (25,3%)	47 (54,0%)	12 (13,8%)	87 (100,0%)	Chi cuadrado p = 0,000
2º	12 (12,0%)	33 (33,0%)	51 (51,0%)	4 (4,0%)	100 (100,0%)	
3º	0 (0,0%)	5 (11,6%)	27 (62,8%)	11 (25,6%)	43 (100,0%)	
4º	3 (3,8%)	13 (16,5%)	45 (57,0%)	18 (22,8%)	79 (100,0%)	
TOTAL	21 (6,8%)	73 (23,6%)	170 (55,0%)	45 (14,6%)	309 (100,0%)	

Respecto a los conocimientos de los estudiantes en relación a los valores profesionales de enfermería, el 6,8% verbaliza no conocerlos. Al 26,3% de los estudiantes les suena de algo, el 55% dice conocerlos, pero sin profundidad y el 14,6 % afirma conocerlos en profundidad.

Se han hallado diferencias significativas en relación al conocimiento de los valores a lo largo de los cuatro cursos. Hay mayor porcentaje de estudiantes que afirma no conocer los valores profesionales en los cursos inferiores y mayor porcentaje de estudiantes que afirma conocer los valores en profundidad en los cursos superiores.

La figura 28 muestra la representación gráfica de esta variable en función del curso académico.

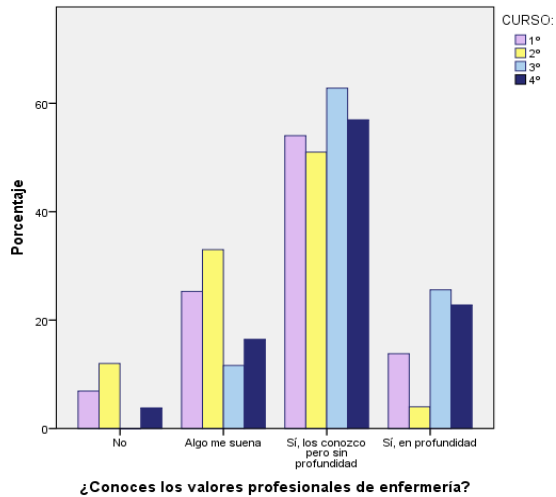


Figura 28. Diagrama de barras: Curso – Conocimiento de valores profesionales

Se analizó, también, la posible relación entre la puntuación total de la escala EVPE y sus dimensiones, con la variable *Conocimiento de los valores profesionales*.

Se hallaron diferencias significativas tanto para la puntuación total de la escala EVPE ($p=0,000$) como para las tres dimensiones que conforman la escala: la Dimensión Ética ($p=0,001$), el Compromiso profesional ($p=0,002$) y el Dominio Profesional ($p=0,000$), tal y como se puede apreciar en la tabla 61.

Tabla 61. Relación entre EVPE y Conocimiento de valores profesionales

	PRUEBA	P VALOR
Total EVPE	Kruskall	0,000
• Dimensión Ética	Wallis	0,001
• Compromiso Profesional		0,002
• Dominio profesional		0,000

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

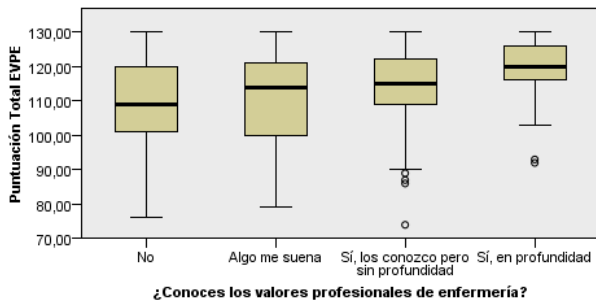


Figura 29. Diagramas de caja: Curso – Conocimiento de los valores profesionales

En el diagrama de cajas (figura 29) se puede apreciar gráficamente como los estudiantes que puntuaron más alto en la escala manifestaron mayor conocimiento de los valores profesionales de enfermería.

4.2.1.12.2 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 286 y respuestas para esta pregunta que se corresponden con 3890 referencias en total (984 en primero, 1207 en segundo, 572 en tercero y 1127 en cuarto), se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 73 códigos. Tras una segunda depuración de los datos se identificaron 50 códigos y 9 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se identificaron 39 códigos y 20 subcódigos.

La tabla 62 sintetiza los valores identificados en los discursos de los estudiantes en relación al curso académico y ordenados por frecuencia de referencias.

PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	TOTAL					
TOTAL REFERENCIAS	984	TOTAL REFERENCIAS	1307	TOTAL REFERENCIAS	1127	TOTAL REFERENCIAS	3890		
HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS	56	HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS	72	HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS	46	HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS	110	HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS	284
→ Empatía	38	→ Empatía	47	→ Empatía	29	→ Empatía	60	→ Empatía	174
→ Escucha activa	9	→ Escucha activa	9	→ Asertividad	10	→ Asertividad	24	→ Asertividad	48
→ Asertividad	6	→ Asertividad	8	→ Escucha activa	6	→ Escucha activa	19	→ Escucha activa	43
RESPETO	56	→ Resolver conflictos	2	RESPETO	33	→ Gestión emocional	1	→ Gestión emocional	2
→ Respeto a la intimidad	15	→ Gestión emocional	1	→ Respeto (dignidad)	5	RESPETO	54	→ Resolver conflictos	2
→ Respeto (valores y creencias)	9	RESPETO	40	→ Respeto (intimidad)	2	→ Respeto (valores y creencias)	7	RESPETO	183
→ Respeto (dignidad)	1	→ Respeto (valores y creencias)	5	→ Respeto (vida)	1	→ Respeto (intimidad)	6	→ Respeto (intimidad)	27
→ Respeto (derechos del paciente)	1	→ Respeto (intimidad)	4	→ Respeto (derechos del paciente)	1	→ Respeto (dignidad)	4	→ Respeto (valores y creencias)	22
COMPETENCIA PROFESIONAL	18	→ Respeto (dignidad)	2	→ Respeto (valores y creencias)	1	COMPETENCIA PROFESIONAL	22	→ Respeto (dignidad)	12
→ Conocimientos	4	COMPETENCIA PROFESIONAL	18	PRINCIPIOS ÉTICOS	16	→ Conocimientos	4	→ Respeto (derechos del paciente)	2
→ Formación continua	2	→ Conocimientos	4	→ Justicia	4	→ Practica basada en evidencia	3	→ Respeto a la vida	1
CUIDADO	18	→ Formación continua	4	(Igualdad – Equidad)	4	→ Eficacia	2	COMPETENCIA PROFESIONAL	60
HOLISMO Y HUMANIZACIÓN	17	→ Capacidad de aprender	1	→ No maleficencia	3	→ Capacidad de aprender	1	→ Conocimientos	12
CARISMA, SIMPATÍA, AMABILIDAD	14	HOLISMO Y HUMANIZACIÓN	17	→ Autonomía	2	→ TRABAJO EN EQUIPO	22	→ Formación continua	6
AYUDAR AL BIENESTAR, ACOMPAÑAR	12	PRINCIPIOS ÉTICOS	17	→ Beneficencia	1	CARISMA, SIMPATÍA, AMABILIDAD	17	→ Eficacia	3
CONFIDENCIALIDAD	10	→ Justicia	6	RELACIÓN DE CONFIANZA	8	CUIDADO	16	→ Practica basada en evidencia	3
PRINCIPIOS ÉTICOS	10	(Igualdad – Equidad)	4	HOLISMO Y HUMANIZACIÓN	7	RESPONSABILIDAD	14	→ Capacidad de aprender	2
→ Justicia	5	→ Autonomía	4	CARISMA, SIMPATÍA, AMABILIDAD	6	VALORES Y PRINCIPIOS ÉTICOS	14	VALORES Y PRINCIPIOS ÉTICOS	57
(Igualdad – equidad)	5	→ Beneficencia	2	RESPONSABILIDAD	6	→ Justicia	6	→ Justicia	21
→ Autonomía	3	→ No maleficencia	1	SINCERIDAD - HONESTIDAD	6	(Igualdad – equidad)	5	(Igualdad – Equidad)	18
→ No maleficencia	2	RESPONSABILIDAD	14	CUIDADO	5	→ Autonomía	4	→ Autonomía	13
TOLERANCIA	8	AYUDAR AL BIENESTAR, ACOMPAÑAR	12	TOLERANCIA	5	→ No maleficencia	1	→ No maleficencia	7
SINCERIDAD - HONESTIDAD	6	CARISMA, SIMPATÍA, AMABILIDAD	12	COMPROMISO	4	HOLISMO Y HUMANIZACIÓN	13	→ Beneficencia	3
HUMILDAD	5	TRABAJO EN EQUIPO	11	CONFIDENCIALIDAD	4	AYUDAR AL BIENESTAR, ACOMPAÑAR	8	HOLISMO Y HUMANIZACIÓN	54
RESPONSABILIDAD	5	PACIENCIA	11	EDUCACIÓN	4	RELACIÓN DE CONFIANZA	7	CARISMA, SIMPATÍA, AMABILIDAD	49
COMPRENSIÓN	4	CUIDADO	9	SEGURIDAD	4	SINCERIDAD - HONESTIDAD	5	CUIDADO	48
PACIENCIA	4	TOLERANCIA	8	IGUALDAD - EQUIDAD	4	TOLERANCIA	5	TRABAJO EN EQUIPO	40
TRABAJO EN EQUIPO	4	CONFIDENCIALIDAD	7	ADAPTACIÓN	3	EDUCACIÓN	4	RESPONSABILIDAD	39
SEGURIDAD	3	SINCERIDAD - HONESTIDAD	6	INICIATIVA Y PROACTIVIDAD	3	SEGURIDAD	4	AYUDAR AL BIENESTAR, ACOMPAÑAR	34
ENTUSIASMO, VOCACIÓN	2	ENTUSIASMO, VOCACIÓN	4	AYUDAR AL BIENESTAR, ACOMPAÑAR	2	AUTOEVALUACIÓN	3	TOLERANCIA	26
RELACIÓN DE CONFIANZA	2	IGUALDAD - EQUIDAD	4	CAPACIDAD DE DECIDIR	2	CONFIDENCIALIDAD	3	CONFIDENCIALIDAD	24
TRABAJO	2	COMPRENSIÓN	3	COMPETENCIA PROFESIONAL	2	ENTUSIASMO, VOCACIÓN	3	SINCERIDAD - HONESTIDAD	23
ALTRUISMO - GENEROSIDAD	1	COMPROMISO	3	HUMILDAD	2	PACIENCIA	3	PACIENCIA	20
CAPACIDAD DE DECIDIR	1	INICIATIVA Y PROACTIVIDAD	3	PACIENCIA	2	ADAPTACIÓN	2	RELACIÓN DE CONFIANZA	18
COMPROMISO	1	ALTRUISMO - GENEROSIDAD	2	TRABAJO EN EQUIPO	2	ATENCIÓN CENTRADA EN PACIENTE	2	SEGURIDAD	11
EDUCACIÓN	1	CAPACIDAD DE DECIDIR	2	ALTRUISMO - GENEROSIDAD	1	CALIDAD	2	COMPROMISO	10
FORTALEZA	1	INTEGRIDAD	2	COMPRENSIÓN	1	COMPROMISO	2	EDUCACIÓN	10
INTEGRIDAD	1	ADAPTACIÓN	1	CREATIVIDAD	1	EMPRENDEDURIA	2	ENTUSIASMO, VOCACIÓN	10
SOLIDARIDAD	1	EFICACIA	1	ENTUSIASMO, VOCACIÓN	1	HUMILDAD	2	HUMILDAD	10
		EDUCACIÓN	1	INTEGRIDAD	1	INTEGRIDAD	2	COMPRENSIÓN	9
		FORTALEZA	1	ORDEN	1	INVESTIGACIÓN	2	INICIATIVA Y PROACTIVIDAD	7
		HUMILDAD	1	RESILIENCIA	1	TRABAJO	2	ADAPTACIÓN	6
		LIDERAZGO	1	SABER ESTAR	1	ALTRUISMO - GENEROSIDAD	1	INTEGRIDAD	6
		ORDEN	1	SOLIDARIDAD	1	COMPRENSIÓN	1	ALTRUISMO - GENEROSIDAD	5
		RELACIÓN DE CONFIANZA	1			CREATIVIDAD	1	CAPACIDAD DE DECIDIR	5
		SABER ESTAR	1			INICIATIVA Y PROACTIVIDAD	1	TRABAJO	5
		TRABAJO	1			LIDERAZGO	1	AUTOEVALUACIÓN	3
						ORDEN	1	ORDEN	3
						RESILIENCIA	1	SABER ESTAR	3
						SABER ESTAR	1	SOLIDARIDAD	3
						SOLIDARIDAD	1	ATENCIÓN CENTRADA EN PACIENTE	2
								CALIDAD	2
								CREATIVIDAD	2
								EMPRENDEDURIA	2
								FORTALEZA	2
								INVESTIGACIÓN	2
								LIDERAZGO	2
								RESILIENCIA	2

Tabla 62. Valores profesionales identificados por los estudiantes de cada curso

4.2.1.13 COMPORTAMIENTO 13: RESPETO DE VALORES PROFESIONALES

Esta pregunta se abordó únicamente desde una perspectiva cualitativa. A continuación, se detalla la pregunta que se formuló a los estudiantes:

- Pregunta abierta: ¿Crees que en alguna ocasión has actuado ignorando alguno de los valores profesionales de enfermería o has descuidado el trato que ofreciste a algún paciente? ¿Por qué crees que actuaste de ese modo? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas.

4.2.1.13.1 ABORDAJE CUALITATIVO

Se obtuvieron un total de 296 respuestas para esta pregunta, se realizó una codificación inicial de los datos y se identificaron un total de 6 categorías, 26 códigos y 6 subcódigos. Tras una segunda depuración de los datos se mantuvieron las 3 categorías, 21 códigos y 5 subcódigos. Finalmente, tras la tercera depuración de datos se mantuvieron las 3 categorías y 18 códigos.

La tabla 63 sintetiza los principales motivos que influyen en la vulneración de los valores profesionales de enfermería a lo largo de las prácticas clínicas por parte de los estudiantes de enfermería.

El proceso de codificación permitió identificar 6 grandes categorías:

1) *Sí, he ignorado los valores*, 2) *No he ignorado los valores*, 3) *No conozco los valores profesionales*, 4) *Factores favorecedores del respeto a los valores*, 5) *Factores no favorecedores del respeto a los valores*, 6) *Factores ambivalentes*.

Tabla 63. Matriz de codificación: Vulneración de los valores profesionales - Curso

CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS	CURSO				TOTAL
	1º	2º	3º	4º	
CATEGORÍA 1. SÍ, HE IGNORADO LOS VALORES PROFESIONALES	29	51	19	52	151
CATEGORÍA 2. NO HE IGNORADO LOS VALORES PROFESIONALES	40	40	12	21	113
CATEGORÍA 3. NO CONOZCO LOS VALORES PROFESIONALES	1	2	0	1	4
CATEGORÍA 4: FACTORES FAVORECEDORES DEL RESPETO A LOS VALORES PROFESIONALES	16	11	0	7	34
CÓDIGO 4A. PROFESIONALIDAD	7	1	0	3	11
CÓDIGO 4B. EMPATÍA	4	3	0	3	10
CÓDIGO 4C. VOCACIÓN	4	1	0	0	5
CÓDIGO 4D. HUMANIZAR EL CUIDADO	0	3	0	1	4
CÓDIGO 4E. FORMACIÓN UNIVERSITARIA	0	2	0	1	3
CÓDIGO 4F. COINCIDENCIA CON VALORES PERSONALES	0	2	0	1	3
CÓDIGO 4G. ÉTICA	1	0	0	0	1
CÓDIGO 4H. ALTRUISMO	0	1	0	0	1
CATEGORÍA 5. FACTORES NO FAVORECEDORES DEL RESPETO A LOS VALORES PROFESIONALES	24	39	14	45	122
CÓDIGO 5A. SOBRECARGA LABORAL - FALTA DE TIEMPO	9	14	4	20	47
CÓDIGO 5B. FALTA DE CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA	6	9	4	7	26
CÓDIGO 5C. INSEGURIDAD - ROL ESTUDIANTE	1	4	4	5	14
CÓDIGO 5D. TRATO DEL PACIENTE DESPECTIVO	2	7	1	4	14
CÓDIGO 5E. PROBLEMAS EXTERNOS	1	4	0	6	11
CÓDIGO 5F. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE	4	3	0	2	9
CÓDIGO 5G. CANSANCIO	2	2	0	1	5
CÓDIGO 5H. EXPERIENCIAS NEGATIVAS PREVIAS CON ALGÚN COLECTIVO	0	0	0	1	1
CÓDIGO 5I. SITUACIÓN URGENTE	1	0	0	0	1
CATEGORÍA 6. FACTORES AMBIVALENTES	1	3	1	1	6
CÓDIGO 6A. INFLUENCIA DE LOS PROFESIONALES	1	3	1	1	6
TOTAL PARTICIPACIÓN	79	98	43	76	296

CATEGORÍA 1:

“SÍ, HE IGNORADO LOS VALORES PROFESIONALES”

Se trata de la categoría que ha obtenido un mayor número de referencias, con un total de 151/296 (51,0%). A continuación, se muestran algunas de las referencias de esta categoría:

“En algún momento sí. Creo que con la práctica y la buena base de los valores que tiene cada uno se llega a trabajar muy bien. He aprendido de los errores, ya que me he dado cuenta” (201/1º).

“En algún momento, de los nervios quizás olvidas de dónde estás, aun así... rápidamente te das cuenta cuando ves al paciente y su situación” (280/2º).

“puede ser, ya que depende de la situación, puedes haber ofrecido unos mejores o peores cuidados” (81/3º).

“En algún caso, he juzgado a algún paciente y he dejado de ser empática, pero normalmente no lo hago” (154/4º).

Es importante tener en cuenta que algo más de la mitad de los estudiantes han afirmado haber vulnerado los valores profesionales de enfermería en alguna ocasión.

**CATEGORÍA 2:
“NO HE IGNORADO LOS VALORES PROFESIONALES”**

La siguiente categoría identificada ha sido No he ignorado los valores profesionales. Ha obtenido un total de 122/296 (41,2%) referencias. A continuación, se muestran algunas de las referencias de esta categoría:

“No creo que nunca haya hecho eso, si lo he hecho, no me he dado cuenta” (11/1º).
“Creo que no, siempre he intentado hacer el bien a todo el mundo” (51/2º).
“No. Hoy por hoy, no he ignorado ninguno de estos valores. Si ya estando de prácticas obviamos valores, no puedo ni imaginarme qué haremos en un futuro” (40/3º).
“En mi recuerdo, no creo que haya ignorado aún los valores profesionales, menos aún, de manera intencionada 33/4º).

**CATEGORÍA 3:
“NO CONOZCO LOS VALORES PROFESIONALES”**

La siguiente categoría identificada ha sido No conozco los valores profesionales. Ha obtenido un total de 4/296 (1,35%) referencias. A continuación, se muestran algunas de las referencias de esta categoría:

“No sé bien los valores profesionales de enfermería, por eso no sabría decirte si he ignorado alguno” (95/1º).
“La verdad, no lo sé, no los conozco bien” (53/2º).
“A lo mejor, no los conozco, así que no estoy seguro” (153/4º).

**CATEGORÍA 4:
FACTORES FAVORECEDORES DEL RESPETO A LOS VALORES PROFESIONALES**

Dentro de esta categoría se identificaron 8 códigos: 4A) *Profesionalidad*, 4B) *Empatía*, 4C) *Vocación*, 4D) *Humanizar el cuidado*, 4E) *Formación universitaria*, 4F) *Coincidencia con valores personales*, 4G) *Ética* y 4H) *Altruismo*. Obtuvo un total de 34/296 (11,5%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso.

4A. PROFESIONALIDAD

El código que obtuvo mayor número de referencias fue el de *Profesionalidad* con 11/34 (32,3%) referencias. Obtuvo representación en 1º, 2º y 4º curso.

Si analizamos la información por cursos podemos observar que fue el código más identificado en 1º y 4º curso:

“No, ya que de lo poco que conocía, he intentado ponerlo en práctica con cada caso y cada paciente para poder ajustarme más a lo que es una enfermera y poder ser más profesional en mi trabajo” (22/1º).
“No, penso que és important tenir sempre el que precissa la professió” (297/2º).
“Nunca he actuado ignorado estos valores, porque se estaría perdiendo la profesionalidad” (134/4º).

En el discurso de los tres estudiantes se puede identificar la *Profesionalidad* como una guía de su comportamiento, que les lleva a respetar los valores profesionales.

4B. EMPATÍA

El siguiente código identificado fue la *Empatía*, con un total de 10/34 (29,4%) referencias. Como en el caso anterior, fue un código mencionado por estudiantes de 1º, 2º y 4º curso:

“No, siempre he dado un trato correcto a los pacientes que he atendido, los he tratado con respeto y empatía. Así como me gusta que me traten a mí” (185/1º). “Creo que nunca he actuado de esa manera ya que siempre intento tener un buen trato porque utilizo la empatía y pienso que son personas enfermas y vulnerables y por ese motivo siempre intento tratarlos lo mejor que puedo para hacer que su estancia hospitalaria sea mejor y respetar los valores” (240/2º).

“No creo que en ningún momento haya ignorado los valores enfermeros. Quizás no he realizado correctamente algún procedimiento, pero nunca he descuidado a la persona que había detrás de ese procedimiento. Los he tratado con empatía, como me gustaría que trataran a mi madre si estuviera hospitalizada, porque creo que, de esta manera, ganamos todo” (155/4º).

Los tres estudiantes coinciden en manifestar que su *actitud empática* les ayuda a respetar los valores profesionales mientras ofrecen sus cuidados a los pacientes. 240/2º añade que al tomar conciencia de la vulnerabilidad de los pacientes intenta mejorar la calidad de su estancia hospitalaria, y 155/4º reconoce que en algún momento puede haber errado en una intervención, pero sin olvidar que el centro de los cuidados es un ser humano.

4C. VOCACIÓN

El siguiente código identificado en función del número de referencias fue la *Vocación*, con un total de 5/34 (14,7%) referencias. Este código fue mencionado por estudiantes de los dos primeros cursos:

“Considero que he tenido en cuenta los valores profesionales ya que realizo algo que me gusta con entusiasmo y alegría y por eso lo intento hacer lo mejor posible” (183/1º).

“Yo, soy una persona que me encanta esta profesión y ello conlleva a no descuidar los valores básicos de la enfermería. Considero que quien no tenga estos valores no haría bien su trabajo. Para mí es muy importante, hay que tener a veces paciencia, pero siempre empatizando con el paciente, ya que el que lo está pasando mal es él, y nunca sabemos cómo actuaríamos nosotros” (222/1º).

“Sinceramente, creo que no. Precisamente decidí estudiar enfermería porque me gusta el trato con la persona y en particular, la persona que tiene alguna necesidad. La verdad es que me encanta esta profesión y por eso creo que siempre tengo presentes los valores” (271/2º).

Los tres estudiantes coinciden en afirmar que les gusta esta profesión, y es esa *vocación* por la profesión enfermera lo que les lleva a respetar los valores profesionales. 183/1º expone además que intenta actuar de la mejor manera posible y 222/1º añade que son la paciencia y la empatía son importantes durante el cuidado además de considerar que la carencia de valores va en detrimento de la actuación enfermera.

4D. HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

El siguiente código identificado dentro de esta categoría es *Humanización del cuidado* con un total de 4/34 (11,76%) referencias y representación en 2º y 4º curso:

“De manera consciente, nunca descuido el trato con un paciente. Creo que se les tiene que hacer pasar el mejor tiempo posible durante su estancia en el hospital ya que son seres humanos que están sufriendo” (254/2º).

“Personalmente considero que siempre las cosas se pueden hacer mejor. Pero por profesión enfermera intentas hacer tu labor lo más humanamente posible, porque tratas con personas, y has de tratar como te gustaría que te tratarasen” (149/4º).

Ambos estudiantes coinciden en que no descuidan los valores profesionales para poder ofrecer un trato humanizado al paciente. 254/2º especifica que los cuidados van dirigidos a personas con algún grado de sufrimiento y en el discurso de 149/4º está presente la empatía como una habilidad que le ayuda incorporar los valores profesionales durante el cuidado.

4E. FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El siguiente código identificado dentro de esta categoría fue la *Formación Universitaria* con un total de 3/34 (8,8%), y representación en 2º y 4º curso:

“Siempre intento respetar los valores. Actúo de este modo, tal y cómo me han enseñado en la escuela” (278/2º).

“No, he actuado en principio con mis valores y con los que he aprendido estos 4 años” (142/4º).

Ambos estudiantes mencionan que la *formación* recibida en la escuela influye en su comportamiento, el respeto de los valores profesionales.

4F. COINCIDENCIA CON VALORES PERSONALES

El siguiente código identificado dentro de esta categoría fue la *Coincidencia con valores personales*, con un total de 3/34 (8,8%) referencias. Fue un código mencionado por estudiantes de 2º y 4º curso:

“¡Creo que no! Porque la enfermería no es solo una profesión, si no una manera de entender y vivir la vida. Todos los valores que promueve la enfermería son los mismos valores que dirigen mi vida” (177/2º).

“Nunca he ignorado ninguno de los valores mencionados anteriormente, porque creo que son las que forman parte de cualquier enfermera al menos, yo. Es decir, son los que soy” (32/4º).

Ambos estudiantes expresan haber integrado como propios los valores profesionales de enfermería y por lo tanto no pueden ignorarlos a la hora de ofrecer sus cuidados durante las prácticas clínicas.

4G. PRINCIPIOS ÉTICOS

El siguiente código identificado dentro de esta categoría fue la *Ética*, con una única referencia 1/34 (2,9%) y representación en 1º curso:

“Creo que no, por lo que yo entiendo por los valores, creo que siempre intento aplicarlos, conocerlos. Actúo de este modo porque creo que es lo más ético para el paciente y porque creo que es lo que está mejor” (180/1º).

En el discurso de esta estudiante se puede apreciar como los *principios éticos* son los que guían su comportamiento y por este motivo respeta los valores profesionales de enfermería considerando que es el mejor modo de actuar.

4H. ALTRUISMO

El último código identificado dentro de esta categoría fue el *Altruismo*, con una única referencia 1/34 (2,9%) como en el código anterior y representación en 2º curso:

“Creo que no, solo he realizado 18 días de prácticas, y durante ese corto periodo de tiempo he intentado seguir la línea del respeto y altruismo por el paciente” (176/2º).

Me ha parecido importante considerar este código ya que el estudiante manifiesta que respeta los valores profesionales por *altruismo*, uno de los valores esenciales de enfermería.

CATEGORÍA 5: FACTORES NO FAVORECEDORES DEL RESPETO A LOS VALORES PROFESIONALES

En esta categoría se identificaron un total de 122/296 (41,21%) referencias y 9 códigos.

Los 9 códigos identificados dentro de esta categoría y ordenados en función del número de referencias obtenidas son los siguientes: 5A) *Sobrecarga laboral*, 5B) *Falta de conocimientos - experiencia*, 5C) *Inseguridad – rol de estudiante*, 5D) *Trato despectivo del paciente*, 5F) *Problemas externos*, 5G) *Características del paciente*, 5H) *Cansancio*, 5I) *Experiencias previas negativas* y 5J) *Situación Urgente*.

Si analizamos la información obtenida por cursos, el motivo más descrito en los cuatro cursos es la *Sobrecarga de trabajo*. En tercer curso se han identificado dos códigos más con el mismo número de referencias, la *falta de conocimientos – experiencia* y la *Inseguridad – rol de estudiante*.

A continuación, se muestran las referencias más representativas de cada uno de los códigos dentro de esta categoría:

5A. SOBRECARGA LABORAL

Se trata del código identificado con mayor número de referencias dentro de esta categoría para los cuatro cursos. Obtuvo un total de 47/122 (38,5%) referencias:

“Quizás algunas veces debería haber mejorado el trato con los pacientes. Ser más humana. Pero por falta de personal y carga de trabajo en la planta, muchas veces esto no lo logras realizar. Vas por la faena y no prestas atención a la persona” (203/1º).

“Sí, en alguna ocasión he actuado ignorando alguno de los valores porque a veces la sobrecarga laboral es mucha y llega un momento en que no puedes más. A pesar de esto, considero que no debería ser así porque trabajamos con personas que no están bien y necesitan de nuestra ayuda” (261/2º).

“En alguna ocasión, es verdad que, por falta de tiempo, estrés laboral, y por tener muchas tareas que atender a la vez, no he prestado suficiente atención a lo que me ha comentado el paciente. Es decir, si me ha comentado algo que yo he creído que no era urgente, pues no me he parado a atender con atención en ese momento y si he podido, después he vuelto” (258/3º).

“Sí creo que alguna vez he ignorado estos valores, ya que la carga de trabajo conduce a proporcionar, únicamente, los cuidados para mejorar la condición o el motivo de ingreso y centrarse únicamente en la patología” (127/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en afirmar que la *sobrecarga de trabajo* durante las prácticas les lleva a ignorar los valores profesionales de enfermería durante su atención a los pacientes. 203/1º afirma que en ocasiones no ha prestado atención a la persona, 261/2º considera que no es una actuación correcta porque se trabaja con personas, 258/3º menciona que ha priorizado el cuidado según su criterio propio sin tener en cuenta el criterio del paciente y finalmente 127/4º afirma que la sobrecarga laboral ha provocado que centre su atención únicamente en la esfera biológica de la persona.

5B. FALTA DE CONOCIMIENTO - EXPERIENCIA

Se trata del segundo código identificado en función del número de referencias. Obtuvo un total de 26/122 (21,3%) referencias y representación en los cuatro cursos.

“En alguna ocasión, nueva para mí, me ha faltado fortaleza para preservar según qué cosas. La falta de experiencia, el ver algo difícil o duro por primera vez, me ha echado un poco para atrás. Pero no es algo que no se pueda mejorar con trabajo y con el tiempo” (175/1º).

“Sí, supongo que, en ocasiones, cuándo nos enfrentamos a situaciones que no son cómodas, en las que no sabemos gestionar bien las emociones, nos creamos una coraza y no vemos más allá. Nos limitamos a no comunicar o no empatizar para que no nos duela” (117/2º).

“Puede que el primer año por falta de conocimientos y perspectivas del buen cuidado” (63/3º).

“Sí, a veces hay situaciones que no sabes controlar, y en vez de actuar con cabeza y sentido común, actúas con la rabia y la impotencia y actúas ignorando los valores” (109/4º).

Los cuatro estudiantes coinciden en manifestar que la principal causa de que en ocasiones obvien los valores profesionales durante el cuidado de los pacientes en sus prácticas clínicas es la *falta de conocimiento o experiencia*. 175/1º considera que es algo sobre lo que puede trabajar y aprender. En el discurso de 117/2º y 109/4º se identifican dificultades en la regulación emocional como el origen de la vulneración de los valores profesionales por parte de los estudiantes.

5C. INSEGURIDAD – ROL DE ESTUDIANTE

Se trata del tercer código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 14/122 (11,5%) y obtuvo representación en los cuatro cursos.

“Seguramente, creo que lo descuidé. Dejé que les estuviéramos realizando la higiene casi desnudo, prácticamente. Pero como estaban las auxiliares con experiencia, dejé, o no me atreví a modificar nada de lo que estaban haciendo” (1/1º).

“Creo que quizás alguna vez sí, pero por obligación, no porque me guste. A veces la vida te obliga a hacer cosas que no te gustan. Y la vida del estudiante es así "eres un mandado" por así decirlo, ya que el enfermero/a que te enseña manda sobre ti y él hace según qué cosas que tú tienes que seguirlo. Pero son experiencias de la vida que te hacen darte cuenta de cómo realmente quieres ser como enfermera” (253/2º).

“Creo que vi, alguna vez, sobre todo cuando me siento insegura, cuando observo que me están evaluando” (41/3º).

“Durant les pràctiques, és veritat que alguna vegada no he actuat d'acord a algun valor, però cal remarcar que durant les pràctiques, moltes decisions les pren la infermera responsable o l'equip i el rol que té l'estudiant de pràctiques és assumir” (164/4º).

Los tres estudiantes coinciden en manifestar que su *inseguridad* les ha llevado a ignorar en alguna ocasión los valores profesionales de enfermería. 1/1º, 253/2º y 164/4º han expresado que su rol de estudiante provoca que no se atrevan a expresar abiertamente su opinión sobre el modo de actuar de su enfermera responsable o algún otro miembro del equipo cuando consideran que estos no tienen en cuenta los valores profesionales. 41/3º afirma que sentirse evaluada le provoca inseguridad lo que desemboca en el descuido de los valores profesionales durante el cuidado que ofrece a los pacientes.

5D. TRATO DESPECTIVO DE LOS PACIENTES

Fue el cuarto código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 14/122 (11,5%) y representación en los cuatro cursos como en los códigos anteriores:

“No porque anteriormente no me habían tratado bien esos pacientes” (7/1º).

“No suelo, pero alguna vez lo he hecho porque no se me ha tratado a mí con educación y/o respeto. De manera que yo, sin quererlo, los he tratado de manera más fría” (17/2º).

“Si en algún momento me han faltado el respeto, puede que, de alguna manera, no haya dado el 100% de lo que podría dar (pero no me acuerdo de nada en particular)” (39/3º).

“Sí, recuerdo una ocasión. Y actué así porque estaba enfadada, ya que el paciente me trató mal y aquello me afectó emocionalmente. Me habló sin respeto y de manera cruel, después seguía realizándole los cuidados, pero solo por obligación ya que, si hubiera dependido de mí, no hubiese seguido yendo a su habitación. Después me sentí mal por enfadarme ya que me di cuenta de que tal vez por su situación de enfermedad podía estar en ese estado” (156/4º).

Los estudiantes de los cuatro cursos coinciden en afirmar que cuando han sentido que algún *paciente les faltaba el respeto* han experimentado más dificultades para seguir cuidado de ese paciente respetando todos los valores profesionales de enfermería. 156/4º añade que tras reflexionar sobre su comportamiento pudo tomar conciencia de que el paciente podría haber actuado de ese modo debido a su situación.

5E. PROBLEMAS EXTERNOS A LAS PRÁCTICAS

Se trata del siguiente código identificado según el número de referencias, obtuvo un total de 11/122 (9,0%) y representación en tres cursos: 1º, 2º y 4º.

“Hay veces que te afectan problemas externos y tal vez en alguna ocasión mi actitud no ha sido la adecuada o la mejor, pero lo importante es darte cuenta y poder detectarlo y corregirlo” (8/1º).

“Sí, creo que alguna vez he podido descuidar mis atenciones por el hecho de traer problemas de fuera al trabajo y no estar concentrada y poder dar de mí el 100%” (237/2º).

“Normalmente, no suelo descuidar mis valores como enfermera, aunque tengo que reconocer que, en alguna ocasión puntual, que he tenido un mal día, he podido descuidar el cuidado a los pacientes, aunque muy mínimo, siempre que me doy cuenta de mis errores intento solucionarlos” (160/4º).

Los tres estudiantes coinciden en manifestar que cuando han presentado *problemas externos* a las prácticas han tenido más dificultades en seguir los valores profesionales durante el cuidado de sus pacientes. 8/1º y 160/4º añaden que en cuanto han tomado conciencia de ello han intentado solucionarlo.

5F. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

El siguiente código identificado según el número de referencias fue *Características del paciente*. Obtuvo un total de 9/122 (7,4%) referencias y representación en 1º, 2º y 4º curso:

“Creo que respeto bastante los valores profesionales, excepto en una ocasión con un paciente: Porque solo me pasó una vez, que no fui muy empático y fue porque el paciente era bastante agresivo y la única forma de poder tomarle las constantes o higiene era no pensando en cómo el paciente se sentía. Tuve que forzar al paciente a hacer cosas, aunque era para su seguridad” (194/1º).

“No, ignorado los valores no, pero sí que se descuida a un paciente que por ejemplo pica 20 veces al timbre para que le lleven al WC o a aquellos que son más antipáticos o secos” (90/1º).

“Sí, alguna vegada he descuidat algun pacient i l'he fet esperar més degut a que són pacients detinguts per violència de gènere i crec que es poden esperar a que atengui a altres persones ja que normalment entren per lesions ocasionades durant atacs a les seves víctimes o per resistència a l'autoritat” (305/2º).

“Puede que en algún momento haya descuidado el trato al paciente, pero puede que no me haya dado cuenta o porque el paciente haya tenido una forma de ser muy insistente” (129/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede observar cómo ciertas *características de los pacientes* generan un rechazo en los estudiantes y mayores dificultades para ofrecer sus cuidados teniendo en cuenta los valores profesionales. 194/1º menciona a un *paciente agresivo*, 90/1º a *pacientes demandantes* o *antipáticos*, 305/2º a *pacientes detenidos por violencia de género* y finalmente 129/4º coincide con 90/1º nombrando a *pacientes demandantes*.

5G. CANSANCIO

El siguiente código identificado según el número de referencias fue el *Cansancio*. Obtuvo un total de 5/122 (4,1%) referencias y representación en 1º, 2º y 3º curso:

“Alguna vez sí, al final de la tarde cuando ya es la hora de plegar y estás cansado, haces las cosas deprisa para recoger y poder irte. Es ahí cuando se dejan de lado los valores y el trato” (96/1º).

“Sí, no siempre he estado con la suficiente fuerza para realizar el trato adecuado a todos los pacientes que he tratado. Aun sabiendo que no puede ser excusa, en situaciones de cansancio mental o físico, involuntariamente descuidas a los pacientes” (172/2º).

“Quizás alguna vez no he estado tan amable como debería, probablemente por cansancio” (108/4º).

Los tres estudiantes manifiestan que el *cansancio* es un factor que dificulta el respeto de los valores profesionales de enfermería durante el cuidado a los pacientes en sus prácticas clínicas.

5H. EXPERIENCIAS NEGATIVAS PREVIAS

El siguiente código identificado según el número de referencias fue *Experiencias previas*.
Obtuvo una única referencia 1/122 (0,8%) de un estudiante de cuarto curso:

“No recuerdo ninguna situación en especial, pero seguro que alguna vez me ha pasado. Es inevitable que nos pase alguna vez, no somos perfectos. Por un descuido o por haber tenido malas experiencias previas en un perfil determinado de pacientes, en mi caso: gitanos” (121/4º).

En este caso, la estudiante, a pesar de no recordar ninguna situación concreta, menciona una *experiencia negativa previa* con personas de etnia gitana como causa de haber vulnerado en alguna ocasión los valores profesionales de enfermería.

5I. SITUACIÓN URGENTE

El último código identificado según el número de referencias dentro de esta categoría fue *Situación urgente*.
Obtuvo una única referencia 1/122 (0,8%) de un estudiante de 1º curso:

“En emergencias, a veces se viven situaciones urgentes de mucho estrés, por lo que sí, en cierta manera, y dada la situación, he perdido alguno de los valores por estar enfocada en erradicar/solucionar el principal problema” (197/1º).

En este caso, a pesar de no detallar la situación, 197/1º afirma que durante ciertas *situaciones urgentes* se ha enfocado en solucionar el problema urgente vulnerando los valores profesionales de enfermería.

CATEGORÍA 6: FACTORES AMBIVALENTES

En esta categoría se identificaron un total de 6/296 (2%) referencias y un único código: 1)
Influencia de otros profesionales.

6A. INFLUENCIA DE OTROS PROFESIONALES

El código *Influencia de otros profesionales* obtuvo 6/6 (100%) referencias y representación en los cuatro cursos:

“No creo, ya que tenía mucho cuidado a los valores y mi auxiliar me los explicaba muy bien. Es lo más importante para mí” (186/1º).

“Puede que alguna vez. Cuando haces prácticas te fijas mucho en lo que hacen los profesionales y a veces lo

imitas porque crees que está bien y cuando reflexionas te das cuenta de que no" (171/2º).
"Intento siempre tener en cuenta los valores de los pacientes, pero es verdad que en ocasiones te dejas llevar por el funcionamiento del centro o por la manera errónea de actuar de tu enfermera tutora. No siempre he sido capaz de decirle a mi enfermera que no estaba actuando correctamente" (256/3º).
"Suelo procurar cumplir con todos los valores que he nombrado con anterioridad e intento aprender de las cosas positivas que veo de otros profesionales" (222/4º).

En el discurso de los cuatro estudiantes se puede observar cómo su comportamiento se ha visto influido por los profesionales con los que realiza sus prácticas. En el caso de 186/1º y 222/4º la influencia se produce en sentido positivo, promoviendo los valores profesionales en cambio, los estudiantes 171/2º y 256/3º comentan que al imitar la actuación de algunos profesionales han vulnerado alguno de los valores profesionales.

171/2º añade que ha tomado conciencia de haber vulnerado los valores tras una reflexión posterior de su actuación y 256/3º afirma que en ocasiones no ha sido capaz de actuar según sus valores por no contradecir a su enfermera tutora de prácticas.

4.3 SÍNTESIS DE CATEGORÍAS CÓDIGOS Y SUBCÓDIGOS (CCEUG)

Tras finalizar la codificación de todas las preguntas abiertas del CCEUG se decidió buscar las posibles relaciones entre categorías, códigos y subcódigos de las preguntas relacionadas con los comportamientos de los estudiantes (1b, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7b, 8b, 9b, 10b, 11b y 13b) y las tres dimensiones de la escala EVPE ya que, al observar las matrices de codificación de todas ellas, aparecían ciertas similitudes.

En el proceso de revisión de los datos participaron dos observadores (los mismos que habían participado en el proceso de codificación) que, en primer, lugar hicieron una revisión individual y posteriormente pusieron en común sus conclusiones. La tabla 64 recoge la síntesis de los hallazgos más relevantes tras la deliberación de las dos personas que participaron en el proceso de codificación.

Tabla 64. Categorías códigos y subcódigos (CCEUG) en relación con dimensiones (EVPE)

DIMENSIÓN "CUIDADO ÉTICO" (EVPE)	DIMENSIÓN "COMPROMISO PROFESIONAL" (EVPE)	DIMENSIÓN "DOMINIO PROFESIONAL" (EVPE)
PREGUNTAS CCEUG: 1b, 2b,3b,4b,5b,6b,7b,8b.	PREGUNTA CCEUG: 9b.	PREGUNTAS CCEUG: 10b, 11b, 13b.
FACTORES FAVORECEDORES	FACTORES FAVORECEDORES	FACTORES FAVORECEDORES
<ul style="list-style-type: none"> • Valores: <ul style="list-style-type: none"> → Respeto por la dignidad humana → Humanización de los cuidados → Responsabilidad → Principios éticos: Autonomía del paciente Justicia (Igualdad) → Intimidad → Confidencialidad → Bienestar → Profesionalidad → Protección y seguridad • Empatía • Formación universitaria • Favorece la comunicación terapéutica • Aportar beneficios al paciente y a estudiante <ul style="list-style-type: none"> → Comprensión, colaboración, confianza, tranquilidad, seguridad. → Mejora la calidad del cuidado • Atención centrada en el paciente • Obtención de gratificaciones Simbólicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender y estar informada • Visibilizar la profesión • Mejorar la calidad de la atención paciente • Mejorar la profesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores: <ul style="list-style-type: none"> → Responsabilidad → Profesionalidad → Altruismo → Humanización del cuidado → Principios éticos • Empatía • Formación universitaria • Mejorar formación • Curiosidad e interés • Mejorar seguridad estudiante • Mejorar calidad asistencial • Obtención de gratificaciones Simbólicas • Adaptación al centro de prácticas • Coincidencia con valores personal • Nivel alto de autoexigencia • Vocación
FACTORES NO FAVORECEDORES	FACTORES NO FAVORECEDORES	FACTORES NO FAVORECEDORES
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabajo • Falta de experiencia y conocimientos • Olvido, falta de conciencia • Inseguridad del estudiante • Evitar el rechazo del paciente • Interrupciones • Comodidad de los profesionales • Monotonía / rutina • Problemas externos / dificultades de autorregulación emocional • Situaciones urgentes • Desconocimiento de los valores del paciente • Conflicto con los valores del paciente • Prácticas culturales del paciente no saludables • Prejuicios • Barreras idiomáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidades • Falta de tiempo • Falta de experiencia y conocimientos • Falta de interés 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabajo • Inseguridad del estudiante • Falta de tiempo • Falta de interés • Falta de necesidad • Falta de conciencia • Predilección por la evaluación externa • Rechazo del ejercicio de autoevaluación • Problemas externos / dificultades de autorregulación emocional • Cansancio • Situaciones urgentes
FACTORES AMBIVALENTES		FACTORES AMBIVALENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad de la técnica • Influencia de profesionales • Características del paciente • Características de la organización • Experiencias previas y conocimientos de otras culturas 		<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de profesionales • Características del paciente • Experiencias previas y conocimiento de otras culturas • Características de la organización

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

"Esta historia de los valores ha sido la tortura de la filosofía desde hace setenta años. Ni el bien es un valor, ni la verdad es un valor, ni la belleza es un valor; son modos de actualidad de las cosas; la manera como las cosas por su propia realidad quedan, precisamente, en la inteligencia, en la voluntad y en el sentimiento del hombre."

Xavier Zubiri

La discusión se ha organizado de acuerdo con los objetivos generales y específicos planteados al inicio de la investigación, del planteamiento metodológico definido para poder dar respuesta a cada uno de ellos y de los principales hallazgos tras el análisis de los datos obtenidos con los dos instrumentos empleados: la *Escala de valores profesionales en enfermería* (EVPE) y el *Cuestionario de comportamientos de los estudiantes en las prácticas* (CCEUG):

5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS CON LA ESCALA EVPE

La escala EVPE permitió conocer el grado de importancia otorgada por los estudiantes de enfermería a los valores profesionales definidos por la *American Nurses Association*. A continuación, se contrastan los principales hallazgos con estudios previos con la voluntad de explicar los resultados.

5.1.1 DIMENSIÓN: CUIDADO ÉTICO

De las tres dimensiones que conforman la escala EVPE, la dimensión Cuidado Ético fue la que obtuvo mayores puntuaciones por parte de los estudiantes de enfermería de los cuatro cursos académicos, lo que coincide con estudios previos (61,93,105). Esto está en consonancia con la idea de que estos valores a menudo se aprenden durante los cursos de la formación académica de los estudiantes (55,106). Del mismo modo, cultivar una actitud solidaria es fundamental, ya que esta es la esencia de la profesión enfermera (106).

De hecho, los cuatro ítems mejor valorados por los estudiantes a lo largo de los cuatro cursos han sido: ítem #21 - Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad (4.80/5); ítem #25 - Garantizar la confidencialidad del paciente (4.80/5); ítem #16 - Proteger los derechos morales y legales de los pacientes (4,79/5) y ítem #24 - Ejercer la profesión teniendo en cuenta principios de fidelidad y respeto a la persona (4,75/5), todos ellos pertenecientes a la Dimensión Cuidado Ético y en los cuatro casos obtuvieron puntuaciones medias muy altas cercanas a la puntuación máxima. En estos ítems se pueden apreciar los valores esenciales de la profesión como el respeto a la dignidad, a la intimidad, la confidencialidad, la igualdad y la justicia, que constituyen la base ética de la profesión enfermera (20,57,81,83,107).

Gran parte de los estudios publicados respecto a los valores profesionales identificados en la profesión evidencian principalmente valores éticos. En el trabajo realizado por Altum (59) con estudiantes de enfermería fueron la verdad y el respeto a la dignidad humana los valores que obtuvieron mayores puntuaciones. Perez et al. (108) concluyeron en su estudio que los dos

valores a los que estudiantes de primero otorgaban mayor relevancia eran la Disponibilidad y entrega y la Responsabilidad. Por otro lado, Ramió (20) identificó valores altruistas, el valor de la dignidad humana, el valor de la libertad y el valor de la justicia como los más referenciados por los profesionales de enfermería. Tadd et al. (109) relacionaron en su trabajo la presencia de los valores éticos en la práctica diaria con el profesional “ideal”. Rivas et al. (110), utilizando el *Portrait Values Questionnaire* de Schwartz (111), encontraron puntuaciones elevadas en valores altruistas como la lealtad, responsabilidad y la inteligencia.

Así mismo, Weis y Schank (19) y más recientemente İlaslan et al. (112) obtuvieron un porcentaje mayor de varianza explicada entre profesionales para el factor *Cuidado*, en este factor se describe a la enfermera como proveedora de cuidados e incluye ítems relacionados con valores éticos tales como : Proveer cuidado sin prejuicios, Establecimiento de estándares que guíen la práctica clínica, actuar como defensora de los derechos de los pacientes. Del mismo modo, Basurto (18), utilizando el cuestionario EVPE, concluyó que los estudiantes otorgaron una mayor importancia a los ítems correspondientes a la dimensión *Cuidado Ético*.

Duran Parra (113) posteriormente identificó como los valores mayor puntuados en estudiantes de enfermería la Honestidad, Justicia, Respeto, Responsabilidad e Igualdad. En estudios más recientes, Véliz et al. (114) utilizando el *Portrait Values Questionnaire* detectaron valores elevados ligados al cuidado y promoción de la salud, especialmente en estudiantes de enfermería, tales como: Universalismo, Poder, Auto-dirección, Benevolencia, Conformidad, Tradición y Realización. Martín Ferreres (9) identificó como valores el Altruismo, Autonomía, Justicia social, Dignidad humana, Integridad y Estética en la práctica del cuidado. Poorchangizi et al. (66) identificaron en su trabajo puntuaciones altas tanto en estudiantes como en profesionales de enfermería en la dimensión Cuidado y Justicia utilizando como instrumento la escala NVPE-R.

Por otro lado es importante tener en cuenta que en los planes de estudios de los profesionales de enfermería se otorga mayor importancia a los valores éticos (18,19,90). De hecho Elfrinc (90) concluyó en su trabajo que los educadores de enfermería apoyaban el surgimiento de los valores esenciales descritos por la AANA (115) en 1986 tales como el Altruismo, Valores estéticos, Dignidad humana, Justicia, Libertada , Igualdad y Honestidad como parte integral de la educación de licenciatura en enfermería y la práctica profesional de enfermería.

La formación ética es compleja y, aunque hay diversidad de opiniones sobre a los valores a formar de los futuros profesionales (116), parece claro que destacan los que conforman la dimensión *Cuidado Ético*. De hecho, son los valores éticos los que se relacionan más

estrechamente con los profesionales de enfermería y por ello, como afirma Basurto (18), pueden ser más conocidos por los propios estudiantes.

La circunstancia de que los estudiantes presenten puntuaciones tan altas en la mayoría de ítems que conforman la escala, y especialmente en los valores éticos llama la atención en un mundo marcado por la competitividad, eficiencia, eficacia y rentabilidad, con deterioro de las relaciones humanas, basados en el bienestar material individual y en el descuido de la dignidad de la persona (110) . Una de las explicaciones a este hecho es que los estudiantes pudieran estar ofreciendo una respuesta social aceptada (109).

5.1.2 DIMENSIÓN: COMPROMISO PROFESIONAL

Por otro lado, los 4 ítems que obtuvieron una puntuación menor pertenecían a la dimensión *Compromiso profesional* y fueron: ítem #5 Participar en procesos de revisión entre colegas (3.47/5); ítem #26 - Participar en actividades de asociaciones profesionales de enfermería (3.85/5); ítem #4 - Participar en decisiones sobre la distribución de recursos (3.95/5) y ítem #19 - Participar en investigación en enfermería y llevar a la práctica los hallazgos pertinentes (3.98/5).

Es posible concluir, por tanto, que fue la dimensión *Compromiso Profesional* la que se consideró la menos importante por parte de los estudiantes de enfermería. Lo que concuerda con los resultados obtenidos por Weis y Schank (19), Poorchangizi et al. (66), Fernández et al. (117), Basurto (61), Kaya et al. (56), Fisher (118), Erkus y Dinc (119), Posluszny y Hawley (120), Feller et al. (105), Gallego y Sortedahl (121) e Ilaslan (112).

Los valores de esta dimensión tienen en consideración el grado de implicación social y profesional con la comunidad, las familias y los pacientes. Una de las explicaciones a esta situación se puede explicar por la escasa experiencia de los estudiantes que puede dificultar el hecho de tener en cuenta estos aspectos durante sus prácticas clínicas, a diferencia de las enfermeras más experimentadas (122). Weis y Schank (19) consideran que el factor explicativo de esta situación puede ser la percepción de las enfermeras de que el activismo profesional resta valor a la prestación de cuidados.

La puntuación más baja se le dio al mismo ítem para todos los años académicos: ítem #5- Participar en procesos de revisión entre colegas. Esto es coherente con la falta de conocimiento inicial de los estudiantes y la consideración de este asunto como una parte no fundamental de su vida profesional diaria (121,123–125).

Otro dato a destacar es la poca importancia que otorgan los estudiantes a la participación en colegios y asociaciones profesionales, fiel reflejo de la cultura española que tiene poca participación en este tipo de entidades (89,126), a pesar de que todas las profesiones, y especialmente las sanitarias, necesitan una representación sólida y cohesionada, fruto de un diálogo entre profesionales (126).

De hecho, aunque las políticas determinan la salud y la práctica enfermera, la mayoría de las enfermeras solo quieren continuar con su trabajo diario y no muestran interés por estos aspectos. Llevan a cabo las decisiones tomadas por otros y asumen un poder de influencia débil, aunque cada vez tienen un mayor cuerpo de conocimientos y habilidades (127). Y si bien es cierto que este hecho está empezando a cambiar, aún estamos lejos de asumir papeles relevantes en políticas de salud, algo que parece reflejarse también en los valores y las actitudes de los estudiantes. Anders (128) afirma que a pesar de que las enfermeras llevan disfrutando durante décadas de la reputación de ser profesionales confiables, falta la voz de la enfermería a nivel público; la representación en gobiernos y salas de juntas es insignificante y las enfermeras rara vez participan en la elaboración de políticas.

Respecto a la investigación, y a la importancia que otorgan a este valor los estudiantes de enfermería, cabe decir que a pesar de que otros estudios (128) han concluido que los estudiantes muestran actitudes generalmente positivas y comprenden el valor de la investigación para la práctica profesional de enfermería, en nuestra investigación fue uno de los ítems que recibió una puntuación menor, algo que se reflejó en los cuatro cursos. Es importante tener en cuenta, que a pesar de que obtuvo una puntuación media inferior al resto, fue cercana al 4/5. Otros estudios han detectado que persisten barreras para participar en la práctica basada en la evidencia en la profesión enfermera y que se hace preciso aumentar el uso de la práctica basada en la evidencia por parte de las enfermeras en los entornos de atención médica, remarcando que para ello, estos conceptos deben introducirse a lo largo del grado (129).

Estos resultados se correlacionan con el hecho de que los valores que componen la dimensión *Dominio Profesional* se adquieren y refuerzan en gran medida durante los estudios de posgrado (60). Por otro lado, es importante considerar que con frecuencia estos valores no se tratan con la profundidad que requieren los estudiantes en el plan de estudios de enfermería (79,129). Cabe añadir que, García-Moyano et al. (130) señalaron el hecho de que comprender el concepto mismo de valores profesionales puede resultar un constructo un tanto ambiguo cuando se trata de la práctica de enfermería real. En este sentido, el estudio de MacDonnell y Buck-McFadyen

(131) demostró cómo la gestión de esta situación requeriría una reorientación de la práctica de la enfermería al incluir la acción política, que es importante para mejorar la vida de las personas y es un componente integral de la práctica profesional de las enfermeras.

Mayelafshar et al. (132) agregaron que los estudiantes de enfermería se consideran a sí mismos con un papel poco relevante en términos de formulación de políticas, lo que indica que es necesario llenar un vacío en las facultades de enfermería (133). Además, la formulación de políticas se percibe como el papel de los sindicatos o el deber de los gerentes (67), y no de enfermeras individuales (62). López-Pereira y Arango-Bayer (124) argumentaron que esta percepción puede contribuir a la falta de participación en las asociaciones de enfermería durante la formación de grado. Elliott (122) descubrió que los valores identificados en las publicaciones de política organizacional estaban subrepresentados en los informes de investigación, lo que indica un gran desafío al que es necesario que la profesión enfermera haga frente.

Estos hallazgos muestran que los valores profesionales se desarrollan gradualmente y se establecen más firmemente a lo largo de los cuatro años de formación de los estudiantes. Este desarrollo gradual de valores es bastante común (56,123,134–136) y es de importancia fundamental para su posterior adopción, aunque también es evidente el desarrollo desigual de algunos valores (137), lo que coincide con los resultados obtenidos en nuestra investigación. De hecho, en el presente estudio, el enfoque en valores desiguales indicó qué dimensiones estaban más desarrolladas y cuáles menos, patrón que se repitió a lo largo de los cuatro años con los tres valores más valorados en la dimensión *Compromiso ético* y los tres menos valorados en relación con la dimensión *Dominio Profesional*.

5.1.3 DIMENSIÓN: DOMINIO PROFESIONAL

La tercera dimensión del instrumento, el *Dominio Profesional*, se mantuvo igual a lo largo del grado. En cierto sentido, esto indica que se alcanza una meseta (60) a pesar de que se enseñan nuevas materias, aumenta el número de horas de práctica clínica y por lo tanto, la exposición a nuevos modelos a seguir.

5.1.4 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Respecto a las variables sociodemográficas estudiadas cabe decir que no se obtuvieron diferencias significativas en la percepción de la importancia otorgada a los valores profesionales en función del género, edad, vía de acceso, y actividad laboral. En cambio sí se identificaron diferencias estadísticamente significativas en función del curso y de los años de experiencia profesional en ciencias de la salud, lo que concuerda completamente con los hallazgos de Green (138) y Shamari (63). En cambio, Fernández et al. (117) hallaron importantes diferencias de género con respecto a los valores profesionales de enfermería, y concluyeron que las mujeres otorgaban más importancia a los valores profesionales en todas las dimensiones analizadas (*Dimensión ética, Compromiso profesional y Dominio profesional*), cabe decir que esta valoración disminuyó a media que la experiencia profesional aumentaba.

Nelwati et al. (139) en su trabajo, también concluyeron que el factor *Cuidado* se percibió como la más importante por los estudiantes de enfermería y el factor *Activismo profesional* fue el menos valorado, aunque ellos sí encontraron diferencias significativas en cuanto al género, edad y como en nuestro caso, experiencia laboral.

Sí que se hallaron diferencias significativas en función del *número de años de experiencia profesional*, aunque estas diferencias fueron estrechas, lo que parece coincidir con las conclusiones de Poorchangizi et al. (66) que consideran que el tiempo y la experiencia profesional son factores que favorecen una mayor riqueza de experiencias lo que refuerza sus valores profesionales.

5.1.4.1 CURSO ACADÉMICO

La variable que generó en nuestro estudio mayores diferencias significativas fue el *curso académico* y por ello fue la que abordamos con un mayor nivel de profundidad. Entre los ítems más valorados hubo pequeñas diferencias entre los cursos académicos.

El ítem que obtuvo una puntuación mayor en los estudiantes de 1º y 2º curso fue ítem #25 - Garantizar la confidencialidad del paciente, lo cual es consistente con resultados similares en el contexto español (117), incluso cuando se compara con enfermeras experimentadas. Según López López-Pereira y Arango-Bayer (124), esto puede deberse a la tendencia a filtrar información sobre pacientes populares. Por el contrario, Shahriari et al. (70) argumentaron que puede estar relacionado con la escasez de recursos disponibles. Sin embargo, Tabak y Reches (140) descubrieron que los estudiantes de enfermería obtuvieron menos calificaciones en el

secreto y estaban más preocupados por su falta de experiencia al lidiar con situaciones traumáticas y con la carga emocional que ello comportaba.

El ítem que obtuvo mayor puntuación en los cursos 3º y 4º fue el ítem #21- Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad, sin embargo, este mismo elemento también se clasificó entre los tres más altos en los cursos 1º y 2º. Esto es consistente con los hallazgos de otros estudios (67,70,121,125) y podría estar estrechamente relacionado con el hecho de que a medida que los estudiantes aumentan su tiempo de práctica, es más probable que sean testigos de un comportamiento no profesional, incluidos los lapsos del mentor o del tutor (70). Otros inhibidores incluyen el agotamiento físico y mental (141,142) y las unidades y servicios de enfermería con una dotación de recursos humanos insuficiente (136).

Los estudiantes de 3º y 4º curso obtuvieron puntuaciones medias más altas en ítems como #21- Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad, ítem #25 - Garantizar la confidencialidad del paciente, ítem #24 - Ejercer la profesión teniendo en cuenta los principios de fidelidad y respeto a las personas, ítem #16 - Proteger los derechos morales y legales de los pacientes, ítem #20 - Proveer atención sin prejuicios a pacientes con estilos de vida diversos: lo que indica mayores cambios a lo largo del grado en la dimensión *Cuidado Ético* que en las dimensiones *Dominio Profesional* y *Compromiso profesional*. Estas diferencias reflejan el hecho de que los estudiantes de enfermería durante los dos últimos años académicos tienen más exposición a la práctica clínica que implica una variedad de roles y responsabilidades que regulan el comportamiento de las enfermeras en el lugar de trabajo (66,143). Los estudiantes de enfermería parecen consolidar la importancia de estos valores gradualmente como estándares de práctica esenciales y mejorar su compromiso con los códigos de ética profesional (144).

Otros hallazgos también pusieron de manifiesto diferencias estadísticamente significativas entre el 2º y el 4º año académico a diferencia de los resultados obtenidos por Bang et al. (78), que no encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones otorgadas a sus estudiantes en los cursos 2º y 4º a partir de la muestra estudiada. En la muestra de estudio, seis valores aumentaron en importancia a lo largo de los años académicos a medida que los estudiantes llegaban al final de su carrera. Estos valores fueron representados por las tres dimensiones, con la mayoría de los ítems incrementándose en la dimensión ética. En este sentido, los resultados obtenidos fueron similares a los de Lin et al. (123) y podría indicar la integración de valores que se basan en el trabajo profesional diario de las enfermeras. La inteligencia emocional también parece jugar un papel en el aumento de la integración de valores, en esta línea de investigación, Culha y Acaroglu (145) en su estudio, mostraron una correlación positiva significativa entre los

niveles de inteligencia emocional de los estudiantes y las percepciones individualizadas de la atención.

Los estudiantes de tercer año mostraron diferencias significativas en dos ítems de una única dimensión, el *Dominio Profesional*. Parte de la razón puede deberse a que no todos los conocimientos teóricos adquiridos durante el curso de la formación se traducen rápidamente en aplicaciones prácticas (146). Esto es especialmente así cuando la aplicación a temas específicos solo puede ocurrir en un contexto profesional al que los estudiantes tienen poca exposición durante su curso de estudio. Por otro lado, los estudiantes de 3º curso experimentan asignaturas como la gestión del cuidado de enfermería durante las prácticas en el contexto de los servicios de salud, lo que los estimula a considerar el uso, distribución y coordinación óptimos de los recursos disponibles (67). A pesar de esto, como Callwood et al. (147) nos recuerdan, el aumento de las presiones organizacionales y asistenciales puede comprometer el “viaje de valores” de los estudiantes.

Los estudiantes de 2º curso puntuaron menos en tres ítems pertenecientes a la dimensión *Cuidado Ético* que el resto de los estudiantes. Esto podría explicarse de tres maneras:

- En primer lugar, debido a una pérdida de idealismo en la propia imagen profesional a la mitad de la carrera (148), que es una situación común en todo tipo de formaciones y se desencadena por cambios en la percepción de la imagen profesional, que se vuelven progresivamente más realistas a medida que crece la experiencia clínica (149), y la identidad profesional también se puede ver afectada por la imagen pública de la profesión (150). Esto podría abordarse con cursos específicos de introducción a los valores profesionales en los que los estudiantes y los profesores de enfermería utilicen la reflexión práctica al compartir sus experiencias y emociones de manera abierta y sincera (151) e incorporando el constructivismo como herramienta útil para fomentar formas emancipadoras y que mejoren la autonomía profesional de las futuras enfermeras (150).
- En segundo lugar, el hecho de que los estudiantes de primer año exageren los resultados de la dimensión ética no ayuda a la confrontación entre sus valores éticos iniciales y situaciones críticas de toma de decisiones en el trabajo, ya sea con pacientes o compañeros (64). Sin embargo, los resultados obtenidos estudiantes de segundo año indicaron que sus valores comenzaron a cambiar respecto a sus creencias iniciales en forma de una ligera caída y luego aumentaron durante el cuarto año. Asimismo, Sibandze y Scafide (66) nos recordaron que el desarrollo de los valores profesionales

requiere una larga preparación académica y socialización en la práctica de la enfermería, que los estudiantes de segundo año no han alcanzado completamente.

- Y, por último, la transición entre valores conflictivos personales y profesionales, cuya resolución puede requerir tiempo, como lo demuestran Pickles et al. (152) en su trabajo con pacientes con VIH / SIDA en Australia.

Finalmente, cabía esperar que algunos elementos reflejaran una diferencia entre los estudiantes de primer curso y otros años académicos. Sin embargo, los estudiantes de primer año obtuvieron puntajes altos para la mayoría de los ítems, y a pesar de que muchos de ellos trabajaban en entornos sanitarios, muchos de ellos presentaban una experiencia clínica inadecuada para responder con precisión y total comprensión a los diferentes ítems que conforman la escala EVPE. Sin embargo, tras revisar la literatura parece que no se trata de algo inusual, tal y como hemos comentado anteriormente. Los puntajes exagerados a menudo ocurren incluso con enfermeras clínicas que ofrecen respuestas socialmente aceptadas (67) y, por otro lado los estudiantes no se consideran competentes en diferentes áreas, como se demostró en el estudio de Milisen et al. (148). Por otro lado, la recolección de datos ocurrió a mitad del año académico (enero-abril) que era demasiado pronto para que tuvieran una exposición realista a casos críticos que confrontaban sus valores iniciales.

5.2 DISCUSION DE RESULTADOS OBTENIDOS CON EL CCEUG

Tras analizar los comportamientos de los estudiantes definidos en el cuestionario CCEUG se pudieron identificar tres grandes categorías: *factores favorecedores de comportamientos asociados a los valores profesionales, factores no favorecedores y factores ambivalentes*, capaces de influir en ambos sentidos. Estos resultados son comparables a los hallazgos de Shafakhah et al. (106) que identificaron en su trabajo factores facilitadores e inhibidores relacionados con los valores profesionales de la profesión enfermera muchos de ellos coincidentes con los hallados en el presente trabajo y que se irán desglosando con detalle. Los factores favorecedores se han analizado en relación a las tres dimensiones que conforman la escala EVPE, los factores no favorecedores y los factores ambivalentes se han analizado en función de los comportamientos ya que muchos factores estaban presentes en las 3 dimensiones de la escala EVPE:

5.2.1 FACTORES FAVORECEDORES

La primera categoría que emergió de los discursos de los estudiantes se denominó factores favorecedores de los comportamientos asociados a los valores profesionales. Estos factores se han identificado para los comportamientos asociados a las tres dimensiones que conforman la escala EVPE. Los más relevantes dentro de esta categoría han sido: la empatía, el establecimiento de relaciones efectivas con los pacientes y sus familiares y los beneficios asociados, la formación universitaria, experiencia y conocimiento de otras culturas, la voluntad de estar informados, mejorar y visibilizar la profesión, mejorar la calidad de la atención al paciente, la intención de mejorar la propia formación y la seguridad, la curiosidad o interés, y la necesidad de adaptarse al centro de prácticas. A continuación, se explican de manera pormenorizada cada uno de los factores, en función de las dimensiones de la EVPE.

5.2.1.1 DIMENSIÓN: CUIDADO ÉTICO

5.2.1.1.1 EMPATÍA

Uno de los factores favorecedores de los comportamientos relacionados con la dimensión *Cuidado Ético* y con la dimensión *Dominio Profesional* más firmemente identificado por los estudiantes ha sido la **empatía**. De hecho, esta habilidad ha sido descrita en cada uno de los comportamientos asociados a ambas dimensiones. Este hecho coincide con los hallazgos de Hui et al. (153) tras los que concluyeron que la empatía se relacionaba positivamente con los valores profesionales de las enfermeras; por un lado, las enfermeras que obtenían una puntuación mayor en la escala de valores profesionales eran más propensas a mostrar conductas empáticas con sus paciente y por otro lado la empatía jugó un papel positivo en la mejora de otros factores relacionados como la satisfacción profesional y la compasión. Hui et al. (153), reconocen la empatía como un componente de la atención de calidad por lo que, según afirman, se espera que enfermeras con puntuaciones elevadas en valores profesionales sean capaces de incorporar habilidades empáticas al ofrecer sus cuidados al paciente, lo que su vez se relaciona con niveles más bajos de estrés laboral (154–156).

5.2.1.1.2 RELACIONES EFECTIVAS CON PACIENTES Y FAMILIARES

Asimismo, para todos los comportamientos asociados a esta dimensión, los estudiantes también identificaron la relación existente entre los valores profesionales, el establecimiento de **relaciones efectivas con los pacientes y sus familiares** y los **beneficios** que estas relaciones

aportan, tanto al paciente como al propio estudiante. En este sentido, Goodarzi et al. (71) afirman que los valores profesionales de enfermería pueden ayudar a crear interacciones positivas entre enfermeras y pacientes que indirectamente pueden mejorar la satisfacción de los profesionales. De hecho, Luker et al. (75) sostienen que esta cualidad de la relación afecta directamente la calidad de la atención brindada y es crucial para la efectividad de la práctica enfermera.

Entre los beneficios que se asocian a la relación enfermera-paciente destacan una reducción de la estancia hospitalaria, la mejora de la calidad de la atención y el aumento de la satisfacción tanto de paciente como de los profesionales (72); la mejora de la salud del paciente en todas sus esferas (física, emocional, mental y social) y fortalecimiento de los propios recursos del paciente para mantener su propia salud (157). No hay que olvidar que el establecimiento de una comunicación eficaz y profesional es uno de los elementos clave en la implementación integral del cuidado enfermero (158).

5.2.1.1.3 FORMACIÓN UNIVERSITARIA

El tercer factor que relataron los estudiantes dentro de esta categoría fue la **formación recibida en la universidad**. Es necesario considerar que, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) (159) incluye en Libro Blanco de Enfermería competencias asociadas a valores profesionales (Grupo I) y competencias asociadas a habilidades interpersonales y comunicativas (Grupo 5). También hay diversas evidencias de los esfuerzos que se han ido haciendo para incorporar estos valores en los planes de estudios desde hace ya décadas, tanto a nivel nacional (9,18,20,61) como a nivel internacional (56,59,106,110,113,115,123,124,135,137), esfuerzo al que también se han unido otras disciplinas de las ciencias de la salud en todos los continentes (92,114,142,160).

De todos modos, considero relevante destacar que a pesar de que la influencia de la formación universitaria en valores fue nombrada en todos los comportamientos asociados a la dimensión *Cuidado Ético*, obtuvo pocas referencias por parte de los estudiantes. Quizás este hecho se explica porque, aunque se han intensificado los esfuerzos por incluir la formación en valores en los programas formativos, queda mucho por trabajar por hacer respecto al modo en el que se están trabajando los valores profesionales en la formación universitaria.

Diego Gracia (35) ya comentó que uno de los grandes problemas de la formación en valores ha sido el modo en el que se han intentado enseñar a los discentes, derivado de las diferentes concepciones atribuidas a los valores. Así, el objetivismo axiológico ha promovido un modo típicamente adoctrinador y el subjetivismo axiológico ha generado un modelo basado en la

clarificación de valores. Teniendo en cuenta que afirma que los valores no son completamente objetivos y racionales, como afirmó la teoría clásica, y tampoco son del todo subjetivos e irracionales, como se ha hartado en repetir la cultura moderna; él propugna el desarrollo de un nuevo modelo basado en el constructivismo axiológico, es decir, la construcción activa y reflexiva de los valores que deben integrarse en la práctica de las profesiones sanitarias.

En este sentido, Benner (14) ya comentó que la formación en valores profesionales es un proceso que consigue mejores resultados cuando se integran las experiencias didácticas con las prácticas clínicas. La reflexión deliberada respecto a los valores profesionales durante las prácticas clínicas parece ayudar en la formación del comportamiento ético de los estudiantes de enfermería.

Teniendo en cuenta lo mencionado, tal y cómo aseguran Feller et al. (105) los docentes deben centrar sus esfuerzos no solo en definir cuáles son los valores enfermeros que deben guiar la práctica profesional, si no en planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones dirigidas a lograr la integración de todos los valores profesionales en los programas formativos del grado de enfermería, lo que indudablemente se traducirá en una futura mejora de la calidad de la atención.

Por la relación existente entre unos sólidos valores profesionales y unos cuidados de enfermería de alta calidad, se hace imprescindible la inclusión deliberada de los valores en los programas formativos del grado de enfermería (14,57) por ello, los docentes tienen tanto la oportunidad como la obligación de impartir esos valores de una manera significativa para los estudiantes que se preparan para la profesión del cuidado (105). A pesar de ello, varias son las dificultades a las que los docentes se enfrentan en la formación de los valores profesionales a lo largo del grado; LeDuc y Kotzer (161) y Martin et al. (162) afirman que los sistemas de salud poseen un compromiso cuestionable con los valores, lo que puede dificultar la incorporación de los mismos por parte de los estudiantes en sus prácticas clínicas; Crigger y Godfrey (163) afirman que hay prioridades curriculares en competencia, muchos autores coinciden en afirmar que en favor de las competencias técnicas (5,7,11,13,17,18) y, por último, Irving y Sneider (164) añaden que impera entre los profesionales la creencia de que aunque es beneficioso conocer los valores no es algo esencial para la práctica profesional.

Teniendo en cuenta las dificultades asociadas a la formación en valores en el grado de enfermería manifestadas, resulta necesario comentar que se hace imprescindible continuar investigando acerca de los métodos de enseñanza-aprendizaje que se han mostrado más efectivos en la formación en valores. Lo que respalda los argumentos de Feller et al. (105) que concluyen en su estudio que son necesarias investigaciones adicionales que permitan identificar cuáles son las mejores prácticas respecto a la formación en valores profesionales. Del mismo

modo, los hallazgos de Knecht et al. (165) les llevan a concluir que se sabe poco sobre la eficacia de los métodos educativos utilizados para apoyar el avance de los valores profesionales y la práctica ética.

5.2.1.1.4 ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

El siguiente factor favorecedor de los comportamientos relacionados con los valores profesionales fue la **atención centrada en el paciente**. Los estudiantes de los cuatro cursos mencionaron este enfoque en dos de los comportamientos del cuestionario CCEUG (comportamiento #4 - Mantener conversaciones con los compañeros ignorando en ellas al paciente y comportamiento #6 - Ofrecer información en un lugar inadecuado). Es remarcable que el **olvido o despiste**, que puede entenderse como la otra cara de una misma moneda, se ha identificado como barrera en 5 de los comportamientos del cuestionario (comportamiento #1 - Presentarse, comportamiento #2 – Mantener a la persona desnuda, comportamiento #3 - Explicar el procedimiento, comportamiento #4 - Mantener conversaciones con los compañeros ignorando al paciente y comportamiento #7 - Tener en cuenta los valores de los pacientes).

La Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (166) define la atención centrada en el paciente como *“la atención que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, y que garantiza que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas”* (166). No es de extrañar, por tanto, que los estudiantes identifiquen la atención centrada en el paciente como un enfoque del cuidado que les ayuda a comportarse en sus prácticas clínicas respetando los valores profesionales enfermeros ya que la base del cuidado centrado en la persona se define como el respeto de los valores, las preferencias y las necesidades expresadas de las personas.

Moyo et al. (167), en su trabajo, también evidenciaron esta relación al afirmar que la comprensión profunda de los valores profesionales puede ayudar a la toma de decisiones centradas en el paciente, tanto a nivel individual como por parte de los equipos interdisciplinarios de salud. Siguiendo la misma línea de argumentación, Ortiz (168) afirma que la atención centrada en el paciente es fundamental para la práctica enfermera, ya que este enfoque del cuidado, brinda una oportunidad única para que las enfermeras desarrollen su práctica de acuerdo no sólo con su base de conocimientos si no a partir de la integración de sus valores profesionales, lo que se traduciría en una práctica distintiva de la profesión.

De entre los 8 principios de Picker relacionados con la atención centrada en el paciente aparecen, entre otros, los siguientes: ofrecer información, apoyo y comunicación para el autocuidado; participación en las decisiones y respeto por las preferencias del paciente; soporte

emocional, empatía y respeto; y tratamiento eficaz otorgado por profesionales de confianza (169). Los pacientes quieren estar informados sobre su salud, y participar en el proceso de toma de decisiones; quieren que los profesionales sanitarios se centren en ellos y les traten como a seres únicos. Consideran necesario que se les brinde atención en una atmósfera respetuosa y enfocada en la consecución de la mejor calidad de vida posible, que su dignidad sea respetada y que sean atendidos desde la máxima sensibilidad por sus valores culturales (170,171). Teniendo en cuenta todas estas implicaciones, es evidente que ofrecer una atención centrada en el paciente obliga a los profesionales de enfermería a actuar firmemente en base a los valores profesionales de la disciplina.

5.2.1.2 DIMENSIÓN: COMPROMISO PROFESIONAL

5.2.1.2.1 MEJORA DE LA PROPIA FORMACIÓN, VISIBILIZAR LA PROFESIÓN Y MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

En cuanto a la dimensión *Compromiso Profesional*, el comportamiento del cuestionario CCEUG asociado fue el comportamiento #9 - Participación en acciones de mejora para la profesión. En este sentido, pocos fueron los estudiantes que afirmaron haber participado en alguna acción de mejora de la profesión tal y como hemos comentado anteriormente, y aquellos que lo hicieron comentaron que habían participado activamente a través de las redes sociales, ayudando en la elaboración de protocolos y asistiendo o colaborando en la organización de jornadas, congresos, conferencias o en cursos de formación continuada, aunque la participación en redes sociales fue el código más descrito por los estudiantes.

La preparación de enfermeras profesionales para la práctica basada en la comunidad que involucre activismo político y participación cívica requiere desarrollar y mantener una filosofía que respalde el aprendizaje de servicios y las asociaciones comunitarias. Los conceptos de servicio, comunidad, colaboración, empoderamiento y activismo político son fundamentos esenciales. Estas ideas son inherentes a la preparación educativa de las enfermeras para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas y las comunidades. Sin embargo, muchos estudiantes de enfermería parecen intimidados o desinteresados por los aspectos políticos de la práctica profesional de la enfermería (172) tal y como ya hemos comentado en diversas ocasiones a lo largo de esta discusión. A pesar de ello y aunque no son la mayoría, muchos de los estudiantes que participaron en nuestro estudio afirmaron participar activamente en las redes sociales con la intención de **estar informados, mejorar y visibilizar la profesión y mejorar la calidad de la atención al paciente**. Una revisión integrativa publicada por Alharbi et al. (173,174) concluyó que los estudiantes de enfermería participaban en las redes

sociales, principalmente Facebook, WhatsApp y Twitter, de manera extracurricular por seis motivos: mantenerse en contacto y entretenerse (175–177); promover y apoyar su aprendizaje formal e informal (176,178,179) lo que coincide con las conclusiones de nuestro estudio; encontrar apoyo social cuando se sienten frustrados o estresados por sus estudios de enfermería, incluidos los exámenes (173,180,181); desarrollar una identidad profesional de enfermería: parece que los estudiantes mejoraron su comprensión de la profesión al interactuar con las redes sociales (174); búsqueda de oportunidades laborales (179,182) y finalmente, coincidiendo con nuestros hallazgos, compartir su experiencia. Respecto a este último motivo, a pesar de que muchos de los participantes compartían sus experiencias clínicas a través de las redes sociales para informar a otros estudiantes de lo aprendido y practicado en las diferentes etapas de sus estudios, otros estudiantes compartían las mismas inquietudes que los estudiantes de nuestro estudio, ya que publicaron información relacionada con la enfermería en plataformas de redes sociales para educar a la sociedad sobre la importancia de la profesión de enfermería (173,174,183).

En España, se están haciendo esfuerzos desde todos los colegios profesionales para visibilizar la profesión enfermera a través de las redes sociales. Esta iniciativa viene promovida por el Consejo General de Enfermería y de la mano del movimiento *Global Nursing Now*, impulsado por el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud, que pretende poner en valor la importancia que tiene la enfermera para la salud y la asistencia sanitaria a nivel mundial. *Nursing Now* nace con el objetivo de que la profesión enfermera asuma el lugar que le corresponde en los puestos de decisión política y social y en la gestión clínica (184).

Pero a pesar de todos los esfuerzos, el compromiso tanto de profesionales como de estudiantes con los valores profesionales relacionados con la dimensión *Compromiso Profesional* es menor que con otros valores. Parece que será necesario continuar investigando en este sector del conocimiento para encontrar estrategias efectivas que favorezcan este papel activo tanto de estudiantes como de profesionales.

5.2.1.3 DIMENSIÓN: DOMINIO PROFESIONAL

Por último, dentro de los comportamientos asociados a esta última dimensión desatacan tres: comportamiento #10 - Búsqueda de información complementaria, comportamiento #11 - Realizar un ejercicio de autoevaluación y comportamiento #13 – Respeto de los valores profesionales.

5.2.1.3.1 DUDAS, MEJORA DE LA FORMACIÓN Y CURIOSIDAD

La capacidad de localizar información pertinente para orientar la práctica clínica es importante para la prestación de servicios de enfermería seguros y de calidad (185). Los códigos deontológicos de las asociaciones profesionales de enfermería declaran que las enfermeras deben ser capaces de encontrar información segura y competente que respalde unos cuidados de enfermería eficaces basados en principios éticos (57,83,85,86,107).

Pero no es suficiente con “saber hacer” y, como en cualquier competencia, se hace imprescindible la intención de “querer hacer”, en este caso, tener la voluntad de buscar información fiable y de calidad. En este sentido, los estudiantes que participaron en nuestro estudio declararon que las motivaciones que influían su conducta (la búsqueda de información complementaria) eran las **dudas o el desconocimiento**, incluyendo las **discrepancias con lo aprendido en la universidad**, la intención de **mejorar la propia formación y la calidad asistencial**, la **curiosidad o interés** hacia algún tema concreto, **aumentar la propia seguridad y la necesidad de adaptarse al centro de prácticas**, principalmente.

Estos hallazgos coinciden parcialmente con las conclusiones de Ricks y Ten-Ham (186) y Thorsteinsson y Sveinsdóttir (187) que mostraron en sus estudios que los estudiantes de enfermería necesitaban desarrollar sus habilidades de alfabetización informacional para sentirse más seguros en sus tareas diarias tras al evaluar y utilizar posteriormente la información encontrada. En la misma línea de investigación, Brown et al. (188) identificaron que la necesidad de aumentar la confianza en su propia capacidad de actuación y de tomar decisiones clínicas era lo que llevaba a los estudiantes a utilizar la Práctica Basada en la Evidencia como estrategia para conseguir intervenciones eficaces.

Por otro lado, Intas et al. (189), concluyeron que la mayoría de estudiantes buscaba temas por los que sentían curiosidad e interés, principalmente sobre enfermedades específicas, lo que coincide con los hallazgos de este trabajo, aunque contrariamente a las conclusiones obtenidas tras el análisis de resultados, en su trabajo los estudiantes buscaron información relacionada con necesidades nutricionales, tema que no parece motivar la búsqueda de información por parte de nuestros estudiantes, que sintieron más curiosidad por técnicas y procedimientos concretos y por fármacos específicos.

Poca es la literatura que hemos encontrado al respecto de factores que motivan la búsqueda de información complementaria de estudiantes e incluso de profesionales en su práctica diaria, aunque sí hemos encontrado un mayor número de publicaciones que abordan las barreras percibidas al respecto y que comentaremos más adelante.

5.2.1.3.2 VOCACIÓN

Se preguntó también a los participantes si en algún momento habían ignorado alguno de los valores profesionales durante sus prácticas clínicas, y se identificaron algunos factores protectores, entre los que destacan, la empatía, ampliamente comentada al principio de esta discusión, la vocación y la coincidencia con los valores personales que abordaremos en el espacio dedicado a los factores no protectores del respeto a los valores profesionales.

En cuanto a la **vocación**, es importante constatar que fue identificada por estudiantes de 1º y 2º curso, como factor que protege el respeto de los valores profesionales, pero este código no emergió de los discursos de estudiantes de cursos superiores.

La vocación es la suma de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión (190). En enfermería, se entiende como el deseo de cuidar, ayudar y servir al otro, especialmente en momentos de enfermedad y vulnerabilidad, deseo esencial para el desempeño de la profesión (191).

Nava-Galán (190) añade que la vocación en enfermería refleja la personalidad de la profesión en cada uno de quienes la ejercen; viene inmersa en los valores y principios de cada uno y por lo tanto no es de extrañar que los estudiantes argumenten que ese deseo de cuidar les ayuda a respetar los valores profesionales que impregnan la disciplina enfermera.

Sorprende que la vocación no haya aparecido en los discursos de los estudiantes de cursos superiores como factor protector de los valores profesionales. Ramió (20) ya identificó que la “ayuda a los demás”, esa actitud de servicio que emerge de la vocación, era la actitud más relevante y motivadora principalmente al inicio de la formación enfermera. Esta actitud se va desarrollando a medida que las personas entran en contacto con el mundo sanitario. Milisen (148) identificó una pérdida del idealismo que se suele producir hacia la mitad del grado, Callwood et al. (147) y Phastas (149) concluyeron que esta pérdida del idealismo acontece en todo tipo de formaciones y se desencadena por cambios en la percepción de la imagen profesional, que se vuelven progresivamente más realistas a medida que crece la experiencia clínica.

Una de las razones que puede explicar esta situación es que los estudiantes de cursos superiores, al haber tenido mayor contacto con el entorno sanitario, han tomado conciencia de los riesgos asociados a la vocación que identificaron Rendón-Díaz y Vargas-Betancourt (191) tales como la aceptación de condiciones de trabajo inadecuadas que generan influencias negativas a nivel personal, sobrecarga laboral, demandas emocionales por parte de pacientes y familiares,

presión por los resultados y una marcada jerarquización que conduce a una baja autonomía en la toma de decisiones.

5.2.1.3.3 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El último de los comportamientos asociado a esta dimensión fue la realización de un ejercicio de autoevaluación de la propia actuación en el centro de prácticas. Los estudiantes identificaron como factores favorecedores de este comportamiento, además de la **responsabilidad profesional** como un valor, el hecho de que se exigiera como **actividad evaluativa** dentro de la asignatura práctica, aunque se trataba de una actividad evaluativa únicamente para el prácticum introductorio que se cursa durante el segundo semestre del primer año. A pesar de ello el 82% de los estudiantes declararon que realizaban este comportamiento al menos una vez a la semana y cerca del 50% casi cada día y no se hallaron diferencias significativas en función del curso.

Estos hallazgos sorprenden teniendo en cuenta los resultados publicados por Siles-González y Solano-Ruiz, (192) en los que argumentan que los estudiantes de enfermería tienen poca experiencia en la reflexión sobre la práctica o el pensamiento crítico y Donovan (193) que pone de manifiesto diferentes niveles de preparación para la autorreflexión en los estudiantes, situación que podía obstaculizar este comportamiento.

Teniendo en cuenta este contexto y que la participación de los estudiantes en el proceso de evaluación de su propio aprendizaje, de sus logros y resultados facilita el desarrollo del pensamiento crítico (194), y que el aprendizaje autodirigido y reflexivo tiene efectos significativamente positivos sobre los valores profesionales de enfermería (195), sería conveniente valorar la inclusión de esta actividad en el resto de asignaturas prácticas del grado. Eso sí, tomando en consideración las recomendaciones de Elliott (196), Levett-Jones (197) y Siles-González y Solano-Ruiz (192), de una manera lenta y organizada, planificando tanto los medios como las estructuras necesarias y en cooperación con todos los actores implicados, los docentes, los tutores de práctica clínica, los proveedores de salud y los propios estudiantes.

Coincidiendo con las reflexiones de Trigueros-Cervantes et al. (198) sería importante el fomento de una cultura de participación mediante el desarrollo del pensamiento autocrítico y la reflexión sobre prácticas de aprendizaje dentro del grado de enfermería de manera que la autoevaluación sea estructurada y no se deje al azar o únicamente a la voluntad del estudiante, ya que hay diferentes niveles de conocimiento, responsabilidad y compromiso por su parte (193).

Por otro lado, y siendo conocedores de que se trata de un valor identificado por las principales asociaciones profesionales de enfermería (57,83,85,107) se deberían unir esfuerzos para evitar

que esta actividad se convierta, tal y como insisten Trigueros-Cervantes et al. (198), en una estrategia más o menos ficticia, de último recurso, en un contexto educativo, estructural y cultural que lo hace inviable, en el que la autoevaluación es puramente nominal pero no una actividad minuciosamente planificada.

5.2.2 FACTORES NO FAVORECEDORES

Tras analizar los discursos de los estudiantes en relación con los comportamientos asociados a los valores profesionales, se identificó una segunda categoría: los factores no favorecedores de los comportamientos asociados a los valores profesionales. Estos factores han emergido para los comportamientos asociados a las tres dimensiones de la escala EVPE. Los más relevantes han sido la sobrecarga de trabajo o falta de tiempo, falta de conocimientos y experiencia, inseguridad o vergüenza, predilección por la evaluación externa, barreras idiomáticas, prejuicios, falta de motivación o interés, falta de oportunidades, rutina o monotonía, conflicto con los valores del paciente, especialmente relacionados con el género y prácticas culturales del paciente no saludables.

Los factores presentes en esta categoría se han analizado individualmente y no en relación a las dimensiones de la escala EVPE ya que algunos de ellos eran comunes a las tres dimensiones.

5.2.2.1 SOBRECARGA LABORAL

La **sobrecarga de trabajo** o la **falta de tiempo** han sido los factores que emergieron en más ocasiones como barrera los comportamientos asociados a los valores profesionales por parte de los estudiantes de enfermería participantes en el estudio. De hecho, se identificó como barrera en todos los comportamientos asociados a las tres dimensiones de la escala EVPE excepto al comportamiento #5 - Ofrecer un trato pueril al paciente con deterioro cognitivo y al comportamiento #11 - Realizar un ejercicio de autoevaluación.

Estos hallazgos coinciden con las conclusiones de diversos autores que han evidenciado la relación entre la sobrecarga laboral, las dificultades para el respeto de los valores profesionales, la disminución de la calidad asistencial y la satisfacción perciba tanto de pacientes como de profesionales. Así, Tehranineshat et al. (199) y Valizadeh et al. (200) y concluyeron que la intensidad de la carga de trabajo tiene un efecto inverso sobre el compromiso de los profesionales para con los pacientes y sobre el cuidado compasivo, que incluye factores como la comunicación ética, profesional, efectiva y humana; Shafakhah (141) y Nelwaty (139) identificaron como factores inhibidores del desarrollo y manifestación de los valores

profesionales los entornos en de práctica clínica, especialmente en aquellos en los que se respiraba un ambiente de trabajo desfavorable y carente de recursos; Ramírez y Müggenburg (201) afirman que las cargas de trabajo excesivo restan importancia al reconocimiento del lugar que deben ocupar las relaciones interpersonales efectivas con el paciente; Guillaume et al. (202) han manifestado que la falta de personal en los diferentes ámbitos es una importante barrera para la prestación de un cuidado humanizado en los profesionales de enfermería; Pulido et al. (203) han identificado la sobrecarga laboral como una fuente de estrés emocional en los estudiantes de enfermería que puede afectar a la calidad del cuidado y también del aprendizaje. De hecho, la sobrecarga laboral ha sido ampliamente relacionada con el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería (204–208) y aunque otros estudios no han identificado la presencia de ese síndrome en estudiantes de enfermería (209), sí que coinciden con Pulido et al. (203) en describir la sobrecarga laboral como un estresor durante las prácticas a lo largo del grado (209).

Thomas et al. (108) , tomando en consideración la perspectiva de los pacientes, destacan incluso que su satisfacción con los cuidados de enfermería recibidos se relaciona con la organización de la unidad asistencial, la sobrecarga de trabajo y el entorno o ambiente laboral entre otros factores. El factor tiempo también ha sido identificado por Estabrooks et al. (210), Penz y Bassendowski (211) y Secco et al.(212) y Camargo et al. (213) como un factor limitador para buscar información complementaria que avale las decisiones clínicas en la práctica incluso en enfermeras profesionales.

Es evidente que una relación plenamente humana entre enfermera y paciente incluye información, comunicación, comprensión y trato digno, por lo tanto, requiere de tiempo que es un recurso finito y escaso en todos los ámbitos de atención. Consideramos pues necesario insistir en reclamar a las organizaciones entornos de trabajo que favorezcan el desarrollo de los valores profesionales tanto de profesionales como de estudiantes de ciencias de la salud con la intención de ofrecer a las personas un cuidado humano y no meramente un catálogo de servicios, técnicas y procedimientos.

A pesar de que la sobrecarga de trabajo para los profesionales de enfermería es un hecho habitual, es importante remarcar que en no pocas ocasiones el valor esencial del altruismo, tan propio de nuestra profesión consigue vencer las dificultades organizacionales y se pueden apreciar comportamientos que demuestran la esencia de la profesión enfermera , un cuidado humanizado y hospitalario incluso en los momentos de pandemia por COVID-19 que se están viviendo (214), cuando la presión asistencial ha sido extrema y los recursos han estado y siguen estando al límite (202,215) .

La pandemia por COVID-19 ha evidenciado el gran valor moral de los profesionales de enfermería, pero los desafíos éticos a los que se han visto expuestos ponen de manifiesto la importancia de velar por la calidad de la formación en valores profesionales de manera que las futuras enfermeras puedan continuar haciendo frente a situaciones de emergencia de salud pública como la que estamos viviendo (215).

5.2.2.2 *INSEGURIDAD O VERGÜENZA*

De entre los factores no favorecedores de los comportamientos asociados a los valores profesionales ampliamente identificados por los participantes del presente estudio destacan la **falta de conocimientos y experiencia**, o la propia **inseguridad o vergüenza**. Ambos factores han emergido en los discursos de los participantes de todos los cursos para todos los comportamientos excepto para dos de ellos: comportamiento #10 - Buscar información complementaria y comportamiento #11 - Realizar un ejercicio de autoevaluación.

Estos factores han sido ampliamente descritos por Tessa (216) en estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. En su trabajo concluyó, coincidiendo con nuestros hallazgos, que los estudiantes a menudo experimentan temor relacionado con la falta de conocimientos y la destreza en los procedimientos a realizar, además de vergüenza e inseguridad, lo que dificulta el primer contacto con el paciente y su relación posterior. Gemuhay (217) añadió que esta situación interfiere en su proceso de aprendizaje. Del mismo modo, Chan y Lai (218) demostraron que la calidad de la comunicación con el paciente se ve mermada en ocasiones por la falta de confianza de los estudiantes en sus propias capacidades, debido a la falta de familiaridad con el entorno hospitalario y la percepción de poseer conocimientos limitados. Estas circunstancias determinan la calidad de la comunicación de manera que la conversación con los pacientes se ve limitada y los estudiantes centran toda su atención en realizar correctamente el procedimiento o la técnica correspondiente, algo que coincide plenamente con las dificultades manifestadas por los participantes de nuestro estudio. Esta falta de confianza del estudiante también afecta a comportamientos como la participación en asociaciones profesionales y en grupos de investigación, lo que coincide con el trabajo de Ryan (129) en el que los estudiantes de enfermería describieron una falta de confianza en su capacidad para poder participar en la investigación dentro de su práctica clínica, a pesar de creer que la investigación es útil en este contexto.

5.2.2.3 FALTA DE CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS

Otra de las barreras que han emergido de los discursos de los estudiantes han sido la **falta de conocimientos y experiencias**. Contrariamente a nuestros hallazgos, Dehghani (219) no ha identificado la falta de conocimientos como una barrera para el desarrollo de los comportamientos éticos de los estudiantes, pero sí la falta de experiencias previas y ha centrado su trabajo en la calidad de la relación con los docentes, la influencia del clima de la organización y la relación con los propios compañeros (factores también identificados en nuestra investigación).

Otros estudios también han relacionado la falta de conocimientos y experiencia al trato desigual o incluso discriminatorio que en ocasiones reciben pacientes con perfiles específicos, tales como personas con problemas de salud mental, detenidas o incluso, inmigrantes. En este sentido, Banerjee et al. (220) han sugerido que la educación específica podría mejorar la empatía y la compasión hacia las personas con demencia, (221); Bickford et al. han identificado como barreras de un trato compasivo a personas con demencia la escasa experiencia o y pobres conocimientos de los estudiantes respecto a este problema de salud además de su falta de habilidades clínicas y comunicativas; del mismo modo, se han encontrado evidencias de que la falta de conocimiento y comprensión sobre la demencia puede afectar negativamente la calidad del cuidado (222,223). Yıldız (224), Al-Zayyat y Al-Gamal (225) y Demir y Ercan (226) han argumentado que los estudiantes de enfermería a menudo no se sienten capacitados para comunicarse eficazmente con los pacientes psiquiátricos debido a la falta de conocimientos específicos, algo que les genera estrés, ansiedad y miedo, lo que les lleva a evitar la interacción con este tipo de pacientes.

5.2.2.4 PREJUICIOS Y BARRERAS IDIOMÁTICAS

Parece que la presencia de este tipo de emociones negativas y las conductas de evitación que se derivan están estrechamente relacionadas con los **prejuicios** de los estudiantes, presentes tanto para personas con patología psiquiátrica (226–229), como para personas migrantes (230–232), factor también mencionado por los participantes de nuestro estudio como una barrera para la manifestación de comportamientos asociados a los valores profesionales.

Relacionado con el factor anterior, las **barreras idiomáticas** también han aparecido en de los discursos de los estudiantes. En esta línea de trabajo, Herrera – Floro (233) identificó en profesionales que además de la incomprensión cultural, las dificultades de comprensión del idioma hacen necesaria una mayor inversión de tiempo y esfuerzo en la atención de usuarios inmigrantes y magnifica la sensación de soledad frente a los cuidados que percibe la enfermera.

No comprender el idioma del paciente es un gran desafío para muchos profesionales (234) y las barreras culturales y lingüísticas entre los pacientes y el equipo de enfermería, pueden producir un efecto desfavorable en la atención al paciente (235).

5.2.2.5 ROL DE ESTUDIANTE

En relación con la inseguridad del estudiante, se ha identificado un factor inhibitor del respeto a los valores del paciente que hemos denominado el **rol de estudiante**. En sus discursos, estudiantes de enfermería de los cuatro cursos, han manifestado que uno de los factores que influye en la vulneración de los valores profesionales durante sus prácticas clínicas es el hecho de no sentirse capaces de expresar abiertamente su desacuerdo con la manera de proceder o bien de los enfermeros tutores de prácticas o bien de otros compañeros del equipo sanitario por su rol de estudiantes. Consideran que hacerlo puede suponer un perjuicio para su nota final y también un deterioro en la calidad de la relación con la enfermera tutora a lo largo de todo el periodo práctico. Esta situación fue descrita también por Freire (236) y por Rivera-Álvarez (237) y Shafakhah (141) en estudiantes de enfermería. Rivera-Álvarez (237) identificó que los estudiantes, durante sus prácticas clínicas, en ocasiones se sienten subordinados y perciben que la relación con el tutor de prácticas no es horizontal sino jerarquizada. En estas circunstancias, con el objetivo de que su nota no se vea afectada o para evitar tensiones con la enfermera de la unidad, el estudiante opta por callar lo que genuinamente piensa. Esta relación jerárquica, también ha sido identificada por Tolozano-Benites (238).

A pesar de que sea un factor que ha emergido en los discursos de los estudiantes con una cierta frecuencia, no deja de sorprender que experiencias que podrían servir para conseguir un aprendizaje significativo generen relaciones de poder en las que el estudiante considera que la mejora salida es omitir la expresión de sus opiniones y razonamientos.

5.2.2.6 DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL

En otro orden, los estudiantes también han manifestado que las propias **dificultades en la regulación emocional** en ocasiones actúan como una barrera para el respeto de los valores de los pacientes y específicamente de los pacientes con deterioro cognitivo, lo que coincide plenamente con los hallazgos de Bickford (221). En su estudio los estudiantes de enfermería manifestaron que la presencia de emociones negativas dificultaba el cuidado compasivo a las personas con demencia, incluso cuando la causa de esas emociones negativas nada tenía que ver con el paciente y su cuidado y se trataba de problemas ajenos. Otros estudios también han

concluido que estados emocionales negativos en los estudiantes pueden causar una reducción de la compasión en el cuidado (239) e incluso de la empatía a personas con demencia (240). En la misma línea, Iacobucci et al. (241) han hallado una relación positiva significativa entre los valores profesionales y el nivel de autoestima de los estudiantes de enfermería. Culha y Acaroglu (112) han mostrado una correlación positiva y significativa entre los niveles de inteligencia emocional de los estudiantes y las percepciones individualizadas de la atención y Pulido-Martos et al. (218) han relacionado los niveles de inteligencia emocional con la capacidad relacionarse con el paciente, la implicación emocional, la sobrecarga laboral y el sufrimiento durante las prácticas clínicas.

5.2.2.7 *INFLUENCIA DE PROFESORES Y TUTORES*

Teniendo en cuenta que algunos autores han sugerido que las oportunidades de autorreflexión de la propia práctica son un factor influyente en la capacidad de brindar un cuidado compasivo a personas con deterioro cognitivo (242,243), se abre una nueva vía de trabajo durante el grado acorde con los valores profesionales de enfermería que puede ser útil para mejorar la calidad de la atención. No hay que olvidar que los participantes de nuestro estudio identificaron ciertas barreras para la autoevaluación tales como la **predilección por la evaluación externa** y la desigual **influencia de profesores y tutores** lo que coincide plenamente con los hallazgos de O'Donovan (193) tras los que identificó como barreras para la autorreflexión un bajo nivel de preparación para reflexionar de los estudiantes de enfermería, una cultura de reflexión limitada y un escaso apoyo de profesores y tutores para llevar a cabo este comportamiento durante sus prácticas clínicas.

5.2.2.8 *RUTINA O MONOTONÍA*

Otro de los factores ampliamente expuesto como barrera para los comportamientos asociados a los valores profesionales ha sido la **rutina o la monotonía** de los cuidados percibida por los estudiantes. Es un hecho que la rutina es una realidad en la que las enfermeras están inmersas. Muchas de las actividades asistenciales pueden llegar a convertirse en una rutina que provoca una disminución paulatina de la calidad del cuidado y la invisibilidad progresiva del paciente (244). Parece que cuanto más prologado es el tiempo de atención, más fácil es caer en la monotonía y la desgana. Por ello, el cuidado se acaba convirtiendo en la repetición mecánica de actos carentes de sentido que generan cansancio y sensación de inmovilidad en el profesional. La monotonía pues, se ha identificado como una barrera para el cuidado (245) y una causa de insatisfacción en los profesionales de enfermería (246).

Teniendo en cuenta lo mencionado, no sorprende que en los discursos de los participantes haya emergido la rutina como un factor que favorece el mantenimiento de conversaciones con otros compañeros excluyendo de ellas al propio paciente, aunque sí sorprende el hecho de que ya, antes de finalizar el grado, hayan sido impregnados del efecto negativo de las tareas rutinarias sobre la calidad de la atención que prestan.

5.2.2.9 FALTA DE MOTIVACIÓN O INTERÉS

La falta **de motivación o interés** de los propios estudiantes, también se ha nombrado como otro de los factores inhibidores de los comportamientos asociados a los valores profesionales. Este factor también fue identificado por Shafakhah (141), que evidenció los efectos negativos de falta de motivación y entusiasmo profesional sobre el desarrollo y manifestación de los valores de los estudiantes de enfermería y por Dehghani (219) que, aunque centró más su trabajo en la dimensión ética del cuidado, propuso el nivel de motivación individual del estudiante y la voluntad de observar los principios éticos, como factores que afectan el desarrollo de los valores. Kanteck y Kaya (136) identificaron, entre otros factores, que las prioridades individuales y la capacidad de automotivación personal juegan un papel importante en la adquisición de los valores profesionales y la creación de una estructura propia de valores.

Específicamente, en el presente estudio, la falta de motivación e interés se ha relacionado con comportamientos relacionados con las dimensiones *Compromiso Profesional* y *Dominio Profesional*, concretamente con el comportamiento #9 - Participación en acciones de mejora de la profesión, el comportamiento #10 - Búsqueda de información complementaria, y comportamiento #11 - Realizar un ejercicio de autoevaluación, que a su vez son los comportamientos que han obtenido puntuaciones más bajas en la escala EVPE.

Cabe resaltar que aunque sería de esperar que los estudiantes de hoy día fueran expertos en la búsqueda, localización y aplicación de información veraz y fiable en su práctica clínica teniendo en cuenta sus niveles de formación a ese respecto durante el grado, en realidad tienden a centrarse en la tarea que les ocupa, y no en el cultivo de un aprendizaje significativo de por vida y se limitan a obtener información de profesores, compañeros y tutores a través de un rol más pasivo, en lugar de utilizar sus habilidades de alfabetización informacional (185). Esta situación también ha sido descrita en nuestro estudio, ya que muchos de los estudiantes han afirmado no necesitar una búsqueda de información activa porque su enfermera tutora de prácticas ya les respondía a todas las dudas que se iban presentando.

De hecho, esta reticencia a la búsqueda activa de información también está presente en los profesionales de enfermería que suelen resolver sus dudas consultando información aprendida durante el grado, a compañeros de otras disciplinas u otros compañeros de enfermería e incluso recurriendo a la propia intuición (210,247).

Varios han sido los estudios que han puesto de manifiesto las dificultades para obtener información, tales como tiempo limitado, habilidades inadecuadas para evaluar la literatura y falta de acceso a información en línea en entornos de práctica (210–212), aunque en esta investigación las barreras identificadas por los estudiantes han estado más relacionadas con la falta de interés y motivación para realizar la actividad y la falta de tiempo, y no tanto con la falta de habilidades lo que coincide completamente con los hallazgos de Wahoush (185).

5.2.2.10 FALTA DE OPORTUNIDADES

Por otro lado, aunque se podría esperar que los estudiantes de enfermería no hubieran participado en las actividades de la mejora de la profesión únicamente por falta de interés, en realidad, en sus discursos se percibe que ha sido la **falta de oportunidades** lo que ha propiciado este comportamiento, situación que también ha sido descrita por Sibandze y Scafide (248).

5.2.2.11 CONFLICTO CON LOS VALORES DEL PACIENTE

Finalmente se han identificado dos factores más como barrera para el respeto de los valores del paciente, por un lado, la existencia de **conflictos** entre los valores estudiante de enfermería y los valores del paciente, especialmente **relacionados con el género** y por otro, las **prácticas culturales no saludables** por parte del paciente. Los participantes han manifestado que les resulta difícil respetar valores del paciente cuando estos distan mucho de los suyos y especialmente si sienten que el rol de la mujer se está socavando o cuando consideran que el comportamiento del paciente pone en riesgo su propia salud. Esta última situación también ha sido explicada por Lin et al. (235), que afirmó que cuando las enfermeras no comprenden el comportamiento de los pacientes, al colocar sus creencias por encima de su propia salud pueden surgir conflictos derivados de la práctica del cuidado. Por otro lado, Herrera-Floro (233) y Fernández-Castillo y Vílchez-Lara, (249) han identificado en profesionales de la salud dificultades asociadas al proceso asistencial que generan una importante frustración laboral y que incluyen la vulneración de los derechos del paciente, especialmente al tratar a personas de culturas en las que la mujer presenta una dependencia de su pareja respecto a sus decisiones en salud, tales como la aceptación de pruebas diagnósticas o tratamientos.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que, especialmente cuando aparecen desacuerdos en salud con personas de otras culturas, las enfermeras tratan de mitigar la ansiedad e incertidumbre que experimentan afirmando su yo profesional y presentándose como enfermeras cualificadas. Tienden también a utilizar las normas organizativas relacionadas con la práctica basada en la evidencia para silenciar el debate con pacientes de otras culturas (250–253), algo que puede generar relaciones totalmente jerarquizadas y la vulneración de los derechos y los valores culturales de los pacientes.

En cuanto a las competencias transculturales de los estudiantes de enfermería, McClimens et al. (254) han mostrado las dificultades que presentan para satisfacer las necesidades culturales de los pacientes, con especial énfasis en cuestiones relacionadas con el idioma, la alimentación y el género. En este sentido, existe una cierta preocupación desde la enfermería académica con respecto al nivel de competencia transcultural de los estudiantes de enfermería (255).

La elevada movilidad internacional y la multiculturalidad poblacional es una realidad en nuestro contexto sanitario y pone de manifiesto la necesidad de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes ante la diversidad cultural, para proporcionar cuidados efectivos, culturalmente competentes, satisfactorios y coherentes con la cultura del paciente (256–258) y por consiguiente, la obligación de las instituciones educativas de formar a futuros profesionales capaces de cuidar a pacientes con un fondo cultural diferente al propio de manera que se garantice el respeto a sus valores durante la asistencia.

Con este objetivo, Antón-Solanas et al. (259) recomiendan trabajar en investigaciones futuras dirigidas a la identificación de barreras para la integración la comunicación transcultural en la formación académica de los profesionales de enfermería, al diseño de intervenciones educativas efectivas, y a la evaluación de la eficacia de dichas intervenciones.

5.2.3 FACTORES AMBIVALENTES

Tras analizar los discursos de los estudiantes en relación con los comportamientos asociados a los valores profesionales, se identificó una tercera categoría: los factores ambivalentes, denominados de este modo ya que podían tener influencia en el comportamiento de los estudiantes en ambos sentidos, en función de características específicas. Estos factores han emergido para los comportamientos asociados a la dimensión *Cuidado Ético y Dominio Profesional*. Los principales factores pertenecientes a esta categoría han sido la influencia de los profesores, profesionales de la salud y/o los compañeros; características de la técnica a realizar; características del entorno y las características de los pacientes.

Los factores presentes en esta categoría se han analizado individualmente y no en relación a las dimensiones de la escala EVPE ya que algunos de ellos eran comunes a las tres dimensiones.

5.2.3.1 INFLUENCIA DE PROFESORES Y PROFESIONALES

El primer factor ambivalente identificado ha sido la **influencia los profesores, profesionales de la salud y/o compañeros** y se ha identificado en todos los comportamientos excepto en el comportamiento #7 - Respetar los valores del paciente y el comportamiento #8 - Ofrecer un trato diferente según el perfil del paciente.

Estos resultados coinciden completamente con los hallazgos de Dehghani (219) tras los que concluyeron que, entre otros factores, las interacciones personales, incluidas las relaciones con profesores, miembros del equipo de salud, compañeros e incluso con los propios pacientes tienen una influencia directa en el desarrollo de los valores profesionales de los estudiantes. Dehghani (219) especificó, también, la importancia de las características personales, el carácter, la actitud ética y los patrones de interacción del docente, como el origen la transformación de los valores personales y profesionales de los estudiantes.

Esta ambivalencia de la **influencia de los docentes** en la adquisición de valores profesionales de los estudiantes de enfermería también ha sido identificada por Tessa (216) tras observar que los participantes de su estudio manifestaron un nivel de apoyo muy desigual por parte de los tutores de práctica clínica. En esta línea de trabajo, diversos estudios han evidenciado la heterogeneidad en el nivel de motivación, implicación, formación y práctica de los enfermeros que ejercen de tutores (260–262), así como diferencias en la conceptualización de competencias relacionadas con los valores y actitudes profesionales (28). Elliott (263) detectó en su trabajo desilusión con los comportamientos poco profesionales en las interacciones clínicas de los estudiantes.

A este contexto, hay que sumar una gran presión asistencial, que provoca que el tutor y el estudiante concentren su atención en los procedimientos y las técnicas a expensas de proveer una atención integral, velar por la transmisión de valores y favorecer un pensamiento crítico y reflexivo en el estudiante (262).

Romero-Martin et al. (264) considera que el poderoso papel que tiene el que tiene el tutor del prácticas, sumado a la falta de priorización de aprendizajes y a la sobrecarga laboral en la que están inmersos, puede provocar situaciones en las que los estudiantes realicen tareas que no les aportan ningún aprendizaje. Tolozano-Benites et al.(238) han añadido que no todos los tutores de prácticas clínicas, están preparados pedagógica y didácticamente para asumir su función, y es usual el establecimiento de relaciones verticales y unidireccionales con el discente

que asume esta situación de inferioridad por su falta de conocimientos y experiencia. La formación en el entorno laboral tiene un carácter marcadamente conductista y centrado en el propio tutor, poseedor de la experiencia y de la respuesta a todas las posibles preguntas, modelo que considero que no favorece, la búsqueda proactiva de información, el aprendizaje significativo de por vida, el pensamiento crítico y reflexivo ni la transmisión de valores profesionales desde una perspectiva constructivista.

A pesar de estas diferencias en el nivel de motivación, formación y compromiso de los tutores de práctica clínica, su figura en el grado de enfermería es imprescindible, que se encuentra en situación estratégica inmejorable para trabajar las competencias del estudiante desde la práctica.

Los tutores han sido descritos, también, con sólidos modelos a seguir, capaces de influir positivamente en las actitudes de los estudiantes de enfermería (265) que, tras observar su actuación pueden seleccionar entre sus comportamientos e imitar las intervenciones del cuidado que consideran más apropiadas (266). Ayudan a integrar los conocimientos teóricos en la práctica y a construir la identidad profesional de las futuras enfermeras (267). Factor y De Guzmán (268) Han argumentado que el modo en que los estudiantes se sienten cuidados durante sus prácticas les sirve de guía como futuros cuidadores. La calidad de la experiencia de aprendizaje depende, por tanto, de su actuación. Así, uno poco eficaz conduce a una formación incompleta y, en consecuencia, a la realización de actitudes de cuidado de baja calidad. Un ejemplo de práctica descuidada por parte del tutor provoca que los estudiantes se sientan vulnerables y se alejen del cuidado humanizado (269).

González-Sánchez (270) afirma que la figura del tutor desempeña un papel dinamizador en la formación y producción de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores del estudiante y por ello propone trabajar para dotarle de competencias y disponer de escenarios de actuación propicios que le permitan asumir sus funciones con éxito.

Siguiendo las recomendaciones de Arguello-López (271), es oportuno considerar que el proceso de tutorización debería alejarse de la mera transmisión de verdades absolutas forjadas desde el conocimiento experiencial y la racionalidad técnica y orientarse en la promoción de la autonomía del estudiante. En este sentido, Tey y Buixarrais (272) proclaman la necesidad de generar ambientes de aprendizaje en los que se promueva la creación de conflictos cognitivos, se potencie la discusión y se valore la duda como elemento de crecimiento intelectual y moral.

Para conseguirlo, será preciso velar por la calidad de los entornos de práctica clínica, de manera que sean un medio que garantice la formación de profesionales críticos, reflexivos e impregnados de los valores profesionales; en resumen, líderes del cuidado.

5.2.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA TÉCNICA

El siguiente factor ambivalente identificado ha sido las **características de la técnica** y se ha relacionado con comportamientos de la dimensión *Cuidado Ético*; específicamente con el comportamiento #2 - Mantener a la persona desnuda, el comportamiento #3 - Explicar el procedimiento y el comportamiento #4 - Mantener conversaciones excluyendo al paciente.

Tras el análisis del discurso de los estudiantes se deduce que cuando las técnicas son complejas para el estudiante mayores dificultades presenta para centrar su atención en el paciente, aunque si le resultan de escasa complejidad o rutinarias (como la higiene, colocar una cuña o realizar una analítica), también puede descuidar su atención y olvidar explicar el procedimiento al paciente o aprovechar para mantener conversaciones con otros compañeros.

A lo largo de todo el trabajo ya hemos comentado en más de una ocasión la tendencia de profesionales, tutores de prácticas y estudiantes de enfermería a centrar su atención principalmente en técnicas y en los procedimientos y a desplazar al ser humano del centro de los cuidados (5,6,11,17,18,262) a pesar de ello, no hemos localizado estudios que relacionen la complejidad de la técnica con el respeto a los valores profesionales específicamente.

Tomando en consideración el papel que los tutores de prácticas tienen en la calidad del aprendizaje de los estudiantes es imprescindible que se aprovechen las situaciones de la práctica clínica como oportunidades de reflexión y autoevaluación de la calidad de las intervenciones desde una perspectiva de la ética del cuidado, y no meramente tomando en consideración la pericia técnica del estudiante para intentar disminuir la influencia de la complejidad de las técnicas a realizar en el grado de atención que el estudiante presta a la persona que recibe los cuidados.

5.2.3.3 EXPERIENCIAS PREVIAS

Las **experiencias previas con perfiles de pacientes determinados y el conocimiento de otras culturas** de los estudiantes de enfermería también se han relacionado con la manifestación de los valores profesionales a través de ciertos comportamientos de las dimensiones *Cuidado Ético* y *Dominio Profesional*; específicamente Ofrecer un trato diferente según el perfil de paciente, Trato pueril a paciente con deterioro cognitivo y Vulnerar los valores profesionales.

Este factor fue también identificado por Shafakhah (141) que incluyó la experiencia laboral y las relaciones y experiencias previas como factores influyentes de los valores profesionales de los estudiantes de enfermería. Diversos estudios han sugerido que las experiencias previas se relacionan con las actitudes que los estudiantes de enfermería manifiestan sobre personas con patología mental (226–228) o con personas migrantes (230–232,273). De hecho, la

aproximación cuantitativa realizada con la escala EVPE en la presente investigación confirma esta pequeña relación positiva y significativa con los años de experiencia laboral.

Es importante destacar que Shafakhah (141) identificó esta relación como positiva y en nuestro abordaje cualitativo la relación ha sido ambivalente; por ejemplo, los estudiantes que han compartido vivencias previas con pacientes con deterioro cognitivo han mostrado una mayor competencia para relacionarse con ellos respetando los valores profesionales, en cambio experiencias previas negativas con pacientes de perfiles específicos (personas de etnia gitana, personas con trastorno mental agudo) han generado mayores dificultades para el respeto de los valores profesionales y para el respeto de los valores del paciente.

Nuestros hallazgos son, en este sentido, similares a los de Dehghani (219) que también identificó esta ambivalencia de las experiencias y relaciones previas de los estudiantes de enfermería en el desarrollo y la manifestación de los valores profesionales.

Otros autores también han declarado esta relación entre las experiencias previas y asunción de comportamientos relacionados con los valores profesionales, así Preposi-Cruz et al. (274), en un trabajo internacional multicéntrico, identificaron como factores favorecedores de la competencia transcultural de los estudiantes de enfermería y del respeto a los valores de los pacientes, la experiencia de cuidar a personas de orígenes culturalmente diversos o pertenecientes a grupos de población especiales, además de la experiencia de vivir en un entorno multicultural.

Las creencias, los comportamientos y los valores del paciente están determinados por factores como el origen étnico, el género, el idioma, la capacidad mental, la nacionalidad, la ocupación, la raza, la religión, la orientación sexual y el nivel socioeconómico (275). Madeleine Leininger (1) ya en los años 50, definió en su Teoría de la Enfermería Transcultural la necesidad de identificar las diferencias y similitudes del contexto cultural de cada paciente para poder ofrecer cuidados de calidad. Si queremos ofrecer una atención enfermera que satisfaga las necesidades culturales, sociales y religiosas de los pacientes y sus familias es preciso mejorar la competencia cultural de los profesionales de la salud. No hay que olvidar que el objetivo de esta competencia es brindar una atención de calidad a todos los pacientes, independientemente de su origen cultural, étnico, racial o religioso (275). Las enfermeras deben ser capaces de comprender al paciente en todas sus esferas, a través de un enfoque cultural sensible para determinar con precisión sus necesidades y ser capaces de planificar e implementar sus intervenciones de manera eficaz valiéndose de su inteligencia cultural (276,277) . Muchos son los trabajos que afirman que para ofrecer unos cuidados culturalmente competentes se hace necesario el conocimiento y la comprensión de los valores culturales y espirituales del paciente, especialmente cuando se trata de culturas alejadas a las del profesional (235,278–283).

Los hallazgos de la presente investigación coinciden con las conclusiones de Lin et al. (235), en las que manifestaron que las enfermeras se declaraban no preparadas al encontrarse con personas de otras culturas ya que el trasfondo cultural del paciente les resultaba desconocido y esta situación generaba deficiencias en la atención prestada. La falta de comprensión de otras culturas inducía directamente a los participantes a una actitud negativa y a mostrar ideas preconcebidas sobre los miembros de ciertos grupos étnicos lo que menguaba calidad del cuidado.

En el caso del paciente inmigrante y, especialmente cuando tanto la lengua como los códigos culturales son diferentes, el proceso de aproximación entre enfermera y paciente se entabla con cierta dificultad y el déficit de comunicación se convierte en un claro riesgo para la salud de la persona inmigrante (233). Se pone de manifiesto, por tanto, que la falta de experiencias y el desconocimiento de la cultura del paciente se convierten en una de las principales barreras del respeto y la integración de sus valores durante el cuidado y, por ende, un factor favorecedor del trato discriminatorio que se puede derivar de ello y de los riesgos para su salud.

5.2.3.4 CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

Otro factor a destacar en esta categoría ha sido las **características de la organización** (estructura física del centro, recursos disponibles o características específicas del ámbito). Este factor ha emergido en tres comportamientos de la dimensión *Cuidado Ético*: comportamiento #1 - Presentarse, comportamiento #2 - Mantener a la persona desnuda y comportamiento #6 - Ofrecer información en un lugar inapropiado.

Por ejemplo, algunos estudiantes comentaron que ciertas características estructurales de los centros sanitarios ayudaban a proteger la intimidad del paciente (habitaciones individuales, existencia de mamparas o cortinas) mientras que otras dificultaban el respeto a la intimidad del paciente (habitaciones compartidas o la frecuente presencia de pacientes en los pasillos de urgencias). Estos resultados coinciden casi al completo con las conclusiones de los estudios de Dehghani (219) y Shafakhah (141) y Nelwati (139) cuyos resultados mostraron que el clima de trabajo, la estructura física del centro y las políticas organizativas de las instituciones tenían una influencia directa en el desarrollo y manifestación de los valores profesionales en los estudiantes de enfermería. En este punto, es relevante destacar que los participantes no identificaron el clima de trabajo como un factor influyente, aunque en este sentido la satisfacción de los estudiantes respecto al clima de trabajo durante sus prácticas clínicas es siempre muy elevada en la población estudiada.

5.2.3.5 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Finalmente, el último factor ambivalente identificado por los estudiantes han sido las **características del paciente**. Este factor se ha identificado en los discursos de los estudiantes referidos a comportamientos de la dimensión *Cuidado Ético y Dominio Profesional*. Concretamente al comportamiento #1 - Presentarse, comportamiento #3 - Explicar el procedimiento, comportamiento #4 - Mantener conversaciones con los compañeros excluyendo al paciente, comportamiento #8 - Trato diferente según perfil y comportamiento #7 - Respeto a los valores del paciente.

Los participantes manifestaron tener más dificultades ante pacientes de determinadas características, tales como: personas con conductas agresivas, personas detenidas, personas de otras culturas (especialmente musulmanas y gitanas) y personas con patología mental (deterioro cognitivo, alcoholismo y drogodependencias) o cuando sentían que los pacientes no les trataban con el suficiente respeto o eran muy demandantes.

Del mismo modo, un tema recurrente en las entrevistas y grupos focales realizados por Bickford (221) fue que el cuidado compasivo que brindan los estudiantes de enfermería se puede ver reducido ante personas con demencia que son percibidas en términos de violencia, agresividad, frustración o angustia, aunque estos dos últimos ítems no emergieron en el discurso de nuestros participantes que manifestaron más dificultades ante situaciones de agresividad.

En esta línea de trabajo, algunos estudios han identificado que la “buena relación” está condicionada por el papel sumiso del paciente (158,201,284,285). En ocasiones, se percibe como “molesto” a aquel paciente que demanda mucha información, que busca de manera activa tomar sus propias decisiones y esto dificulta más la relación cuando sus decisiones difieren de las recomendaciones formuladas por los profesionales de la salud (284,285).

Molina-Mula (72), especifica que el papel pasivo del paciente es manifiesto en las unidades de hospitalización, un contexto en el que el paciente carece de autonomía para tomar decisiones sobre sus propios cuidados y tratamiento. En momentos en los que el paciente no asume ese rol pasivo puede ser percibido como una manifestación de agresividad que dificulta el trato compasivo y cálido.

5.2.4 VALORES PROFESIONALES IDENTIFICADOS

Finalmente se procede a concluir esta discusión comentando cuales han sido los valores identificados por los estudiantes de enfermería como imprescindibles en su práctica del cuidado.

Cuando se preguntó a los estudiantes cuáles eran los valores que guiaban su conducta es importante destacar que en primer lugar aparecen las habilidades sociales y comunicativas y de una manera muy destacada la **empatía**, lo que se replica en los cuatro cursos. Otras habilidades comunicativas también han emergido, pero con menor frecuencia, como la asertividad, la escucha activa o la capacidad de regulación emocional y de resolución de conflictos.

De hecho Hui et al. (153) han identificado una asociación fuerte y positiva entre la manifestación y desarrollo de los valores profesionales y la habilidades empáticas de los profesionales de enfermería, relación que también han manifestado Kaçan et al.(280). Hay que añadir que diversos estudios han demostrado que la empatía previene el agotamiento (155,156), aumenta la satisfacción por compasión de las enfermeras (156), y mejora la satisfacción percibida de los pacientes (71).

Las enfermeras deben ser capaces de comprender al paciente en todas sus dimensiones, determinar sus necesidades y planificar e implementar la atención en consecuencia para conseguir una atención eficaz que respete sus valores, para lo que resulta imprescindible disponer de habilidades empáticas (286,287). Es de suponer pues, que para el desarrollo de los valores profesionales en enfermería la empatía resulta un requisito imprescindible.

Cabe añadir, se trata de una habilidad que se trabaja en el grado de enfermería de nuestra escuela de una manera intensa, a lo largo de los cuatro cursos y de manera transversal incluidas las prácticas clínicas. No es de extrañar, por tanto, que sea esta habilidad comunicativa el código que ha emergido con más frecuencia al preguntar a los estudiantes por los valores profesionales que guían su conducta, aunque denota una cierta confusión de conceptos, probablemente relacionada con la menor intensidad con la que se trabajan los valores profesionales a lo largo del grado.

El siguiente valor identificado en los cuatro cursos teniendo en cuenta el número de referencias ha sido el **respeto por la dignidad humana**. Estos resultados coinciden ampliamente con los hallazgos de Boozaaripour et al. (288) en cuya investigación, tanto estudiantes como docentes identificaron el respeto a la dignidad humana como el valor más importante, y añadieron otros también mencionados por nuestros estudiantes, como las **habilidades comunicativas**, la **competencia profesional** o los **principios éticos**. Las pequeñas diferencias encontradas con este trabajo se pueden explicar por las diferencias en las creencias, la cultura y la religión de los participantes. En el trabajo de Elliot (263), también ha emergido el respeto, entre otros, como un valor importante y ha destacado que lo que genera mayor nivel de desilusión a los

estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas es la falta de respeto de los profesionales hacia los pacientes.

De hecho, se trata de un valor esencial que todas las asociaciones profesionales han tenido en cuenta e incluso algunas han priorizado como base del resto de valores profesionales.

Como se comentaba en el marco teórico de esta disertación, el *Código Deontológico para la profesión enfermera* del CIE (81) destaca que

“Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto”.

Asimismo, la AACN (84) proclama que, para lograr resultados óptimos de salud y bienestar de los pacientes, las familia y las comunidades es preciso la aplicación inteligente de los principios de altruismo, excelencia, cuidado, ética, respeto y responsabilidad. Especifica, además, que la dignidad humana es el respeto por el valor inherente y la singularidad de las personas y las poblaciones y por lo tanto es necesario el respeto de todos los pacientes y compañeros.

Por otro lado, el *Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements* de la ANA (57) enfoca en su primera disposición (dedicada a los valores y compromisos fundamentales de la profesión) a la compasión por la dignidad inherente, el valor y los atributos únicos de cada persona y remarca respeto por la dignidad humana.

En nuestro contexto, el *Código Deontológico de la enfermería Española* (32) identifica como valores primordiales la salud, la libertad, la dignidad y la vida humana. Concretamente en su *artículo 52* expone la necesidad de ejercer la profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinciones derivadas de su situación social, económica, características personales o problemas de salud.

Y por ende, *El Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya*, se estructura en 5 valores profesionales, responsabilidad, autonomía, intimidad/confidencialidad, justicia social, compromiso profesional, pero considera el respeto a la dignidad humana como la base de todos ellos y promulga en su primer punto que la enfermera respeta protege y promueve la dignidad de la persona atendida y de los derechos humanos que le corresponden (107).

Otro dato que es preciso remarcar llegados a este punto es que la **competencia profesional** ha sido ampliamente nombrada en los discursos de los participantes de nuestro estudio, lo que nos ha sorprendido teniendo en cuenta la puntuación menor que han obtenido los valores

relacionados con la dimensión *Dominio Profesional* respecto a la dimensión *Cuidado Ético* en el enfoque cuantitativo. Este valor ha incluido aspectos como los conocimientos, la formación continua, la eficacia de los cuidados, la práctica basada en la evidencia y la capacidad de aprender.

Quizás las conclusiones de Brooke et al. (289) pueden explicar esta pequeña contradicción, ya que concluyó que los estudiantes de enfermería perciben la práctica basada en la evidencia como algo desalentador y difícil de entender, aunque muy necesaria para su práctica actual y futura. O el trabajo de Ryan, (290) que afirmó que aunque los estudiantes otorgan importancia a estos aspectos, experimentan una falta de apoyo y oportunidades y carecen de confianza para poner en prácticas estas habilidades.

El último aspecto a constatar es la amplitud en el abanico de valores profesionales identificados por los estudiantes de enfermería a medida que se va avanzando en el grado. Algo que está en concordancia con la idea de que la adquisición y manifestación de los valores profesionales se va desarrollando a lo largo del grado (74, 77, 81, 98,258,259) y continúa con la práctica profesional (74,77,81) .

En este sentido Weis y Schank (61) creían firmemente en la influencia positiva de las experiencias educativas en el desarrollo de los valores profesionales de los estudiantes de enfermería. Posluszny (120) añadió que cuando los estudiantes de enfermería no logran internalizar los valores profesionales durante su educación, pueden llevar a cabo a lo largo de su carrera actuaciones fuera principios éticos que otorgan identidad a la profesión y poner así en riesgo la imagen pública de nuestra disciplina, además de, la integridad del paciente.

Adela Cortina (293) explica cómo para captar los valores adecuadamente es necesaria cierta preparación del sujeto: «la cuestión de los valores es, pues, una cuestión no sólo de intuición personal, de captación personal del valor, sino también de cultivo de las predisposiciones necesarias para apreciarlo, para degustarlo... La educación en valores se hace necesaria para cultivar esas condiciones que nos preparan para degustar ciertos valores.

Por todo ello, y coincidiendo con las recomendaciones de Basurto (18), Weis y Schank (19), Ramió (20), Martín-Ferreres (9), Camps (21), Diego Gracia (56), Díaz-Flores et al. (28), Lin et al. (291) y de las principales asociaciones profesionales de enfermería en nuestro contexto (32,57,81,84,107,294), es importante considerar que los docentes tienen las responsabilidades de intensificar sus esfuerzos para mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje de los valores profesionales de enfermería para asegurar la práctica del cuidado humano.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

“Por eso los valores son para vivirlos y disfrutarlos. No son entelequias abstractas que están allí, en un mundo distante y lejano, sino que forman parte de nuestra vida y, a través de la educación, es necesario desvelarlos y fortalecerlos”

Francesc Torralba

6.1 INTRODUCCIÓN

Este trabajo se inició por una inquietud, la necesidad de adoptar una conducta proactiva para tratar de disminuir las conductas deshumanizantes que, en más ocasiones de las deseadas, se observan en todos los ámbitos sanitarios. Para ello, y teniendo en cuenta que ahora mi contexto es la docencia, consideré que era imprescindible conocer el punto de partida de los estudiantes de enfermería con respecto a los valores profesionales, base del cuidado humanizado.

6.2 OBJETIVOS

A continuación, se exponen las principales conclusiones de este estudio que aparecen organizadas en función de los objetivos específicos definidos al inicio de este proyecto.

6.2.1 OBJETIVO 1

Respondiendo a este objetivo, podemos confirmar que los estudiantes de enfermería conceden una importancia elevada a todos los valores profesionales, aunque se aprecia también cierta variabilidad en el grado de importancia atribuida, de manera que los valores que pertenecen a la dimensión *Cuidado Ético* han sido mejor valorados que los valores de las dimensiones *Compromiso Profesional* y *Dominio Profesional*.

Con la intención de pormenorizar estas diferencias podemos afirmar que los valores a los que se les ha atribuido una mayor importancia se relacionan con la protección de la intimidad, la confidencialidad y los derechos legales y morales de los pacientes, así como el ejercicio de la profesión teniendo en cuenta los principios de fidelidad y respeto a la persona.

En cambio, los valores referidos a la participación en asociaciones profesionales, la investigación en salud, los procesos de revisión entre colegas y la gestión de recursos han sido peor valorados por los estudiantes.

6.2.2 OBJETIVO 2

Tras estudiar las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería, podemos confirmar que ni el género, ni la edad ni la situación laboral ni la vía de acceso al grado mostraron relación con el nivel de importancia otorgada a los valores profesionales. En cambio, hubo dos variables que sí mostraron una relación positiva y significativa, por una lado el curso y por otro

lado en número de años de experiencia laboral en ciencias de la salud. Lo que confirma por tanto que la adquisición y manifestaciones de los valores profesionales en el cuidado se va desarrollando a lo largo del grado y de la práctica profesional.

Otra muestra que parece confirmar el crecimiento de los valores profesionales a lo largo de la formación académica es el hecho de que las puntuaciones medias de 3º y 4º curso sean superiores, tanto para el total de la escala EVPE como para cada una de las tres dimensiones que conforman la escala. A pesar de ello, hay algunos valores que no parecen estar determinados por la formación durante el grado aun teniendo un margen de mejora y que principalmente se relacionan con las dimensiones *Compromiso Profesional* y *Dominio Profesional*. Estos valores tienen que ver con la búsqueda de información, participación en investigación, reconocimiento de las asociaciones profesionales y rehusar o hacer frente a profesionales con prácticas cuestionables o inapropiadas.

6.2.3 OBJETIVO 3

De los discursos de los estudiantes han emergido los valores que consideran más relevantes y guían sus actuaciones durante el cuidado que ofrecen a los pacientes en sus prácticas clínicas.

La primera conclusión a la que se ha llegado tras analizar toda la información recabada ha sido el mayor rango de valores que los estudiantes identifican a medida que se va avanzando en el grado, algo que hemos interpretado como una muestra de la influencia de la formación académica en la adquisición de los valores profesionales y avala las conclusiones alcanzadas tras el abordaje cuantitativo de esta investigación.

Dentro de las habilidades sociales y comunicativas, ha sido la **empatía** el valor más representado en los discursos de los estudiantes de los cuatro cursos. Otras habilidades comunicativas también han emergido, pero con menor frecuencia, como la asertividad, la escucha activa o la capacidad de regulación emocional y de resolución de conflictos. Este hecho nos hace considerar la estrecha relación manifiesta entre las habilidades empáticas y el desarrollo y manifestación de los valores profesionales.

El siguiente valor identificado en los cuatro cursos teniendo en cuenta el número de referencias ha sido el **respeto por la dignidad humana**, valor esencial dentro de la disciplina y priorizado por algunas asociaciones profesionales como base del resto de valores.

A pesar de la puntuación menor que han obtenido los valores relacionados con la dimensión *Dominio Profesional* respecto a la dimensión *Cuidado Ético* en el enfoque cuantitativo, el

abordaje cualitativo nos ha permitido establecer el valor que otorgan los estudiantes a la **competencia profesional** que ha incluido aspectos como los conocimientos, la formación continua, la eficacia de los cuidados, la práctica basada en la evidencia y la capacidad de aprender.

Otros valores también han emergido de los discursos de los estudiantes de los cuatro cursos, tales como los **principios éticos** y especialmente la **justicia, humanización del cuidado, amabilidad, trabajo en equipo, responsabilidad y altruismo** entre otros.

6.2.4 OBJETIVO 4

Los factores identificados tras la exploración de los resultados se pueden agrupar en tres categorías principales que se detallan a continuación:

- Los factores favorecedores de comportamientos asociados a valores profesionales más firmemente descritos han sido la empatía; establecimiento de relaciones efectivas con los pacientes y sus familias y los beneficios asociados; formación académica; atención centrada en el paciente; voluntad de estar informados, mejorar y aumentar la propia seguridad, visibilizar la profesión y mejorar la calidad de la atención al paciente; vocación y responsabilidad profesional.
- De entre los favorecedores no favorecedores de los comportamientos asociados a los valores profesionales destaca en primer lugar la sobrecarga laboral o falta de tiempo; la inseguridad o vergüenza del estudiante, los prejuicios y barreras idiomáticas; las dificultades en la regulación emocional; la rutina o monotonía de ciertos cuidados; la falta de motivación e interés; la presencia de conflictos de valores con el paciente y su familia, especialmente aquellos relacionados con el género y las prácticas culturales no saludables. Por último, una de las barreras de la participación de los estudiantes en asociaciones profesionales sido la falta de oportunidades durante la formación académica.
- Se han identificado algunos factores capaces de influir en ambos sentidos en función de características específicas, a los que se ha denominado factores ambivalentes y entre los que destacan los siguientes:
 - La influencia de profesores o tutores de prácticas clínicas que se ha mostrado muy desigual y consideramos que se relaciona, principalmente, con la manifiesta heterogeneidad en su nivel de motivación, formación, práctica, contextos y competencias docentes.

- El nivel de conocimiento de los estudiantes también se ha relacionado positivamente con los comportamientos asociados a los valores profesionales.
- Por otro lado, parece que a mayor nivel de experiencias mayor facilidad para llevar a la práctica dichos comportamientos, a no ser que aparezcan experiencias percibidas como negativas por parte del estudiante, que entonces actúan como una barrera.
- Las características de las organizaciones también se han relacionado de una manera variable con la manifestación y desarrollo de los valores profesionales de los estudiantes.
- Por último, los estudiantes han declarado presentar mayores dificultades para llevar a cabo comportamientos relacionados con los valores profesionales ante ciertas características de los pacientes tales como: pertenecer a otro grupo cultural (especialmente pacientes de etnia gitana y musulmanes), personas con patología mental (deterioro cognitivo, alcoholismo o drogodependencias), personas detenidas, agresivas, demandantes o percepción de un trato falto de respeto por parte del estudiante.

6.3 LIMITACIONES

Una de las limitaciones del estudio es que los participantes pertenecen a una única escuela de enfermería de Barcelona (España) y, por lo tanto, los hallazgos no pueden ser generalizados a otros contextos o áreas geográficas.

Por otro lado, los resultados pueden haberse visto limitados por la voluntad de los estudiantes de responder aquello que creen que se espera de ellos y sus respuestas pueden estar condicionadas por su capacidad de reflexión. También hay que tener en consideración que, aunque la tasa de participación fue muy alta y voluntaria, la muestra fue de conveniencia.

Hay que añadir, también, que por las limitaciones temporales que conlleva la redacción de una tesis doctoral no ha sido posible plantear un estudio longitudinal, lo que nos hubiera permitido llegar a conclusiones más firmes.

Finalmente, otra de las limitaciones tiene que ver con la complejidad misma del concepto de estudio, los valores profesionales, cuyo acercamiento precisa de múltiples metodologías de investigación para generar un mayor cuerpo de conocimiento que nos permita mejorar la transferencia a la práctica profesional.

6.4 PROPUESTAS DE FUTURO Y REPERCUSIONES EN LA PRÁCTICA

En primer lugar, se pone de manifiesto que la identificación de los factores relacionados con los comportamientos asociados a los valores profesionales puede ayudar a los docentes a reconocer áreas de mejora en la formación académica y a establecer intervenciones pedagógicas efectivas, basadas en el constructivismo y la deliberación, para aumentar el nivel de desarrollo de los valores profesionales durante el grado.

Estas áreas de mejora se relacionan especialmente con la mejora de la seguridad del propio estudiante; las habilidades relacionadas con la gestión de la información y la práctica basada en la evidencia y por último la promoción de la participación significativa en asociaciones profesionales y en actividades de mejora de la profesión. Será necesario, por tanto, ofrecer oportunidades a los estudiantes que les permitan afianzar las competencias que ya tienen adquiridas al respecto y tomar conciencia de lo valiosa que puede ser su aportación para el avance de la profesión y la mejora de la calidad del cuidado.

También, desde la formación superior, es prioritario asumir el compromiso con la sociedad de promover el desarrollo de los valores profesionales y, diseñar estrategias que permitan evaluar el nivel de adquisición de estos por parte de los estudiantes de manera que nos aseguremos de que los valores esenciales de la disciplina son la base de las intervenciones planificadas por los futuros profesionales de enfermería. Del mismo modo, quisiera reclamar a las instituciones que acepten su responsabilidad en la promoción de entornos de trabajo que favorezcan el desarrollo de los valores profesionales.

Por último, sería recomendable complementar este trabajo con un estudio cualitativo basado en la observación de los comportamientos de los estudiantes durante sus prácticas clínicas lo que permitiría una aproximación más profunda a su valores profesionales.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Leininger MM. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. New York: John Wiley and Sons.; 1978.
2. Watson J. *Le caring. Philosophie et sciences de soins infirmiers*. Chateau-Gontier: Seli Arslam; 1998. 312 p.
3. Consejo Internacional de Enfermeras. *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. 2012.
4. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier España; 1996. 167 p.
5. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA Rev médica Univ Antioquia* [Internet]. 2016 [citado 11 de abril de 2018];30(2):216-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
6. Bauman Z. *Postmodern Ethics*. New York: Wiley; 1993. 262 p.
7. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*. 2009;18(1):32-6.
8. Cañadas-Núñez F. Humanizar la tecnología: la asignatura enfermera. *Índex de Enfermería*. 2005;14(48-49):69-70.
9. Martín-Ferreres ML. *La presencia de los valores en la práctica enfermera*. Univesitat Internacional de Catalunya; 2017.
10. Paans W, Robbe P, Wijkamp I, Wolfensberger MVC. What establishes an excellent nurse? A focus group and Delphi panel approach. *BMC Nurs* [Internet]. 10 de diciembre de 2017 [citado 16 de abril de 2018];16(1):1-10. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0239-x>
11. Santos-Hernández AM. Humanización de la atención sanitaria ; retos y perspectivas. *Cuadernos de Bioética*. 2003;14(50):39-60.
12. Maurits E, DeVeer A, Francke A. *Inspelen op veranderingen in de Zorg. Nivel*. Utrecht; 2016.
13. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency*. San Francisco: Jossey-Bass; 2010. 320 p.
14. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating Nurses. A call for a radical transforation*. San Francisco: Jossey-Bass.; 2010.
15. Hamilton N, Brabbit LM. Fostering Professionalism through Mentoring. *J Legal Educ*. 2007;57:102.
16. Esteban-Bara F, Mellen-Vinagre T, Buxarrais-Estrada MR. Concepciones del profesorado universitario sobre la formación ética y ciudadana en el Espacio Europeo de Educación Superior: un estudio de caso. *RUSC Univ Knowl Soc J*. 2014;11(3):22-32.
17. Newman RA. Virtue ethics and nursing: on what grounds? *Nurs Philos*. 2015;16:40-50.
18. Basurto-Hoyuelos S. *Los valores en la profesión enfermera: validación de un cuestionario escala*. Universidad del País Vasco; 2010.
19. Weis D, Schank MJ. An Instrument to Measure Professional Nursing Values. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32(2):201-4.

20. Ramió-Jofre A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Universidad de Barcelona; 2005.
21. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ médica*. 2015;16(1):3-8.
22. Marina JA. Aprender a vivir. 6ª ed. Barcelona: Ariel; 2010. 206 p.
23. Luengo-Martínez C, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017;2(1):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.001>
24. Soler-Ranzani M. Desenvolupament del professionalisme en l'educació mèdica: l'avaluació formativa de valors i actituds professionals en l'aprenentatge basat en problemes (ABP). Universitat de Barcelona; 2015.
25. Oriol A. El profesionalismo: asignatura pendiente del sistema educativo médico. *Eidon*. 2010;33:52-7.
26. Letelier-Valdivia M, Velandia-Mora AL. Profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. *av enferm*. 2010;28(2):145-58.
27. Arias MR. La Ética y humanización en el Cuidado de Enfermería [Internet]. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. 2007 [citado 5 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65
28. Díaz-Flores M, Castro-Ricalde DM, Cuevas-James BL. Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. *Humanidades Médicas*. 2012;12(2):289-99.
29. Christensen M, Hewitt-Tylor J. From expert to tasks, expert nursing practice redefined? *J Clin Nurs*. 2005;15(12):1531-9.
30. Soledad-Hernández I. Hacia una pedagogía axiológica transdisciplinaria por recorrer en la formación de enfermeros. *EduSol*. 2017;17(61):97-110.
31. Gilligan C, Outram S, Levett-Jones T. Recommendations from recent graduates in medicine, nursing and pharmacy on improving interprofessional education in university programs: a qualitative study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2014 [citado 11 de abril de 2018];14(52):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-52>
32. Consejo General de Colegios de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española [Internet]. Madrid; 1988 [citado 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
33. Pérez-Pérez C. Sobre el concepto de valor. Una propuesta desde diferentes perspectivas. *Bordón*. 2008;60(1):99-112.
34. Real Academia Española. valor | Definición | [Internet]. [citado 1 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/valor>
35. Gracia D. La cuestión del Valor. Discurso de recepción del Académico. [Internet]. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; 2010. p. 202 p. Disponible en: <https://www.racmyp.es/docs/academicos/350/discurso/d81.pdf>
36. Garzón-Pérez A, Garcés-Ferrer J. Hacia una conceptualización del valor. En: Mayor J, Pinillos JL, editores. *Tratado de psicología general*. Madrid: Alhambra; 1989. p. 364-407.
37. Pérez-Martínez A. Reflexiones en torno a los valores en las organizaciones. *Rev Venez Gerenc*. 2013;18(61):30-42.

38. Kluckhohn F. Los valores y las orientaciones de valor en la teoría de la acción. En: Parsons T, Shils A, editores. *Hacia una teoría general de la acción*. Buenos Aires (Argentina): Kapelusz; 1968.
39. Frondizi R. *Qué son los valores? 17ª*. FCE, México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
40. Maslow A. *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós; 1968. 360 p.
41. Rokeach M. *The nature of human values*. New York: Free Press; 1973. 438 p.
42. Schwartz S. A theory of cultural values and some implications for work. *Appl Psychol*. 1999;48(1):23-55.
43. Schwartz S. Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *J Soc Issues*. 1994;50(4):19-45.
44. Llopis-Blasco JA, Ballester-Mancheño MR. *Valores y actitudes en educación*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2001. 271 p.
45. Gervilla E. *Postmodernidad y educación. Valores y cultura de los jóvenes*. Madrid: Dykinson; 1993. 195 p.
46. Quintana J. *Pedagogía Axiológica. La educación ante los valores*. Madrid: Dykinson; 1998. 438 p.
47. Escamez J, García R, Ortega P. Los valores y el hombre contemporáneo. En: Noguera J, editor. *Cuestiones de Antropología de la Educación*. Barcelona: CEAC; 1995. p. 192.
48. Zubiri X. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza; 1986. 736 p.
49. Hall B. *Values Shift. A guide to personal and organizational transformation*. New York: Twin Lights Publishing; 1995. 287 p.
50. Korres O, Elexpuru-Albizuri I. La medición e identificación de valores: complementariedad entre los modelos de Schwartz y Hall-Tonna - Dialnet. *Rev Int Educ y Aprendiz*. 2015;3(1):89-102.
51. Torralba F. *Cien valores para una vida plena*. 3ª ed. Lleida: Milenio; 2004. 541 p.
52. Scheler M. *Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. 3ª ed. Madrid: Caparrós editores; 2001. 747 p.
53. Cortina A. Presentación, el sentido de las profesiones. En: Cortina A, Conill J, editores. *10 Palabras Clave en Ética de las Profesiones*. Navarra (España): Verbo Divino; 2000. p. 13-28.
54. Koomey CL, Osteen K, Gray J. Professional Values of RN-to-BSN Students in an Online Program. *Nurse Educ [Internet]*. 7 de septiembre de 2015 [citado 5 de marzo de 2021];40(5):258-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000156>
55. Schmidt BJ, McArthur EC. Professional nursing values: A concept analysis. *Nurs Forum [Internet]*. enero de 2018 [citado 31 de julio de 2018];53(1):69-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12211>
56. Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. Personal and professional values held by baccalaureate nursing students. *Nurs Ethics [Internet]*. 1 de septiembre de 2017 [citado 8 de febrero de 2021];24(6):716-31. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0969733015624488>

57. American Nurses Association. Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements (View Only for Members and Non-Members) [Internet]. American Nurses Association, editor. Georgia; 2015 [citado 11 de diciembre de 2020]. 64 p. Disponible en: <https://www.nursingworld.org/coe-view-only>
58. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Valores de la enfermería como práctica social: una metasíntesis cualitativa. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 [citado 3 de febrero de 2021];21(3):[aprox. 9 pant]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300007>
59. Altun I. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2003;23(8):575-84. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0260-6917\(03\)00096-0](http://doi.org/10.1016/S0260-6917(03)00096-0)
60. Weis D, Schank MJ. Professional values: key to professional development. *J Prof Nurs*. 2002;18(5):271-5.
61. Basurto-Hoyuelos S, Lobato-Fraile C, Weis D, DeLorenzo-Urien E, Elsdén CA, Schank MJ. Nursing professional values: Validation of a scale in a Spanish context. *Nurse Educ Today* [Internet]. febrero de 2010 [citado 11 de abril de 2018];30(2):107-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.05.010>
62. Rassin M. Nurses' professional and personal values. *Nurs Ethics* [Internet]. septiembre de 2008 [citado 16 de abril de 2018];15(5):614-30. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1177/0969733008092870>
63. Shammari F Al, Grande RAN, Vicencio DA, Mutairi S Al. Nurses' professional values on patient care provisions and decisions. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 17 de abril de 2017 [citado 9 de febrero de 2021];7(9):78-84. Disponible en: <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n9p78>
64. Aydın Al, Özyazıcıoğlu N, Atak M. Determination of Professional Values in Nursing Students | Request PDF. *Int J Caring Sci*. 2018;(11):254-60.
65. Bijani M, Tehranineshat B, Torabizadeh C. Nurses', nursing students', and nursing instructors' perceptions of professional values: A comparative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2021];26:870-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733017727153>
66. Poorchangizi B, Borhani F, Abbaszadeh A, Mirzaee M, Farokhzadian J. Professional Values of Nurses and Nursing Students: A comparative study. *BMC Med Educ* [Internet]. 27 de noviembre de 2019 [citado 9 de febrero de 2021];19(1):438-50. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12909-019-1878-2>
67. Poorchangizi B, Farokhzadian J, Abbaszadeh A, Mirzaee M, Borhani F. The importance of professional values from clinical nurses' perspective in hospitals of a medical university in Iran. *BMC Med Ethics* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 9 de febrero de 2021];18(1):20. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0178-9>
68. Kaya A, Boz İ. The development of the Professional Values Model in Nursing. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 6 de marzo de 2021];26(3):914-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733017730685>
69. Alfred D, Yarbrough S, Martin P, Mink J, Lin YH, Wang LS. Comparison of professional values of Taiwanese and United States nursing students. *Nurs Ethics* [Internet]. 23 de diciembre de 2013 [citado 5 de marzo de 2021];20(8):917-26. Disponible en:

- <https://doi.org/10.1177/0969733013484486>
70. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M, Fooladi MM. Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nurs Ethics* [Internet]. 2 de enero de 2012 [citado 31 de julio de 2018];19(1):30-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011408169>
 71. Goodarzi N, Azma K, Tavakolian E, Peyvand P. Association of Nurses' Self-Reported Empathy and Mu Suppression with Patients' Satisfaction. *J Caring Sci* [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 11 de febrero de 2021];4(3):197-205. Disponible en: <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.020>
 72. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Heal* [Internet]. 2020;17(3):835-59. Disponible en: <http://doi.org/10.3390 / ijerph17030835>
 73. Ravari A, Bazargan-Hejazi S, Ebadi A, Mirzaei T, Oshvandi K. Work values and job satisfaction: A qualitative study of Iranian nurses. *Nurs Ethics* [Internet]. junio de 2013 [citado 6 de marzo de 2021];20(4):448-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733012458606>
 74. Alam MM, Mohammad JF. Level of Job Satisfaction and Intent to Leave Among Malaysian Nurses. *Bus Intell J*. 2009;3(1):123-37.
 75. Luker KA, Austin L, Caress A, Hallett CE. The importance of «knowing the patient»: Community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2000 [citado 11 de febrero de 2021];31(4):775-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01364.x>
 76. Benner P. Educating Nurses: A Call for Radical Transformation-How Far Have We Come? *J Nurs Educ*. 2012;51(4):183-4.
 77. You L ming, Aiken LH, Sloane DM, Liu K, He G ping, Hu Y, et al. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *Int J Nurs Stud* [Internet]. febrero de 2013 [citado 6 de marzo de 2021];50(2):154-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>
 78. Bang KS, Kang JH, Jun MH, Kim HS, Son HM, Yu SJ, et al. Professional values in Korean undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. enero de 2011 [citado 3 de julio de 2018];31(1):72-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.019>
 79. Schank M, Weis D. Service and education share responsibility for nurses' value development. *J Nurses Staff Dev*. 2001;17(5):226-33.
 80. Consejo internacional de enfermería. Quiénes somos | ICN - International Council of Nurses [Internet]. 2020 [citado 2 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/quienes-somos>
 81. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera [Internet]. Consejo internacional de enfermeras, editor. Ginebra; 2012 [citado 2 de febrero de 2018]. 10 p. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_sp.pdf
 82. American Association of Colleges of Nursing. About AACN [Internet]. 2021 [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.aacnnursing.org/About-AACN>

83. American Association of Colleges of Nursing. AACN Essentials - Bachillerato, Maestría, DNP y Recursos clínicos [Internet]. 2020 [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.aacnnursing.org/Education-Resources/AACN-Essentials>
84. American Association of Colleges of Nursing. The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. Washington; 2008.
85. Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés du Canada [Internet]. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2017 [citado 3 de febrero de 2021]. 64 p. Disponible en: <https://www.cna-aiic>.
86. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. COIB [Internet]. [citado 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/codi-etica/introduccio.html>
87. Feather NT. Values and value dilemmas in relation to judgments concerning outcomes of an industrial conflict. Personal Soc Psychol Bull [Internet]. 2002 [citado 7 de marzo de 2021];28(4):446-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0146167202287003>
88. SanMartín-Ulloa C, Pilar-Fernández L. Construcción del cuestionario de “Concepciones sobre inclusión educativa de alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual” (CIEDI). Rev Psicol y Educ. 2010;5(1):69-94.
89. Fernández-Feito A, Palmeiro-Longo M, Basurto-Hoyuelos S, García-Díaz V. How to work setting and job experience affect professional nurses' values. Nurs Ethics [Internet]. 1 de febrero de 2017 [citado 8 de febrero de 2021];26(1):134-47. Disponible en: <http://doi.org/10.1177 / 0969733017700238>
90. Elfrink V, Lutz EM. American Association of Colleges of Nursing essential values: National study of faculty perceptions, practices, and plans. J Prof Nurs [Internet]. 1991 [citado 8 de febrero de 2021];7(4):239-45. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/8755-7223\(91\)90033-h](http://doi.org/10.1016/8755-7223(91)90033-h).
91. Lui MH, Wah Lam L, Lee IF, Tong Chien W, Chau JP, Yim Ip W. Professional nursing values among baccalaureate nursing students in Hong Kong. Nurse Educ Today. 2008;28:108-14.
92. Lombarts KM, Plochg T, Thompson CA, Arah OA. Measuring Professionalism in Medicine and Nursing: Results of a European Survey. PLoS One [Internet]. 2014 [citado 8 de febrero de 2017];9(5):e97069. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097069>
93. Weis D, Schank MJ. Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale--Revised. J Nurs Meas [Internet]. 2009 [citado 31 de julio de 2018];17(3):221-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.3.221>.
94. Winland-Brown J, Lachman VD, O'Connor-Swanson E. The New «Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements» (2015): Practical Clinical Application, Part I. Medsurg Nurs [Internet]. 2015 [citado 14 de junio de 2017];24(4):268-71. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics-2015-Part-1.pdf>
95. Creswell J, Plano V. Designing and conducting Mixed Methods Research. California: Sage publications; 2007.

96. Polit DF, Hungler BR. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª. Iztapalapa (México): Interamericana, McGraw-Hill; 2000. 715 p.
97. Folgueras-Bertomeu P, Ramirez C. Elaboración de técnicas de recogida de información en diseños mixtos. Un ejemplo de estudio de aprendizaje-servicio. *Rev d'Innovació i Recer en Educ* [Internet]. 2017 [citado 24 de febrero de 2021];10(2):64-78. Disponible en: <http://doi.org/10.1344/reire2017.10.218069>
98. Morse JM. *Developing Qualitative-driven Mixed-Methods Design*. New York: Routledge; 2017.
99. Morse JM, Niehaus L. *Mixed-Methods Desing: Principles and Procedures*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press; 2009.
100. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill; 2010. 268 p.
101. Creswell J. *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. 3ª Ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Publishing; 2008.
102. Comité de Bioética de Aragón. Comité de Bioética de Aragón [Internet]. 2016 [citado 14 de junio de 2017]. p. 1. Disponible en: http://www.aragon.es/OrganosConsultivosGobiernoAragon/OrganosConsultivos/ComiteBioeticaAragon/AreasTematicas/ci.comite_etica_asistencial.detalleDepartamento?channelSelected=0
103. Martínez-González MÁ, Sánchez-Villegas A, Toledo-Atucha E, Faulin-Fajardo J. *Bioestadística amigable*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2020. 536 p.
104. Mondragón-Barrera MA. Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Mov Científico*. 2014;8(1):09-104.
105. Feller LM, Fisher MD, Larson J, Schweinle W. Nursing Students' Professional Value Development: Can We Do Better? *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 11 de febrero de 2021];40(6):317-21. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000504>
106. Begum S, Slavin H. Perceptions of "caring" in nursing education by Pakistani nursing students: An exploratory study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2012 [citado 8 de febrero de 2021];32:332-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.011>
107. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi ètic de les infermeres i els infermers de Catalunya [Internet]. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2012 [citado 3 de febrero de 2021]. 48 p. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/codi-etica/etica-en-la-professio-infermera.html>
108. Pérez-Morales A, Barallobre-Filgueira A, Cuadrado-Martín A, Cuadri-Duque J, Jara-Fernández FJ, González-Ruize A, et al. Perfil de valores profesionales elegido por estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios. Experiencia en Sevilla. *Enfermería Clínica* [Internet]. enero de 2002 [citado 8 de febrero de 2021];12(3):109-16. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/s1130-8621\(02\)73738-8](http://doi.org/10.1016/s1130-8621(02)73738-8)
109. Tadd W, Clarke A, Lloyd L, Leino-Kilpi H, Strandell C, Lemonidou C, et al. The value of nurses' codes: European nurses' views. *Nurs Ethics* [Internet]. 19 de julio de 2006 [citado 8 de febrero de 2021];13(4):376-93. Disponible en: <http://doi.org/10.1191/0969733006ne891oa>

110. Rivas E, Rivas A, Bustos L. Valores expresados en estudiantes de enfermería. Temuco - Chile, 2009. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2011 [citado 8 de febrero de 2021];17(2):65-75. Disponible en: <http://doi.org/10.4067/S0717-95532011000200008>
111. Schwart S. ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? En: Ros M, Gouveia V, editores. *Psicología social de los valores humanos*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2001. p. 53-76.
112. İlaslan E, Geçkil E, Kol E, Erkul M. Examination of the professional values of the nurses and the associated factors. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 25 de febrero de 2021];57(1):56-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppc.12524>
113. Duran-Parra M. Valores en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander. *av.enferm* [Internet]. 2014 [citado 8 de febrero de 2021];32(2):11-24. Disponible en: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.45974>
114. Véliz-Burgos Á, Dörner-Paris A, Gonzáles-Sierra, Edgardo Miguel-Ripoll N. Perfil de valores de estudiantes de carreras de salud del sur de Chile. *Horiz Médico* [Internet]. 2017 [citado 8 de febrero de 2021];17(2):48-54. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.07>.
115. American Association of Colleges of Nursing. *Essentials of college and university education for professional nursing*. Whashington: American Association of Colleges of Nursing; 1986.
116. Knuppel-De-Quadros-Gerber V, Zagonel-Sanson PI. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. *Rev bioét*. 2013;21(1):168-78.
117. Fernández-Feito A, Basurto-Hoyuelos S, Palmeiro-Longo MR, García-Díaz V. Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective. *Int Nurs Rev* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 9 de febrero de 2021];66(4):577-89. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/inr.12543>
118. Fisher M. A Comparison of Professional Value Development Among Pre-Licensure Nursing Students in Associate Degree, Diploma, and Bachelor of Science in Nursing Programs. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. enero de 2014 [citado 9 de febrero de 2021];35(1):37-42. Disponible en: <https://doi.org/10.5480/11-729.1>
119. Erkus G, Dinc L. Turkish Nurses' perceptions of professional values. *J Prof Nurs* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 9 de febrero de 2021];34(3):226-32. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.07.011>
120. Posluszny L, Hawley DA. Comparing professional values of sophomore and senior baccalaureate nursing students. *J Nurs Educ* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 9 de febrero de 2021];56(9):546-50. Disponible en: <https://www.healio.com/nursing/journals/jne/2017-9-56-9/%7B4d4a63c7-431f-4438-9447-df3db6d22b2f%7D/comparing-professional-values-of-sophomore-and-senior-baccalaureate-nursing-students>
121. Gallegos C, Sortedahl C. An Exploration of Professional Values Held by Nurses at a Large Freestanding Pediatric Hospital. *Pediatr Nurs*. 2015;41(4):187-95.
122. Elliott A. Identifying professional values in nursing: An integrative review. *Teach Learn Nurs* [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2021];(12):201-6. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.teln.2017.02.002>

123. Lin YH, Wang LS, Yarbrough S, Alfred D, Martin P. Changes in taiwanese nursing student values during the educational experience. *Nurs Ethics* [Internet]. 2010 [citado 8 de febrero de 2021];17(5):646-54. Disponible en: <http://10.0.4.153/0969733010373011>
124. López-Pereira A, Arango-Bayer G. Professional values of nurse lecturers at three universities in Colombia. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 [citado 10 de febrero de 2021];24(2):198-208. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733015584400>
125. Clark D. Professional values: a study of education and experience in nursing students and nurses. Capella University; 2009.
126. Cuixart-Ainaud N. Realidad de la colegiación profesional enfermera en España. *Rev ROL Enfermería*. 2017;40(5):366-8.
127. Salvage J, White J. Nursing leadership and health policy: everybody's business [Internet]. Vol. 66, *International Nursing Review*. Blackwell Publishing Ltd; 2019 [citado 9 de febrero de 2021]. p. 147-50. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/inr.12523>
128. Anders RL. Engaging nurses in health policy in the era of COVID-19. *Nurs Forum* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 9 de febrero de 2021];56(1). Disponible en: <http://doi.org/10.1111/nuf.12514>
129. Ryan EJ. Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice - an integrative literature review [Internet]. Vol. 25, *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd; 2016 [citado 9 de febrero de 2021]. p. 1548-56. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/jocn.13229>
130. García-Moyano L, Altisent R, Pellicer-García B, Guerrero-Portillo S, Arrazola-Alberdi O, Delgado-Marroquín MT. A concept analysis of professional commitment in nursing. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 8 de febrero de 2021];26(3):778-97. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0969733017720847>
131. MacDonnell JA, Buck-McFadyen E. How Activism Features in the Career Lives of Four Generations of Canadian Nurses. *Policy, Polit Nurs Pract* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 8 de febrero de 2021];17(4):218-30. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/1527154416688669>
132. Mayelafshar M, Khoshnavay-Fomani F, Golpira R, Bakhshandeh-Abkenar H, Momeni B, Khaleghparast S, et al. The most important nursing professional values: The perspectives of nurses who work at selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. *Nurs Pr Today*. 2016;3(1):11-8.
133. Riklikiene O, Karosas L, Kaseliene S. General and professional values of student nurses and nurse educators. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018;74(3):666-76. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/jan.13473>.
134. Alkaya SA, Yaman Ş, Simones J. Professional values and career choice of nursing students. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 8 de febrero de 2021];25(2):243-52. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0969733017707007>
135. Haugland BØ, Lassen RM, Giske T. Professional formation through personal involvement and value integration. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 8 de febrero de 2021];29:64-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.013>
136. Kantek F, Kaya A, Gezer N. The effects of nursing education on professional values: A longitudinal study. *Nurse Educ Today* [Internet]. noviembre de 2017 [citado 31 de julio

- de 2018];58:43-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.004>
137. Rose T, Nies MA, Reid J. The internalization of professional nursing values in baccalaureate nursing students. *J Prof Nurs* [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 8 de febrero de 2021];34(1):25. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.06.004>
 138. Green G. Examining professional values among nursing students during education: A comparative study. *Nurs Forum* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 9 de febrero de 2021];55(4):589-94. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/nuf.12474>
 139. Nelwati, Abdullah KL, Chong MC. Factors influencing professional values among Indonesian undergraduate nursing students. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 11 de febrero de 2021];41:102648. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102648>
 140. Tabak N, Reches R. The attitudes of nurses and third and fourth year nursing students who deal with ethical issues. *Nurs Ethics* [Internet]. 1996 [citado 10 de febrero de 2021];3(1):35-6. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/096973309600300105>
 141. Shafakhah M, Molazem Z, Khademi M, Sharif F. Facilitators and inhibitors in developing professional values in nursing students. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 8 de febrero de 2021];25(2):153-64. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0969733016664981>
 142. Hendelman W, Byszewski A. Formation of medical student professional identity: Categorizing lapses of professionalism, and the learning environment. *BMC Med Educ* [Internet]. 9 de julio de 2014 [citado 10 de febrero de 2021];14(1). Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1472-6920-14-139>
 143. Geyer N-M, Coetzee SK, Ellis SM, Uys LR. Relationship of nurses' intrapersonal characteristics with work performance and caring behaviors: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 10 de febrero de 2021];20(3):370-9. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12416>
 144. Mlinar S. First- and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nurs Ethics* [Internet]. 2010 [citado 10 de febrero de 2021];17(4):491-500. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0969733010364903>
 145. Culha Y, Acaroglu R. The relationship amongst student nurses' values, emotional intelligence and individualised care perceptions. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 10 de febrero de 2021];26(7-8):2373-83. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0969733018796682>
 146. Lyneham J, Levett-Jones T. Insights into Registered Nurses' professional values through the eyes of graduating students. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 31 de julio de 2018];17:86-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.11.002>
 147. Callwood A, Bolger S, Allan HT. The 'values journey' of nursing and midwifery students selected using multiple mini interviews; Year One findings. *J Adv Nurs* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 10 de febrero de 2021];74(5):1139-49. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/jan.13514>
 148. Milisen K, DeBusser T, Kayaert A, Abraham I, DeCasterlé B. The evolving professional nursing self-image of students in baccalaureate programs: A cross-sectional survey. *Int J*

- Nurs Stud [Internet]. junio de 2010 [citado 31 de julio de 2018];47(6):688-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.008>
149. Psathas G. The Fate of Idealism in Nursing School. *J Health Soc Behav.* 1968;9(1):52-64.
 150. Albar MJ, Sivianes-Fernández M. Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. *Enferm Clin [Internet]*. 1 de mayo de 2016 [citado 10 de febrero de 2021];26(3):194-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.10.006>
 151. Day L, Ziehm SR, Jessup MA, Amedro P, Dawson-Rose C, Derouin A, et al. The power of nursing: An innovative course in values clarification and self-discovery. *J Prof Nurs [Internet]*. 1 de julio de 2017 [citado 10 de febrero de 2021];33(4):267-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.01.005>
 152. Pickles D, Lacey S de, King L. Conflict between nursing student's personal beliefs and professional nursing values. *Nurs Ethics [Internet]*. 1 de junio de 2019 [citado 10 de febrero de 2021];26(4):1087-100. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733017738132>
 153. Hui Z, Dai X, Wang X. Mediating effects of empathy on the association between nursing professional values and professional quality of life in Chinese female nurses: A cross-sectional survey. *Nurs Open [Internet]*. 1 de enero de 2020 [citado 11 de febrero de 2021];7(1):411-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.404>
 154. Greenspoon-Barrett M. The Relationship Between Empathy and Humor Styles and Secondary Traumatic Stress in the Public Mental Health Workplace Recommended Citation [Internet]. Antioch University Santa Barbara; 2015 [citado 11 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://aura.antioch.edu/etds/310>
 155. Wagaman MA, Geiger JM, Shockley C, Segal EA. The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Soc Work (United States) [Internet]*. 1 de julio de 2015 [citado 11 de febrero de 2021];60(3):201-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
 156. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review [Internet]. Vol. 6, *Burnout Research*. Elsevier GmbH; 2017 [citado 11 de febrero de 2021]. p. 18-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
 157. Strandås M, Bondas T. The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *J Adv Nurs [Internet]*. 1 de enero de 2018 [citado 11 de febrero de 2021];74(1):11-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13389>
 158. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nurs Open.* 26 de julio de 2019;6(3):1189-96.
 159. Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y Acreditación. Libro Blanco. Título de Enfermería. [Internet]. Madrid: ANECA; 2004 [citado 9 de febrero de 2021]. 336 p. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
 160. O'Sullivan A, Toohey S. Assessment of professionalism in undergraduate medical students. *Med Teach.* 2008;30:280-6.

161. LeDuc K, Kotzer AM. Bridging the gap: A comparison of the professional nursing values of students, new graduates, and seasoned professionals. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. septiembre de 2009 [citado 12 de febrero de 2021];30(5):279-84. Disponible en: <http://doi.org/10.1043/1536-5026-30.5.279>
162. Martin P, Yarbrough S, Alfred D. Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2003 [citado 12 de febrero de 2021];35(3):291-6. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00291.x>
163. Crigger N, Godfrey N. *The Making of Nurse Professionals: A Transformational, Ethical Approach*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2010. 150 p.
164. Irving JA, Snider J. Preserving professional values. *J Prof Nurs* [Internet]. 1 de enero de 2002 [citado 12 de febrero de 2021];18(1):5. Disponible en: <http://doi.org/10.1053/jpnu.2002.30893>
165. Knecht LD, Dabney BW, Cook LE, Gilbert GE. Exploring the development of professional values in an online RN-to-BSN program. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 12 de febrero de 2021];27(2):470-9. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0969733019850237>
166. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers* [Internet]. Sidney: ACSQHC; 2011 [citado 13 de febrero de 2021]. 104 p. Disponible en: www.safetyandquality.gov.au
167. Moyo M, Goodyear-Smith FA, Weller J, Robb G, Shulruf B. Healthcare practitioners' personal and professional values. *Adv Heal Sci Educ* [Internet]. 1 de mayo de 2016 [citado 13 de febrero de 2021];21(2):257-86. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s10459-015-9626-9>
168. Ortiz MR. Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. *Nurs Sci Q* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 13 de febrero de 2021];31(3):291-5. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0894318418774906>
169. Picker Institute Europe. *Influence, inspire, empower*. [Internet]. Oxford; 2020 [citado 13 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>
170. Piker Institute Europe. *Person centred care to deliver high-quality healthcare experiences* [Internet]. [citado 13 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.picker.org/>
171. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIS Database Syst Rev Implement Reports* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 13 de febrero de 2021];13(1):76-87. Disponible en: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1072>
172. Zauderer CR, Ballestas HC, Cardoza MP, Hood P, Neville SM. United we stand: preparing nursing students for political activism. *J N Y State Nurses Assoc*. septiembre de 2008;39(2):4-7.
173. Alharbi M, Kuhn L, Morphet J. Nursing students' engagement with social media as an extracurricular activity: An integrative review. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 14 de febrero de 2021];30(1-2):44-55. Disponible en:

<https://doi.org/10.1111/jocn.15503>

174. Alharbi M, Kuhn L, Morphet J. Undergraduate nursing students' adoption of the professional identity of nursing through social media use: A qualitative descriptive study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 14 de febrero de 2021];(92):104488. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104488>.
175. Al-Shdayfat NM. Undergraduate student nurses' attitudes towards using social media websites: A study from Jordan. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 14 de febrero de 2021];66:39-43. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.017>
176. Duke VJA, Anstey A, Carter S, Gosse N, Hutchens KM, Marsh JA. Social media in nurse education: Utilization and E-professionalism. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 14 de febrero de 2021];57:8-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.009>.
177. Sadd R. Student nurse attitudes and behaviours when using social network sites. En: *Studies in Health Technology and Informatics* [Internet]. IOS Press; 2019 [citado 14 de febrero de 2021]. p. 1342-6. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/SHTI190445>
178. Alsaqri SH, Alkwiese JM, Tolentino-Hernández JP. Influence of Utilization of Social Networking Sites (SNS) on Study Habits Among Saudi Nursing Students in Ha'il University. *J Biol Agric Healthc*. 2016;6(24):45-56.
179. Mather C, Cummings E, Nichols L. Social media training for professional identity development in undergraduate nurses. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2016 [citado 14 de febrero de 2021];225:344-8. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-344>
180. Ferguson C, DiGiacomo M, Saliba B, Green J, Moorley C, Wyllie A, et al. First year nursing students' experiences of social media during the transition to university: a focus group study. *Contemp Nurse* [Internet]. 29 de agosto de 2016 [citado 14 de febrero de 2021];52(5):625-35. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/10376178.2016.1205458>
181. Pimmer C, Brühlmann F, Odetola TD, Dipeolu O, Gröhbüel U, Ajuwon AJ. Instant messaging and nursing students' clinical learning experience. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 14 de febrero de 2021];64:119-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.034>
182. Joseph Yaw Dwamena Q, Jonas Kwabla F, Collins Kanyir K. Students' Engagement in Social Media and Its Mainstay for Teaching and Learning. The Case of the Wa Nursing Training College. *Am J Educ Res* [Internet]. 2016 [citado 14 de febrero de 2021];4(13):961-9. Disponible en: <https://doi.org/10.12691/education-4-13-8>
183. Nyangeni T, Du Rand S, Van Rooyen D. Perceptions of nursing students regarding responsible use of social media in the Eastern Cape. *Curationis* [Internet]. 24 de julio de 2015 [citado 14 de febrero de 2021];38(2):1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4102/CURATIONIS.V38I2.1496>
184. Consejo Internacional de Enfermeras. *Nursing Now | ICN - International Council of Nurses* [Internet]. 2021 [citado 14 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/que-hacemos/campanas/nursing-now>
185. Wahoush O, Banfield L. Information literacy during entry to practice: Information-seeking behaviors in student nurses and recent nurse graduates. *Nurse Educ Today*

- [Internet]. febrero de 2014 [citado 15 de febrero de 2021];34(2):208-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.009>
186. Ricks E, Ten-Ham W. Health information needs of professional nurses required at the point of care. *Curationis* [Internet]. 11 de junio de 2015 [citado 15 de febrero de 2021];38(1):1432. Disponible en: <https://doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1432>
 187. Thorsteinsson HS, Sveinsdóttir H. Readiness for and predictors of evidence-based practice of acute-care nurses: A cross-sectional postal survey. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2014 [citado 15 de febrero de 2021];28(3):572-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12083>
 188. Brown CE, Kim SC, Stichler JF, Fields W. Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Educ Today* [Internet]. agosto de 2010 [citado 15 de febrero de 2021];30(6):521-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.021>
 189. Intas G, Kostagiolas P, Zavras D, Chalari E, Stergiannis P, Toyliá G, et al. Information-seeking behavior of Greek nursing students: A questionnaire study. *CIN - Comput Informatics Nurs* [Internet]. 2017 [citado 15 de febrero de 2021];35(2):109-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000294>
 190. Nava-Galán MG. Profesionalización, vocación y ética de enfermería. *Enf Neurol*. 2012;11(2):62.
 191. Rendón-Díaz C, Vargas-Betancourt ML. El precio de la vocación en el personal de enfermería y su familia. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 13 de agosto de 2019 [citado 16 de febrero de 2021];35(2):[aprox. 16 pant.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1998>
 192. Siles-González J, Solano-Ruiz C. Self-assessment, reflection on practice and critical thinking in nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 16 de febrero de 2021];45:132-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.07.005>
 193. O Donovan M. Implementing reflection: Insights from pre-registration mental health students. *Nurse Educ Today* [Internet]. agosto de 2007 [citado 17 de febrero de 2021];27(6):610-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.09.001>
 194. Kuiper RA, Pesut DJ. Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: Self-regulated learning theory. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 [citado 16 de febrero de 2021];45(4):381-91. Disponible en: <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x>
 195. Lee S, Kim DH, Chae SM. Self-directed learning and professional values of nursing students. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 9 de febrero de 2021];42. Disponible en: [10.1016/j.nepr.2019.102647](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102647)
 196. Elliot D. Promoting critical thinking in the classroom. *Nurs Educ*. 1996;21(2):49-52.
 197. Levett-Jones TL. Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. *Nurse Educ Pract* [Internet]. marzo de 2007 [citado 17 de febrero de 2021];7(2):112-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2006.10.002>
 198. Trigueros-Cervantes C, Rivera-García E, DeLaTorre-Navarro E. La evaluación en el aula universitaria: del examen tradicional a la autoevaluación. *Rev Int Med y Ciencias la Act Física y del Deport*. 2012;12(47):473-91.

199. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 13 de febrero de 2021];111(5):546-54. Disponible en: <https://10.0.3.248/j.jnma.2019.04.002>
200. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Dewar B, Rahmani A, Ghafourifard M. Nurse's perceptions of organisational barriers to delivering compassionate care: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 13 de febrero de 2021];25(5):580-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733016660881>
201. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ* [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 11 de febrero de 2021];12(3):134-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
202. Guillaumie L, Boiral O, Desgroseilliers V, Vonarx N, Roy B. Empowering Nurses to Provide Humanized Care in Canadian Hospital Care Units. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2020;2020(10):[aprox]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000418>
203. Pulido-Martos M, Augusto-Landa J-M, López-Zafra E. Estudiantes de Enfermería en prácticas clínicas: el rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico. *Index de Enfermería*. 2016;25(3):215-9.
204. Hartog CS. Burnout—a call for action. *Medizinische Klin - Intensivmed und Notfallmedizin* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 17 de febrero de 2021];114(8):693-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s00063-017-0362-1>
205. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* [Internet]. 16 de marzo de 2017 [citado 17 de febrero de 2021];17(1):[aprox. 20 pant.]. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
206. Ayaz-Alkaya S, Yaman-Sözber Ş, Bayrak-Kahraman B. The effect of nursing internship program on burnout and professional commitment. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 17 de febrero de 2021];68:19-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.020>
207. Barragan-Martín AB, Martos-Martínez Á, Cardila F, Molero-Jurado M del M, Pérez-Fuentes M del C, Gázquez-Linares JJ. Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios - Dialnet. *Eur J Heal Res*. 2015;1(1):5-14.
208. Cremades-Puerto J, Macià-Soler L, López-Montesinos MJ, Pedraz-Marcos A, González-Chorda VM. Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 17 de febrero de 2021];25:1-7. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1240.2895>
209. Valero-Chillerón MJ, González-Chordá VM, López-Peña N, Cervera-Gasch Á, Suárez-Alcázar MP, Mena-Tudela D. Burnout syndrome in nursing students: An observational study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 17 de febrero de 2021];76:38-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.014>
210. Estabrooks CA, O'Leary KA, Ricker KL, Humphrey CK. The Internet and access to evidence: How are nurses positioned? *J Adv Nurs* [Internet]. 1 de abril de 2003 [citado 15 de febrero de 2021];42(1):73-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365->

2648.2003.02581.x

211. Penz KL, Bassendowski SL. Evidence-based nursing in clinical practice: Implications for nurse educators. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2006 [citado 15 de febrero de 2021];37(6):250-6. Disponible en: <https://doi.org/10.3928/00220124-20061101-03>
212. Secco ML, Woodgate RL, Hodgson A, Kowalski S, Plouffe J, Rothney PR, et al. A Survey Study of Pediatric Nurses' Use of Information Sources. *CIN Comput Informatics, Nurs* [Internet]. 1 de marzo de 2006 [citado 15 de febrero de 2021];24(2):105-12. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/00024665-200603000-00009>
213. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira G de A, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 17 de febrero de 2021];71(4):2030-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
214. Allande-Cussó R, Navarro-Navarro C, Porcel-Gálvez AM. Humanized care in a death for COVID-19: A case study. *Enferm Clin* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 19 de febrero de 2021];31:S62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
215. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 19 de febrero de 2021];67(2):164-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inr.12598>
216. Tessa R. Dificultades percibidas por los estudiantes de Enfermería en su inserción a la práctica clínica de Enfermería Medicoquirúrgica. *Aladefe*. 2014;4(4):35-43.
217. Gemuhay HM, Kalolo A, Mirisho R, Chipwaza B, Nyangena E. Factors Affecting Performance in Clinical Practice among Preservice Diploma Nursing Students in Northern Tanzania. *Nurs Res Pract* [Internet]. 3 de marzo de 2019 [citado 19 de febrero de 2021];2019:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/3453085>
218. Chan ZCY, Lai CKY. The nurse-patient communication: Voices from nursing students. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 20 de diciembre de 2017 [citado 19 de febrero de 2021];29(6):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0023>
219. Dehghani A. Factors affecting professional ethics development in students: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 19 de febrero de 2021];27(2):461-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733019845135>
220. Banerjee S, Farina N, Daley S, Grosvenor W, Hughes L, Hebditch M, et al. How do we enhance undergraduate healthcare education in dementia? A review of the role of innovative approaches and development of the Time for Dementia Programme. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 19 de febrero de 2021];32(1):68-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.4602>
221. Bickford B, Daley S, Sleater G, Hebditch M, Banerjee S. Understanding compassion for people with dementia in medical and nursing students. *BMC Med Educ* [Internet]. 25 de enero de 2019 [citado 19 de febrero de 2021];19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683079/>
222. Watts TE, Davies R. Tensions and ambiguities: A qualitative study of final year adult field nursing students' experiences of caring for people affected by advanced dementia in Wales, UK. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 [citado 19 de febrero de 2021];34(8):1149-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.012>
223. Dementia Policy Team. Prime Minister's Challenge on Dementia 2020. Implementation

- Plan. Department of Health (UK); 2016. p. 84 p.
224. Yıldız E. What Do Nursing Students Tell Us About Their Communication With People With Mental Illness? A Qualitative Study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2019 [citado 19 de febrero de 2021];0(0):1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31795795/>
 225. Al-Zayyat AS, Al-Gamal E. Perceived stress and coping strategies among Jordanian nursing students during clinical practice in psychiatric/mental health courses. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 [citado 19 de febrero de 2021];23(4):326-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inm.12054>
 226. Demir S, Ercan F. The first clinical practice experiences of psychiatric nursing students: A phenomenological study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 19 de febrero de 2021];61:146-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.019>
 227. Alshowkan A, Kamel N. Nursing Student Experiences Of Psychiatric Clinical Practice : A Qualitative Study. *IOSR J Nurs Heal Sci*. 2016;5(3):60-7.
 228. Happell B, Waks S, Bocking J, Horgan A, Manning F, Greaney S, et al. "I felt some prejudice in the back of my head": Nursing students' perspectives on learning about mental health from "Experts by Experience". *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 17 de septiembre de 2019 [citado 19 de febrero de 2021];26(7-8):233-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jpm.12540>
 229. Poreddi V, Thimmaiah R, Pashupu DR, Ramachandra VS, Badamath S. Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: Implications for specific academic education. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 1 de octubre de 2014 [citado 19 de febrero de 2021];36(4):368-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25336767/>
 230. Sánchez-Ojeda MA, Segura-Robles A, Gallardo-Vigil MÁ, Alemany-Arrebola I. Análisis de los prejuicios del alumnado de enfermería hacia la población migrante. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [citado 19 de febrero de 2021];53:e03532. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018050103532>
 231. Alemany-Arrebola I, Plaza del Pino FJ, Sánchez-Ojeda MA. Prejudiced Attitudes of Nursing Students in Southern Spain Toward Migrant Patients. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659620976803>
 232. DeDiego-Cordero R. Student nurse perceptions of Gypsy Roma Travellers: a European qualitative study. *Enferm Clin* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 19 de febrero de 2021];29(5):318-20. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.08.004>
 233. Herrera-Floro T. Barreras percibidas por enfermería en servicios de Urgencias a la población inmigrante. *Repercusiones en pediatría. Npunto* [Internet]. 2019 [citado 13 de febrero de 2021];2(16). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/16/barreras-percibidas-por-enfermeria-en-servicios-de-urgencias-a-la-poblacion-inmigrante-repercusiones-en-pediatria>
 234. Coleman JS, Angosta AD. The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: A silent shift. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 13 de febrero de 2021];26(5-6):678-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13567>

235. Lin MH, Wu CY, Hsu HC. Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res* [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 13 de febrero de 2021];45:6-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.11.001>
236. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. 36ª ed. Rio de Janeiro: Edições Paz e Terra; 2003. 184 p.
237. Rivera-Alvarez LN. *Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado*. Universitat de Barcelona; 2013.
238. Tolozano-Benites SH, Lara-Díaz LM, Illescas-Prieto SA. Actitudes y aptitudes del tutor para enfrentar el desafío de la formación en la modalidad dual. *Univ y Soc*. 2016;8(1):81-91.
239. Fernando AT, Consedine NS. Development and initial psychometric properties of the barriers to physician compassion questionnaire. *Postgrad Med J* [Internet]. 2014 [citado 22 de febrero de 2021];90(1065):388-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2013-132127>
240. Digby R, Williams A, Lee S. Nurse empathy and the care of people with dementia. *Aust J Adv Nurs*. 2016;34:52-60.
241. Iacobucci TA, Daly BJ, Lindell D, Griffin MQ. Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nurs Ethics* [Internet]. junio de 2013 [citado 22 de febrero de 2021];20(4):479-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733012458608>
242. Wear D, Zarconi J. Can compassion be taught? Let's ask our students. *J Gen Intern Med* [Internet]. julio de 2008 [citado 22 de febrero de 2021];23(7):948-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0501-0>
243. Curtis K. 21st Century challenges faced by nursing faculty in educating for compassionate practice: Embodied interpretation of phenomenological data. *Nurse Educ Today* [Internet]. julio de 2013 [citado 22 de febrero de 2021];33(7):746-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.007>
244. Tapia AM. Cuidados de enfermería más allá de las rutinas. *Arch la Mem*. 2015;12(1).
245. Comité de Ética de SARquavita. *Ética para profesionales de la salud* [Internet]. SARquavita; 2011 [citado 22 de febrero de 2021]. p. 1-48. Disponible en: https://www.domusvi.es/wp-content/uploads/2014/07/Guia_practica_etica_para_profesionales_de_la_salud.pdf
246. García-Benito A, González-Diego R, Varga-DelHoyo R, González-Hernando S, Martínez-García M, Castilla-Bailo P. La satisfacción laboral de los profesionales como pieza clave en la calidad asistencial - Metas de Enfermería. *Metas Enferm*. 2020;23(1):7-16.
247. McGowan JL, Grad R, Pluye P, Hannes K, Deane K, Labrecque M, et al. Electronic retrieval of health information by healthcare providers to improve practice and patient care [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2009 [citado 15 de febrero de 2021]. p. CD004749. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004749.pub2>
248. Sibandze BT, Scafide KN. Among nurses, how does education level impact professional values? A systematic review. *Int Nurs Rev* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 23 de febrero de 2021];65(1):65-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inr.12390>

249. Fernández-Castillo A, Vílchez-Lara MJ. Necesidades Percibidas en la Atención Hospitalaria Pediátrica a Inmigrantes según la Opinión Profesional: Estudio Cualitativo. *Psychosoc Interv*. 2009;18(2):153-64.
250. Cicolini G, Della-Pelle C, Comparcini D, Tomietto M, Cerratti F, Schim SM, et al. Cultural Competence Among Italian Nurses: A Multicentric Survey. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1 de noviembre de 2015 [citado 23 de febrero de 2021];47(6):536-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jnu.12165>
251. Pesut B, Robinson CA, Bottorff JL. Among neighbors: An ethnographic account of responsibilities in rural palliative care. *Palliat Support Care* [Internet]. 19 de marzo de 2014 [citado 23 de febrero de 2021];12(2):127-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1478951512001046>
252. Almond P, Lathlean J. Inequity in provision of and access to health visiting postnatal depression services. *J Adv Nurs* [Internet]. 1 de noviembre de 2011 [citado 23 de febrero de 2021];67(11):2350-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05669.x>
253. Starr S, Wallace DC. Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern U.S. Public Health Department: Populations at risk across the lifespan: Case report. *Public Health Nurs* [Internet]. enero de 2009 [citado 23 de febrero de 2021];26(1):48-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00753.x>
254. McClimens A, Brewster J, Lewis R. Recognising and respecting patients' cultural diversity. *Nurs Stand* [Internet]. 2014 [citado 23 de febrero de 2021];28(28):45-52. Disponible en: <http://doi.org/10.7748/ns2014.03.28.28.45.e8148>
255. Bohman DM, Borglin G. Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 1 de mayo de 2014 [citado 23 de febrero de 2021];14(3):259-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.006>
256. Gil-Estevan MD, Solano-Ruiz M del C. Application of the cultural competence model in the experience of care in nursing professionals Primary Care. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 23 de febrero de 2021];49(9):549-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>
257. Amerson R, Livingston WG. Reflexive Photography: An Alternative Method for Documenting the Learning Process of Cultural Competence. *J Transcult Nurs* [Internet]. 6 de abril de 2014 [citado 23 de febrero de 2021];25(2):202-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659613515719>
258. Leno-González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gac Atropología*. 2006;12(32):1-14.
259. Antón-Solanas I, Huércanos-Esparza I, Hamam-Alcober N, Vanceulebroeck V, Dehaes S, Kalkan I, et al. Nursing Lecturers' Perception and Experience of Teaching Cultural Competence: A European Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2 de febrero de 2021 [citado 23 de febrero de 2021];18(3):1-20. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18031357>
260. Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enferm Clin* [Internet]. 1 de marzo de 2010 [citado 23 de febrero de 2021];20(2):114-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.12.004>

261. Pericas-Beltran J, González-Torrente S, DePedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Bennasar-Veny M. Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *Int Nurs Rev* [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 23 de febrero de 2021];61(1):90-8. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/inr.12075>
262. Celma-Vicente M, López-Morales M, Cano-Caballero-Gálvez MD. Analysis of clinical practices in the Nursing Degree: Vision of tutors and students. *Enferm Clin* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 23 de febrero de 2021];29(5):271-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.04.007>
263. Elliott AM. Professional values competency evaluation for students enrolled in a concept-based curriculum. *J Nurs Educ* [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 26 de febrero de 2021];56(1):12-21. Disponible en: <https://doi.org/10.3928/01484834-20161219-04>
264. Romero-Martín M, Gómez-Salgado J, Safont-Montes J, Navarro-Abal Y, Climent-Rodríguez J, Jiménez-Picón N. Cultural adaptation and validation of the nursing students' perceptions of instructor caring into spanish. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 23 de febrero de 2021];23(4):515-22. Disponible en: https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_386_19
265. Gibbs SS, Kulig JC. "We definitely are role models": Exploring how clinical instructors' influence nursing students' attitudes towards older adults. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 24 de febrero de 2021];26:74-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.07.006>
266. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou I V., Edet OB, Arulappan J, Tsaras K, et al. Nursing students' perceptions of their instructors' caring behaviors: A four-country study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 24 de febrero de 2021];41:44-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.013>
267. Dimitriadou M, Papastavrou E, Efstathiou G, Theodorou M. Baccalaureate nursing students' perceptions of learning and supervision in the clinical environment. *Nurs Heal Sci* [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 24 de febrero de 2021];17(2):236-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nhs.12174>
268. Factor EMR, de Guzman AB. Explicating Filipino student nurses' preferences of clinical instructors' attributes: A conjoint analysis. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de agosto de 2017 [citado 24 de febrero de 2021];55:122-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.009>
269. Curtis K. Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. *Nurs Ethics* [Internet]. marzo de 2014 [citado 24 de febrero de 2021];21(2):210-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733013478307>
270. González-Sánchez A, Sánchez-Silva AM, Junco-Sánchez VL, Núñez-León JA, Peña-Veitía L, Govin-Scull J de los Á. Superación profesional del tutor en la carrera Enfermería proceso esencial para el mejoramiento de su desempeño. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 28 de septiembre de 2018 [citado 23 de febrero de 2021];40(5):[aprox. 6 pant.]. Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2445>
271. Argüello-López T. Desarrollo del Perfil de Competencias del Tutor de las Prácticas Clínicas de Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid; 2016.

272. Tey A, Buxarrais MR. Más enllà de Kohlberg: L'aprenentatge ètic per a la coherència, entre judici, sentiments i accions morals. *Anu Psicol [Internet]*. 2017 [citado 2 de marzo de 2012];18(2):23-38. Disponible en: <https://doi.org/10.7203/anuari.psicologia.18.2.23>
273. Navas M, López-Rodríguez L, Cuadrado I. Mantenimiento y adaptación cultural de diferentes grupos inmigrantes: Variables predictoras. *An Psicol [Internet]*. 2013 [citado 24 de febrero de 2021];29(1):207-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.1354919728>.ISSNediciónweb
274. Preposi-Cruz J, Nacionales-Aguinaldo A, Casuga-Estacio J, Alotaibi A, Arguvanli S, Ramos-Cayaban AR, et al. A Multicountry Perspective on Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. *J Nurs Scholarsh [Internet]*. 2018 [citado 24 de febrero de 2021];50(1):92-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jnu.12350>.
275. Swihart DL, Hughes J. Cultural Religious Competence [Internet]. *StatPearls. Treasure Island (FL)*; 2018 [citado 13 de febrero de 2021]. 56 p. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29630268>
276. Määttä SM. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nurs Philos [Internet]*. 2006 [citado 13 de febrero de 2021];7(1):3-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00232.x>
277. Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurse Educ Today [Internet]*. 1 de noviembre de 2010 [citado 13 de febrero de 2021];30(8):752-5. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>
278. Padela AI, del Pozo PR. Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: An Islamic bioethical perspective. *J Med Ethics [Internet]*. enero de 2011 [citado 13 de febrero de 2021];37(1):40-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jme.2010.037614>
279. Attum B, Shamooun Z. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and their Families [Internet]. *StatPearls. Treasure Island (FL)*; 2018 [citado 13 de febrero de 2021]. 1-25 p. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29763108>
280. Kaçan CY, Örsal Ö. Effects of Transcultural Nursing Education on the Professional Values, Empathic Skills, Cultural Sensitivity and Intelligence of Students. *J Community Health Nurs [Internet]*. 2 de abril de 2020 [citado 13 de febrero de 2021];37(2):65-76. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/07370016.2020.1736374>
281. Ministerio de Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana [Internet]. 2ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Gobierno de España.; 2012 [citado 14 de febrero de 2021]. 70 p. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf
282. Gil-Estevan MD, Solano-Ruiz M del C. Diversidad cultural y lactancia materna: prestación de cuidados culturalmente competentes en Atención Primaria. *Index Enferm*. 2017;26(3):162-5.
283. Kaihlanen AM, Hietapakka L, Heponiemi T. Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nurs [Internet]*. 22 de agosto de 2019 [citado 14 de febrero de 2021];18(1):38. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
284. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*

- [Internet]. 4 de abril de 2019 [citado 11 de febrero de 2021];6(2):535-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
285. Aiken LH, Cerón C, Simonetti M, Lake ET, Galiano A, Garbarini A, et al. Hospital nurse staffing and patient outcomes. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 11 de febrero de 2021];29(3):322-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.011>
 286. Maatta SM. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nurs Philos* [Internet]. 1 de enero de 2006 [citado 25 de febrero de 2021];7(1):3-10. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-769X.2006.00232.x>
 287. Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurse Educ Today* [Internet]. 1 de noviembre de 2010 [citado 25 de febrero de 2021];30(8):752-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>
 288. Boozaripour M, Abbaszadeh A, Shahriari M, Borhani F. Ethical values in nurse education perceived by students and educators. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 19 de febrero de 2021];25(2):253-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733017707009>
 289. Brooke J, Hvalič-Touzery S, Skela-Savič B. Student nurse perceptions on evidence-based practice and research: An exploratory research study involving students from the University of Greenwich, England and the Faculty of Health Care Jesenice, Slovenia [Internet]. Vol. 35, *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone; 2015 [citado 26 de febrero de 2021]. p. e6-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.026>
 290. Ryan EJ. Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice - an integrative literature review. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 26 de febrero de 2021];25(11-12):1548-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13229>
 291. Lin Y-H, Li J, Shieh S-I, Kao C-C, Lee I, Hung S-L. Comparison of professional values between nursing students in Taiwan and China. *Nurs Ethics*. 18 de marzo de 2016;23(2):223-30.
 292. Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Mokhtari-Nouri J. Factors influencing development of professional values among nursing students and instructors: A systematic Review. *Glob J Health Sci*. 2015;7(2).
 293. Cortina A. *El mundo de los valores. Ética Mínima y educación*. 2ª ed. Santafé de Bogotá: El Búho; 1998. 150 p.
 294. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers Au nom de la santé des Québécois* [Internet]. Montreal; 2015 [citado 2 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8449_doc.pdf

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I: ESCALA PROFESIONAL DE VALORES ENFERMEROS (EVPE)

ESCALA PROFESIONAL DE VALORES ENFERMEROS (EVPE) – BASURTO 2010

• **VARIBALES SOCIO-DEMOGRÁFICAS:**

DNI: _____ NACIONALIDAD: _____ EDAD: _____ GÉNERO: <input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER Vía de acceso: <input type="radio"/> Bachillerato + PAU <input type="radio"/> CFGS <input type="radio"/> Prueba de acceso > 25 años <input type="radio"/> Prueba de > de 45 años <input type="radio"/> Otro título Universitario <input type="radio"/> Estudios extranjeros <input type="radio"/> > de 40 años	CURSO: <input type="radio"/> 1º <input type="radio"/> 2º <input type="radio"/> 3º <input type="radio"/> 4º GRUPO: <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B TRABAJAS ACTUALMENTE: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Nº AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL RELACIONADA CON LAS CIENCIAS DE LA SALUD: <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 o más
--	--

VALORES	Nivel de importancia otorgado				
	NO IMPORTANTE	ALGO IMPORTANTE	IMPORTANTE	BASTANTE IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
1. Involucrarse en un proceso de autoevaluación continua					
2. Solicitar consulta/colaboración cuando no puede satisfacer las necesidades del paciente					
3. Proteger la salud y la seguridad de la población.					
4. Participar en decisiones sobre la distribución de recursos					
5. Participar en procesos de revisión entre colegas					
6. Establecer criterios de calidad como guía para la práctica					
7. Promover y mantener niveles de profesionalidad en las actividades de aprendizaje planificadas para estudiantes					
8. Iniciar acciones para la mejora de los entornos del ejercicio profesional					
9. Buscar información complementaria para actualizar sus conocimientos y habilidades					
10. Hacer avanzar la profesión a través de involucrarse activamente en actividades relacionadas con la salud					
11. Reconocer el papel de las organizaciones profesionales de enfermería en la construcción de políticas de salud.					
12. Promover el acceso equitativo a la atención enfermera y de salud en general.					

13. Asumir la responsabilidad de satisfacer las necesidades de salud de una población culturalmente diversa.					
14. Aceptar la responsabilidad de la propia práctica y responder de ella.					
15. Mantener la competencia profesional en el ejercicio profesional.					
16. Proteger los derechos morales y legales de los pacientes.					
17. Rehusar participar en prácticas que estén en contraposición ética a los valores profesionales adquiridos.					
18. Actuar como defensora de los derechos del paciente.					
19. Participar en investigación en enfermería y llevar a la práctica los hallazgos pertinentes.					
20. Proveer atención sin prejuicios a pacientes con estilos de vida diversos.					
21. Salvaguardar el derecho de los pacientes a la intimidad.					
22. Hacer frente a los profesionales con prácticas inapropiadas o cuestionables.					
23. Proteger los derechos de los pacientes participantes en procesos de investigación.					
24. Ejercer la profesión teniendo en cuenta principios de fidelidad y respeto a la persona.					
25. Garantizar la confidencialidad del paciente					
26. Participar en actividades de asociaciones profesionales de enfermería.					

8.2 ANEXO II: CCEUG

Para realizar este cuestionario, intenta reflexionar al respecto de la manera en la que has ofrecido tus cuidados a los pacientes a lo largo de estas últimas prácticas. Intenta ser lo más sincero posible, pues el objetivo de esta encuesta es conocer cuál es vuestra percepción a cerca de los valores profesionales en enfermería:

Al realizar algún procedimiento a un paciente (cambio postural, higiene, colocar una cuña, exploración, control de constantes, sondaje vesical, inserción de vía endovenosa...):

1. a) **¿Acostumbras a presentarte indicando cuál es tu nombre y tu categoría de estudiante en prácticas?** Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

1b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

2. a) **¿Mantienes a la persona desnuda o expuesta más tiempo de lo necesario?** Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

2b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

3. a) **¿Explicas al paciente el procedimiento o técnica que vas a realizar y cómo lo vas a hacer adaptando tu lenguaje a su capacidad de comprensión?**

Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

3b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

4. a) **Al ofrecer los cuidados básicos a un paciente ¿Mantienes conversaciones con tus compañeros (enfermeras, auxiliares u otros estudiantes) sin incluir en ellas al propio paciente?** Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

4b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

5. a) **¿En alguna ocasión has tratado a un paciente mayor o con deterioro cognitivo o con discapacidad intelectual de manera infantil o con superioridad?** Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

5b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

6. a) **¿Has ofrecido información, realizado una entrevista y/o ofrecido cuidados a un paciente en un lugar poco apropiado o sin tener en cuenta el entorno (aislamiento visual y auditivo)?** Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción.

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

6b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

7. a) ¿Tienes en cuenta los valores y las creencias de los pacientes a los que atiendes?

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

7b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

8. a) ¿Ofreces un trato diferente (menos empático) a algún perfil de paciente determinado: pacientes detenidos, con trastorno mental, personas culturas diferentes a la tuya, personas sin hogar...?

Escoge la frecuencia con la que realizas esta acción.

Nunca A veces Frecuentemente Siempre

8b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente e identifica el perfil con el que te sientes menos cómodo a la hora de ofrecer tus cuidados. (Aprox. 100 palabras):

9. a) **¿Participas o has participado activamente en alguna acción de mejora de la profesión enfermera (asociación profesional, comisión de trabajo, grupo de formación, elaboración de protocolos o trayectorias, proyecto de investigación, participación activa en redes sociales, grupos de debate, grupo de estudiantes...)?**

SI NO

9b) Si participas o has participado en alguna de las actividades mencionada anteriormente comenta el proyecto brevemente y explica por qué decidiste participar. Si no has participado comenta brevemente los motivos: (Aprox. 100 palabras):

10. a) **Durante las prácticas externas, acostumbras a buscar información complementaria (protocolos hospitalarios, guías farmacológicas, bases de datos, revistas indexadas...) más allá de la que te pide explícitamente tu profesor para actualizar o profundizar tus conocimientos y habilidades.**

Nunca A veces Al menos una vez por semana Casi cada día

10b) **¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente e identifica qué fuentes de información sueles consultar (Aprox. 100 palabras):**

11. a) Durante las prácticas externas, ¿Realizas un ejercicio de autoevaluación de tu propia actuación en el centro de prácticas?

- Nunca Sólo si es una actividad evaluativa Al menos una vez por semana Casi cada día

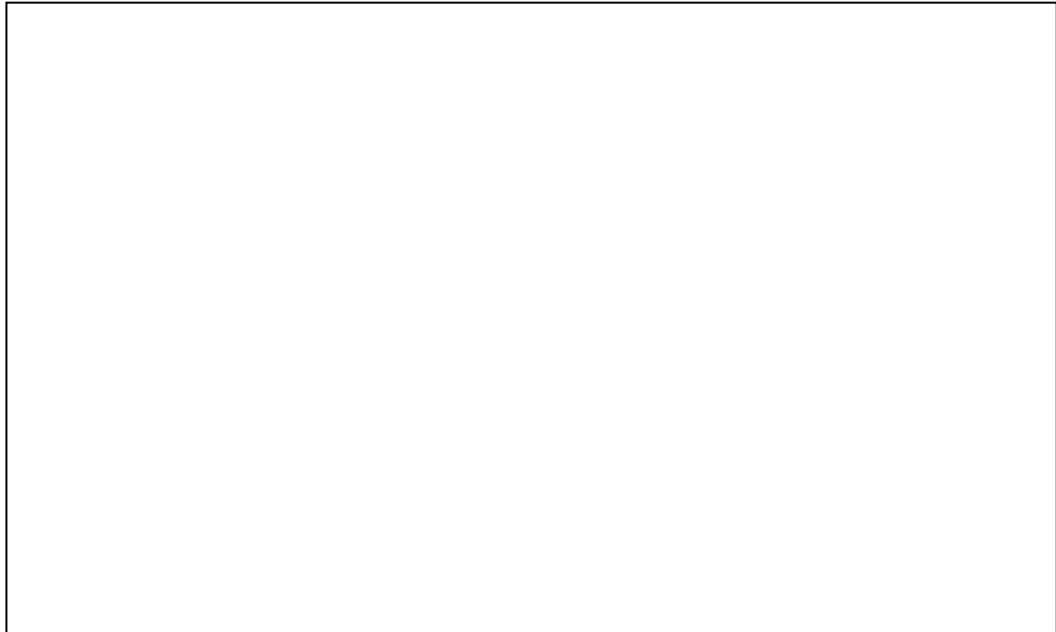
11b) ¿Por qué crees que actúas de este modo? ¿Qué factores crees que influyen en tu conducta? Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):

12. a) ¿Conoces los valores profesionales de enfermería?

- No Algo me suena Sí los conozco pero sin profundidad Sí, en profundidad

12b) ¿Puedes enumerar los que tú consideras más importantes y guían tu conducta durante las prácticas? Añade por qué crees que son importantes para ti (Aprox. 100 palabras):

13. a) **¿Crees que en alguna ocasión has actuado ignorando alguno de los valores profesionales de enfermería o has descuidado el trato que ofreciste a algún paciente? ¿Por qué crees que actuaste de ese modo?** Coméntalo brevemente y añade todas las observaciones que consideres oportunas (Aprox. 100 palabras):



8.3 ANEXO III: CUESTIONARIO PARA LA MEJORA DE LA VALIDEZ DEL CCEUG

¿Con qué DIMENSIÓN de la escala VPNE crees que se relaciona cada una de las preguntas que conforman el siguiente cuestionario?

Identifica la dimensión tras cada una de las preguntas:

- 1. ¿Acostumbras a presentarte indicando cuál es tu nombre y tu categoría de estudiante en prácticas?**
- 2. ¿Mantienes a la persona desnuda o expuesta más tiempo de lo necesario?**
- 3. ¿Explicas al paciente el procedimiento o técnica que vas a realizar y cómo lo vas a hacer adaptando tu lenguaje a su capacidad de comprensión?**
- 4. Al ofrecer los cuidados básicos a un paciente ¿Mantienes conversaciones con tus compañeros (enfermeras, auxiliares u otros estudiantes) sin incluir en ellas al propio paciente?**
- 5. ¿En alguna ocasión has tratado a un paciente mayor o con deterioro cognitivo o con discapacidad intelectual de manera infantil o con superioridad?**
- 6. ¿Has ofrecido información, realizado una entrevista y/o ofrecido cuidados a un paciente en un lugar poco apropiado o sin tener en cuenta el entorno (aislamiento visual y auditivo)?**
- 7. ¿Tienes en cuenta los valores y las creencias de los pacientes a los que atiendes?**
- 8. ¿Ofreces un trato diferente (menos empático) a algún perfil de paciente determinado: pacientes detenidos, con trastorno mental, personas culturas diferentes a la tuya, personas sin hogar...?**

9. **¿Participas o has participado activamente en alguna acción de mejora de la profesión enfermera (asociación profesional, comisión de trabajo, grupo de formación, elaboración de protocolos o trayectorias, proyecto de investigación, participación activa en redes sociales, grupos de debate, grupo de estudiantes...)?**

10. **Durante las prácticas externas, acostumbras a buscar información complementaria (protocolos hospitalarios, guías farmacológicas, bases de datos, revistas indexadas...) más allá de la que te pide explícitamente tu profesor para actualizar o profundizar tus conocimientos y habilidades.**

11. **Durante las prácticas externas, ¿Realizas un ejercicio de autoevaluación de tu propia actuación en el centro de prácticas?**

12. **¿Conoces los valores profesionales de enfermería? ¿Puedes enumerar los que consideras más importantes y guían tu conducta durante la prácticas clínicas?**

13. **¿Crees que en alguna ocasión has actuado ignorando alguno de los valores profesionales de enfermería o has descuidado el trato que ofreciste a algún paciente?**

8.4 ANEXO IV: RESOLUCIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA

COMITÈ D'ÈTICA I RECERCA DE
L'ESCOLA UNIVERSITÀRIA
D'INFERMERIA GIMBERNAT (CER)



CARTA D'APROVACIÓ DE PROJECTE PEL CER

Codi de l'estudi: INF-2017-01

Versió del protocol: 1

Data de la versió: 13/06/17

Títol: Los valores profesionales en el grado de enfermeria de la Escuela de Enfermeria Gimbernat.

Sant Cugat del Vallès, 14 de juny de 2017

Investigadora: Sílvia Bleda García

Títol de l'estudi: Los valores profesionales en el grado de enfermeria de la Escuela de Enfermeria Gimbernat.

Benvolguda,

Valorat el seu projecte de tesi, presentat al CER de l'Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, el comitè considera que el projecte reuneix els requisits des del punt de vista ètic, exigits per aquesta instituci3, i per tant, ha

RESOLT FAVORABLEMENT

Emetre aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ per part del Comitè d'Ètica i Recerca, per que el pugui presentar a les instàncies que així ho requereixin.

El comitè es permet recordar-li que si es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, que afectessin al seu procés d'execuci3, el projecte hauria de ser sotmès a nova revisió i aprovaci3 per part del CER.

Atentament

Dr. Manel J. Edo Gual

President CER-EUI Gimbernat



Universitat Autònoma de Barcelona

Vicerectorat d'Investigació

Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH)

Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)

La Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universitat Autònoma de Barcelona, reunida el día 27-10-2017, acuerda informar favorablemente el proyecto CEEAH 3950 titulado "ACTITUDES Y VALORES PROFESIONALES EN ENFERMERIA" presentado por **Isabel Alvarez Canovas**

<p>Elaborado:</p> <p>Nombre: Nuria Perez Pastor Cargo: Secretària de la CEEA de la UAB Fecha:</p> <p>NURIA PEREZ PASTOR</p> <p><small>Firmado digitalmente por NURIA PEREZ PASTOR Fecha: 2017.11.16 20:42:14 +01'00'</small></p>	<p>Aprovado:</p> <p>Nombre: José Luis Molina González Cargo: President de la CEEAH de la UAB Fecha:</p> <p>MOLINA GONZALEZ, JOSE LUIS (FIRMA)</p> <p><small>Firmado digitalmente por MOLINA GONZALEZ, JOSE LUIS (FIRMA) Fecha: 2017.11.16 20:42:14 +01'00'</small></p>
--	--

8.5 ANEXO V: DOCUMENTO INFORMATIVO A PARTICIPANTES

DOCUMENTO INFORMATIVO PARA LOS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO: Valores profesionales en enfermería

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Silvia Bleda García

Doctoranda de Educación en el Departamento de Pedagogía Sistemática y Social de la Universidad Autónoma de Barcelona. Profesora Titular de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat.

E-MAIL DE CONTACTO: silvia.bleda@eug.es

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

El objetivo principal de esta tesis doctoral es mejorar la adquisición de los valores profesionales de los estudiantes de enfermería de la escuela universitaria Gimbernat a lo largo del grado.

Para alcanzar este objetivo, he considerado oportuno explorar en profundidad la percepción de los estudiantes respecto a los valores profesionales propuestos por la American Nursing Association (ANA) con la finalidad de:

- Conocer el grado de importancia que otorgan los estudiantes a los valores profesionales
- Analizar la relación existente entre las características socio-demográficas de los estudiantes y la importancia otorgada a los valores profesionales
- Averiguar si los estudiantes incorporan los valores profesionales en el cuidado de los pacientes a lo largo de las prácticas externas y los factores explicativos que otorgan a su conducta.

METODOLOGÍA EMPLEADA:

Para poder dar respuesta a estos objetivos se utilizarán métodos mixtos de investigación, es decir se combinarán tanto métodos cuantitativos como cualitativos con la intención de explorar el fenómeno en profundidad:

- Para conocer el grado de importancia que otorgan los estudiantes de la Escuela Universitaria Gimbernat a los valores profesionales de la ANA y su relación con las características sociodemográficas de los mismos, se utilizará la encuesta de valores profesionales de Weis y Schank validada por Basurto en nuestro país en el colectivo de estudiantes de enfermería.
- Para averiguar si los estudiantes incorporan los valores profesionales en el cuidado de los pacientes a lo largo de las prácticas externas y los factores explicativos que otorgan a su conducta se ha desarrollado un cuestionario específico y se organizará más adelante un grupo focal.

Si el objetivo principal de la investigación es mejorar la formación en valores profesionales en los estudiantes de enfermería de la escuela universitaria Gimbernat es prioritario conocer la percepción de los propios estudiantes al respecto y por ello le agradeceré que responda a la encuesta y al cuestionario que acompañan esta carta informativa.

- **BENEFICIOS ESPERADOS:**

No se espera ningún perjuicio de su participación en esta investigación. El tiempo estimado de respuesta a la encuesta y al cuestionario es de unos 20 minutos aproximadamente. Por el contrario, el hecho de conocer su percepción respecto a los valores profesionales en enfermería puede permitir la mejora de las estrategias docentes y por ende puede ser capaz de mejorar la humanización de la atención enfermera tan necesaria en todos los ámbitos asistenciales.

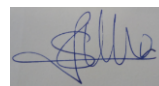
- **CONFIDENCIALIDAD:**

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que se establece en la legislación mencionada usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Para ello, deberá dirigirse a la investigadora principal de esta investigación, Silvia Bleda García.

Los datos recogidos para este estudio serán codificados para que no puedan estar relacionados con su propia persona y en ningún momento tendrán ninguna repercusión en su notas académicas. Cuando se hagan públicos los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Por favor, lea esta hoja informativa con atención. Como investigadora principal de este estudio, aclararé todas aquellas preguntas y dudas que le puedan surgir antes y durante la investigación. Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Quiero agradecer sinceramente su participación voluntaria en este proyecto.



Silvia Bleda García

8.6 ANEXO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO: Valores profesionales en enfermería

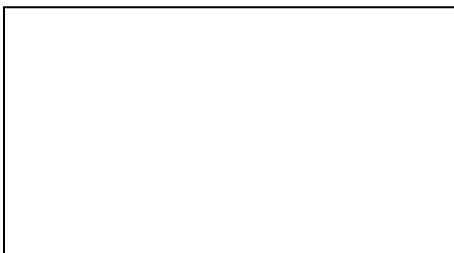
Yo,, he leído el documento informativo que se me ha entregado, he podido hacer preguntas en relación a este estudio de investigación y he recibido suficiente información al respecto.

Declaro que he hablado con Silvia Bleda García, investigadora principal de este estudio, ha aclarado todas las dudas que me han surgido y comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna explicación por este motivo.

Comprendo también que las respuestas que yo ofrezca en los cuestionarios que me han sido entregados no tendrán ninguna repercusión en mis calificaciones académicas.

Por lo que acepto y presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación.

Firma del participante



Sant Cugat, dede

Firma del investigador



Sant Cugat, dede

“Los que estuvimos en los campos de concentración recordamos a los hombres que iban de barracón en barracón consolando a los demás, dándoles el último trozo de pan que les quedaba. Puede que fueran pocos en número, pero ofrecían pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa; la última de las libertades humanas: la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias para decidir su propio camino”

Viktor Frankl

