

Los profesores doctores Javier Esteban Marrero Acosta, Catedrático de Universidad y María de los Ángeles Axpe Caballero, Contratada Doctora, pertenecientes al Departamento de Didáctica e Investigación Educativa,

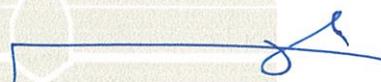
INFORMAN:

Que la Tesis Doctoral *Los pacientes como protagonistas de la práctica enfermera. Un estudio sobre el cuidado humanizado en un hospital de tercer nivel*, realizada por Don Alberto I. Hernández Marrero, reúne las condiciones de calidad, originalidad y rigor científico necesarios para su defensa pública, según establece la legislación vigente para aspirar al título de Doctor.

En La Laguna a 16 de septiembre de 2016



Fdo.: Javier Esteban Marrero Acosta  
Director de la Tesis



Fdo.: María de los Ángeles Axpe Caballero  
Co-Directora de la Tesis



DOCTORADO EN EDUCACIÓN

Tesis Doctoral

**LOS PACIENTES COMO PROTAGONISTAS  
DE LA PRÁCTICA ENFERMERA**

---

**Un estudio sobre el cuidado humanizado en un  
hospital de tercer nivel**

Doctorando: Alberto I. Hernández Marrero  
Director: Javier Esteban Marrero Acosta  
Codirectora: María de los Ángeles Axpe Caballero

---

Departamento de Didáctica e Investigación Educativa  
SEPTIEMBRE, 2016











## A GRADECIMIENTOS

Como no podía ser de otra manera, esta tesis ha sido un proyecto largo, muy largo, y sinuoso, poco dueño de su devenir ya que han sido las circunstancias las que han ido marcando sus tiempos. Llega el momento de recordar a las personas que, de un modo u otro, activa o pasivamente, han ayudado a que yo sea, en gran medida como soy y, por ende, a dar forma a este trabajo que ahora termina.

Quisiera empezar por mi familia que me enseñó a saborear el placer del encuentro alrededor de una mesa. A mi padre, tan presente como lo están las ausencias, por el hecho de serlo y lo mucho que esto conlleva y que tanto tardé en descubrir, a mi madre, por enseñarme que el diálogo es siempre la solución, a mis hermanos, cuya sola presencia me hace sentir el significado de la palabra familia, a mi cuñada por las cortas y profundas conversaciones que tanto nos acercan a pesar de la distancia y a mis sobrinos, maravillosas extensiones de aquellos. A mis primos, más, mucho más que primos de quienes tanto aprendo (gracias Isaac, Jaime, Jose).

A esos amigos-hermanos, algunos más presentes que otros pero siempre amigos, a Pedro y Mari, a Ángel, gracias por la música, a Ricardo, que vino para quedarse y orbitar al lado de la familia como un asteroide más de los que la conforman.

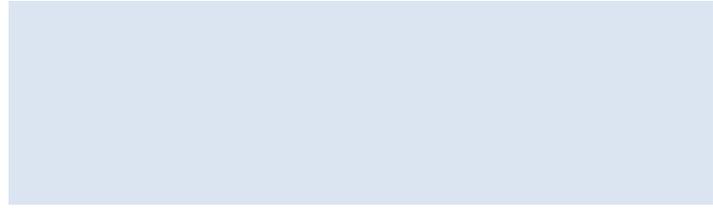
A Virginia le agradezco el haberme sostenido y escuchado durante tantas y tantas tardes, gracias por haberme enseñado a reconciliarme con mis furias, por mostrarme que el dolor no es para siempre, gracias.

Del mundo laboral han salido muchos de mis mejores amigos, personas que me ayudaron a ser mejor profesional: a Suso, Raúl, Yari, Ana T., Isidro, Juancho, Belén, Manuel, Gema... y muchos otros a quienes olvido injustamente. A Loly, a quien tuve el inmenso y fugaz privilegio de conocer, a Sara, uno de esos seres poco frecuentes, toda luz, gracias por no haberte resignado a la tradición y seguir estando.

A Eva, mi pareja, la mujer que apostó desafiando a la lógica y quien me sorprende a diario por sus ganas de aprender, la persona que me invitó a la aventura de volver a vivir y me sostiene aún en ese vértigo.

Quisiera agradecer al personal del HUC que tanto me respaldó y a las enfermeras de las unidades en las que trabajamos quienes tan generosamente contribuyeron a que este proyecto se hiciera realidad.

Por último quisiera agradecer a Javier, mi director de tesis, por dirigir tan sutil y sabiamente este viaje, y a Mange mi co-directora, por estar siempre presta a la ayuda. Gracias a ambos por impulsarme en este último tramo en esos momentos en los que solo deseas terminar. Gracias.



Soy heredero directo e inevitable de todos aquellos que, antes que yo, decidieron, un día, ejercer la profesión de enfermería. Me siento deudor de los que abordaron esta disciplina con mirada crítica y se preocuparon por reflexionar sobre ella; soy el producto final –que no finalizado- de aquellas enfermeras que activa o pasivamente, decidieron abandonar por un momento, muchos días de cualquier año, sus obligaciones diarias, para compartir conmigo sus conocimientos e inquietudes. Mi agradecimiento a todos, no siempre explicitado, quedará recogido en este informe donde espero que mis aportaciones sean nuestras aportaciones.





# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
1.1. El camino hasta la tesis.....	18
1.2. Una biografía de la investigación.....	22
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
2.1. Las competencias en la formación enfermera.....	26
2.2. El marco legal de los profesionales de Enfermería.....	29
2.3. El perfil profesional en nuestro centro.....	30
2.4. Los cuidados humanizados.....	32
2.4.1. La dignidad en los cuidados de enfermería.....	40
2.4.2. El estilo comunicativo.....	45
2.4.3. Disponibilidad.....	49
2.4.4. El entorno.....	51
2.4.5. La reflexión sobre la práctica: recuperando la experiencia.....	54
<b>3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>57</b>
3.1. Problema y Objetivos de Investigación.....	62
3.2. Muestra.....	64
3.2.1. La muestra para la Observación.....	66
3.2.2. La muestra para las Entrevistas.....	66
3.2.3. La muestra para el Grupo de Discusión.....	67
3.3. Procedimiento para la recogida de datos.....	68
3.3.1. La Observación.....	68
3.3.2. Las Entrevistas.....	73
3.3.3. El Grupo de Discusión.....	77
3.3.4. El Diario de Campo.....	81
3.4. Cronología de la investigación.....	82
3.5. Procedimientos para el análisis de la información.....	88
3.6. Criterios de rigor metodológico.....	92



<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>95</b>
4.1. Resultados de la Observación.....	97
4.1.1. Tablas de Frecuencias.....	98
4.1.2. Tablas de Contingencia.....	108
4.1.3. Diario de Campo.....	135
4.1.4. Recapitulación de los resultados de la Observación.....	141
4.2. Resultados de las Entrevistas.....	148
4.2.1. Estudio comparativo de los informantes.....	172
4.3. Resultados del Grupo de Discusión.....	177
4.3.1. Recapitulación de los resultados del Grupo de Discusión.....	200
4.4. Triangulación de las fuentes de datos.....	202
4.5. Discusión de los resultados.....	205
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>209</b>
5.1. Alcance y limitaciones del estudio.....	214
5.2. El futuro.....	216
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>CD</b>





## 1

## INTRODUCCIÓN

(...) quando o individuo esta inserido em um contexto assistencial, hospitalar, desencadeia sentimentos como o desamparo, ansiedade, estresse e medo com o que podera lhe acontecer, acarretando diversas preocupacoes tanto para o proprio sujeito como para seus familiares, mantendo assim, uma posicao submissa do cuidado por se sentirem em condicoes desiguais frente aos profissionais (tidos como os detentores do conhecimento científico) (Chernicharo, da Silva y Ferreira, 2013: 567).

Soy enfermero<sup>1</sup> y lo soy por convicción (aún con el paso de los años no me atrevo a hablar de vocación y, a tenor de lo vivido, ni siquiera tengo claro si aquellas vocaciones irrenunciables dieron como resultado mejores profesionales). Los cuidados de enfermería son la piedra angular de nuestra profesión, aquello que nos caracteriza y, a su vez, nos diferencia de otros profesionales de la salud. Podemos afirmar que los cuidados de enfermería<sup>2</sup> presentan una doble vertiente: por un lado el aspecto que podríamos definir como procedimental que incluye los protocolos estandarizados de trabajo como curas, pases de visita, cambios de turno, informes de alta, instauración de la medicación, etc.: “Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico (...)” (Báez, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño, Medina-López, 2009: 129). Es importante aclarar en este punto que hablamos de un ámbito que ocupa la mayor parte del tiempo enfermero a pesar de no emanar, en su mayor parte, de la propia disciplina: “Nursing is often described as an art and a science; I worry that only the science component is viewed by others as part of the “profession” and the art component is something external or marginal to the profesión” (Olshansky, 2007: 248). Sin embargo, esta constatación es paradójicamente opuesta a la opinión que el propio colectivo tiene al respecto: “Although some participants mentioned clinical skill, they were clear that it

<sup>1</sup> A partir de este momento el plural de nuestra profesión será usado en femenino

<sup>2</sup> Es relevante esta diferenciación por cuanto que los cuidados se aplican constantemente, en diferentes ámbitos, por personal no profesional (como se observa con cada vez mayor frecuencia en muchos de nuestros mayores)

was not the most important indicator of quality nursing care”. (Burhans & Alligood, 2010: 1694). Por otro lado, tenemos el enfoque más “humano”<sup>3</sup> simbolizado en el contacto con el paciente, su entorno y el significado que éste otorga a la experiencia del proceso que le ha tocado vivir. Yo empecé mi carrera -y la recorrí hasta hace bien poco- sin valorar este hecho, sin ser capaz de apreciarlo -“Alguna vez le habían dicho que no era el cuerpo lo que se enfermaba sino el ser entero” (Eloy, 1995: 16)- ni de verlo:

Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral, como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma (Daza y Medina, 2006: 62).

La mayor parte de mi vida profesional se desarrolló en la Unidad de Coronarias del Hospital Universitario de Canarias (H.U.C.) en Tenerife (un centro hospitalario de tercer nivel que dispone de 761 camas y está formado por más de 3000 trabajadores, lugar que, a la postre, se transformaría en el contexto donde tendría lugar nuestra investigación) alternando la asistencia con algunos años en diferentes puestos relacionados con la gestión. La evolución profesional no fue distinta a la de muchas otras enfermeras: la obsesión inicial por saber todo lo posible, el miedo de enfrentarme a los pacientes, la convicción profunda de salir de la Escuela de Enfermería sabiendo prácticamente nada...Y luego, unos buenos (densos, productivos) años en una Unidad que fomentaba la autonomía profesional, valoraba adecuadamente y exigía a partes iguales: “Hence authors generally recommend (...) in-service education in the form of self-awareness skills training and more reflection days for nurses” (Coyne, O’Neill, Murphy, Costello & O’Shea, 2011: 2562). Un lugar en el que trabajo y docencia andaban de la mano. Una Unidad, todo hay que decirlo, adecuadamente dotada de recursos materiales y humanos –algo bastante poco frecuente en aquellos tiempos- que permitía que la selección del personal que paulatinamente se iba incorporando a la misma fuera dándose de forma casi natural, espontánea: con el tiempo descubriría que tras esta aparente naturalidad se escondía un trabajo concienzudo de formación, motivación, exigencia

---

<sup>3</sup> El uso de este adjetivo está vinculado a nuestro tema de investigación. Resulta obvio que los procedimientos son realizados a pacientes -seres humanos- pero debido a diferentes factores, este trabajo se ha estandarizado y objetivizado perdiendo gran parte de la humanidad que, necesariamente, conlleva.

y apoyo que daba como resultado la creación de un entorno que atraía a personas de cierto perfil excluyendo automáticamente a otras. Sin duda, esta experiencia profesional ayudó a modelar cierto carácter y a creer en la posibilidad de crear grupos de trabajo básicamente pensantes<sup>4</sup>, profesionales críticos y reflexivos que creyeran en la capacidad para cambiar las cosas, en la posibilidad de mejorarlas: “Lo que le interesaba era que yo extrajera la lección correcta, a saber: que, en general, las personas que producen cosas no comprenden lo que hacen” (Sennet, 2008:11). Con el paso del tiempo y empapados de una cultura profesional muy concreta, comenzaron a manifestarse las primeras incertidumbres sobre la formación en nuestra profesión, la vaga sensación de que la teoría académica distaba mucho de aquello que se reflejaba en nuestra práctica cotidiana; una inquietud que se veía claramente manifestada en otras disciplinas. Schön (1992) incide en esta idea del salto entre la Academia y el mundo del trabajo al afirmar que los que se dedican a la profesión de la enseñanza han manifestado, cada vez con más insistencia, su preocupación sobre la falta de conexión existente entre la idea de conocimiento profesional que prevalece en las escuelas profesionales y aquellas competencias que se les exigen a los prácticos en el terreno de la realidad. Y con las dudas surgirían las primeras preguntas acerca del lugar que nuestra profesión ocupaba en el entorno laboral, en la sociedad. Esto marcaría la idea de la que germinaría el tema y título del proyecto de investigación: “Las barreras en la evolución de la Enfermería”.

---

<sup>4</sup> Uno de los lastres con los que ha tenido que lidiar esta profesión –como algunas otras– es la asunción de una suerte de determinismo que parecía excluirla del ámbito del pensamiento y la reflexión (durante mucho tiempo tanto el entorno académico como la estructura de las organizaciones laborales contribuyeron a la expansión de esta idea)

## 1.1

### El camino hasta la tesis

---

Aprovechando la licenciatura obtenida al terminar los estudios en Ciencias de la Información, comenzamos a vislumbrar, muchos años después, la posibilidad de hacer la tesis doctoral con el fin de conseguir la experiencia investigadora que nos permitiera seguir indagando, que nos preparase, en definitiva, para poder dirigir otras miradas hacia nuestra práctica profesional. Inicialmente, el proyecto de investigación iba dirigido hacia la Academia; estábamos –y, de alguna manera, seguimos– convencidos de que parte de lo que no somos tiene que ver con una formación enconada en un enfoque marcadamente biomédico: “Es importante que el estudiante sea sensible cuando trabaja con las denominadas “situaciones clínicas” y rompa el paradigma utilitarista en donde solo ve la situación clínica como una ganancia para su aprendizaje” (Caro, 2009: 174). Una escuela que sigue sin entender la necesidad de formar a las futuras generaciones dotándolas de herramientas para una buena comunicación, preparándolas para enfrentarse al dolor, al duelo: “Nos textos, o tema da morte e a comunicação de más notícias, por exemplo, são enfocados como pouco discutidos durante a formação, não havendo espaço para que os estudantes possam expor suas emoções” (...) (Cristina y Katia, 2012: 224). Una formación poco preocupada por adiestrar a las futuras generaciones en la necesidad de reflexionar en la práctica sobre la práctica como forma de mejorar nuestra calidad de atención:

En el aprendizaje a lo largo de mi vida, como asistencial y docente siempre me ha llevado a preguntarme, porqué, al estudiante o futuro profesional de enfermería no conseguimos durante el periodo formativo teórico y práctico inyectarle por una parte, la actitud de búsqueda y explicación constante del porqué, de lo que hace y por qué lo hace (...) (Sanjuán, 2007: 35).

Una academia, en definitiva, que formara a profesionales en la necesidad de estar cerca del paciente como única forma de brindar unos cuidados en los que éste se erigiera en protagonista de su vivencia:

Quizás la habilidad más importante que debería ser enseñada a todas las personas es la capacidad de ver, escuchar y comprender realmente a los otros. La comunicación se da en toda relación humana, ya que el lenguaje es una necesidad vital dentro de cualquier grupo” (Hernández, Zequeira y Miranda, 2010: 37).

En este proyecto inicial pretendíamos seguir a dos o tres alumnos de enfermería en su periplo formativo hasta que llevaran un año trabajando con el fin de observar cómo se iban apropiando de la cultura profesional y cómo se gestionaba el salto entre lo aprendido en la academia y lo experimentado en el mundo laboral. Con estas premisas, decidimos hacer nuestro proyecto en la Facultad de Educación de la Universidad de La Laguna donde descubriríamos los grandes paralelismos entre nuestras profesiones:

La Enfermería es una práctica porque, al igual que la educación, implica relación entre personas. Relaciones que requieren un tipo particular de acción...es una acción subjetiva...Está más orientada a la comprensión que se produce en el proceso de compartir significados que a la explicación que se produce cuando el interés es teórico. (Medina, 1999: 87).

La entrada en el Espacio Europeo de Educación y la aparición del Título de Grado frustraron nuestro proyecto, lo que nos obligó a considerar otras opciones. Tras varios encuentros informales y la llegada a nuestras manos de un documento que versaba sobre los momentos históricos de nuestra profesión, decidimos invitar a un grupo de expertos a debatir sobre la posibilidad de la pervivencia, en la actualidad, de algunos de esos valores que impregnaban otros enfoques de la Enfermería. Pero como sucede en muchas otras investigaciones, la nuestra tomó un rumbo no previsto inicialmente: nuestra idea inicial se vio truncada cuando los asistentes al grupo de discusión comenzaron a debatir sobre los problemas que atenazaban a la profesión y nosotros no tuvimos más remedio que seguir la estela marcada por aquellos. Analizada la grabación y extraídas las ideas más importantes del debate, decidimos hacer un cuestionario que pasamos al personal del servicio de Cardiología del H.U.C. (Unidades de Coronarias, Hemodinámica, Ecocardiografía y Unidad de Hospitalización) así como a alumnas de primer y tercer curso de enfermería. Con variables como edad, curso, género y experiencia profesional, el cuestionario -elaborado por nosotros- pretendía indagar en la opinión de esta muestra a partir de cinco cuestiones -los cinco grandes problemas- que, según los expertos, podían contribuir a mantener a la Enfermería estancada en un espacio algo difuso y no ocupando el protagonismo social que, como profesión, merecía; estos grandes bloques eran:

- La falta de asunción de responsabilidad.
- El género.
- La pervivencia de valores del pasado unida a la asunción de un enfoque de la salud aún muy biomédico.
- Una formación muy influenciada por este modelo.
- La falta de investigación sobre la práctica enfermera

Acabada la primera fase –trabajo de investigación de tesis- y, posteriormente, el engorroso trámite del D.E.A., comenzamos a pensar en la tesis. Por razones personales, este período se alargó excesivamente aunque durante ese tiempo sí trabajamos en la búsqueda de información que nos aproximara al objeto final del estudio. Reuniones, conversaciones informales, búsqueda bibliográfica, lecturas compulsivas...viendo que estábamos estancados, que no surgía una idea clara sobre la tesis, el director me invitó a hacer algunas entrevistas en las que, siguiendo la estela de la tesina, pudiéramos indagar acerca de la imagen social que tenía la profesión para las propias enfermeras. Con este fin, nos reunimos con dos alumnas de enfermería –si bien tuvimos reuniones con muchas otras que, finalmente, decidieron no participar en las mismas-, un profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería del H.U.C. - nuestro lugar de trabajo-, dos subdirectores del centro y otras dos enfermeras vinculadas en aquel momento al mundo sindical. Las entrevistas, que pretendían recoger distintas miradas sobre nuestra imagen y que inicialmente eran semiestructuradas, acabaron transformándose en entrevistas abiertas con un guión que no fue respetado en muchas de las ocasiones: un diálogo que se iba desarrollando según las circunstancias. Siendo como fue originalmente una herramienta que sirviera para aclarar las ideas, los resultados, a pesar de lo anárquico de su desarrollo, fueron interesantes: hallamos mucha similitud en las repuestas respecto a las causas y orígenes de nuestra imagen actual. Escuchamos explicaciones en forma de factores internos –propios de la cultura profesional-:

De alguna manera, las enfermeras que optan por trabajar de manera más autónoma a través de sus competencias avanzadas son asociadas culturalmente por la enfermería tradicional más a la medicina que a la enfermería, y en el fondo no son percibidas como enfermeras de verdad (Hernández, 2010: 19).

También pudimos escuchar voces a favor de otros factores, externos –las prioridades de las políticas sanitarias- que justificaban la realidad. Se nos habló de una Academia muy alejada en

sus contenidos de la esencia del trabajo enfermero: del cuidado. Se enfatizaba la necesidad de que el colectivo estuviese unido, se fusionase a través de sindicatos, asociaciones...se habló de la falta de asunción de la responsabilidad, del acomodamiento, de la falta de apoyo de las instituciones a la que les interesa más otro tipo de profesional y de práctica y que se caracteriza fundamentalmente por el convencionalismo y la pasividad, y no por la autonomía o la creatividad profesionales (Popkewitz, 1987). En ese proceso de disección de las entrevistas recuperamos el fragmento de un largo y fructífero encuentro con uno de los subdirectores de enfermería del centro en el que hablaba de la necesidad de la Enfermería de dar un paso al frente, de posicionarse en la sociedad como un elemento fundamental de las políticas sanitarias; en concreto, hacía referencia a la famosa Ley de Dependencia en la que la Enfermería, por razones no muy claras, no tenía el papel preponderante que debía. En un momento de esta entrevista, nos llamó la atención el siguiente comentario que, a la postre, resultaría determinante en el devenir de nuestra investigación:

Sigo pensando que las...el concepto cuidar es muy potente, lo que pasa es que, bueno, no está...no tiene el relumbre que pueda tener otros conceptos de otras profesiones; pero sí que, y más ahora en esta sociedad que nos toca vivir con enfermedades crónicas, con enfermedades de larga evolución, es más potente que nunca (Entrevistas preliminares C, subdirector de Enfermería 7/06/2011).

Las dudas ante una afirmación tan cargada de sentido, tan ligada a la esencia de nuestra profesión se dispararon: ¿Y si esto no fuera tan cierto?, ¿quería la Enfermería asumir, por fin, ese papel tan suyo?, ¿nos habíamos alejado de nuestra competencia fundamental decantándonos por la aplicación de protocolos despersonalizantes? Y, quizás lo más relevante, ¿teníamos, por fin, una inquietud manifiestamente explícita, una pregunta que diera luz a nuestra investigación?

Siempre me sorprenden los estudiantes de doctorado y los colegas que expresan directamente su deseo de hacer un estudio cualitativo pero sin un interrogante en mente (...). No están preparados para diseñar proyectos cualitativos, porque no tienen ningún interrogante a partir del cual elegir los métodos apropiados (...). El diseño de la investigación cualitativa empieza con un interrogante (Janesick, en Vallés, 1997: 210).

## 1.2

### Una biografía de la investigación

---

El por qué de este tema es algo que ronda por nuestra cabeza desde el momento mismo de su elección: quizás la certeza, tenue inicialmente, atosigante con el paso del tiempo, de que teníamos algo que contar, la sensación de que, con la experiencia, nuestra mirada había cambiado, nuestro foco de atención ya no era el mismo. En alguno de los múltiples encuentros con nuestro director de tesis, me recomendó recoger aquellas experiencias que, fuera del contexto como investigador -¿se abandona en algún momento?- pudieran tener relación con nuestro estudio [Fiesta de cumpleaños en casa de un buen amigo enfermero, cualquier día de los primeros meses del año 2014; conversación entre cuatro de sus compañeros de promoción –todos con más de veinte años de experiencia– y yo mismo acerca de nuestras vidas profesionales. En un momento dado, uno de ellos dice: “...creo que nos hemos ido alejando de la razón de ser de nuestra profesión”]. Una frase afortunada que, a medida que avanzábamos en la lectura de diferentes textos, se iba cargando progresivamente de sentido:

All of the participants discussed ‘tasking’ vs. caring for the ‘whole person.’ Time pressures, heavier workloads, increased responsibility, higher patient acuity, sophisticated technology and tasking (what may be described as routine psychomotor skills and nursing interventions) have changed the nursing environment (Enns and Gregory, 2007: 342).

A partir del momento en que decidimos que este sería nuestro tema de investigación, pudimos observar como todo lo que vivíamos se impregnaba, de alguna manera, del mismo, y pudimos constatarlo a lo largo de muchas conversaciones con compañeros a lo largo de estos años. Estas y otras experiencias confirmaban lo acertado de nuestra elección mostrándonos una preocupación mucho más extendida sobre nuestra tesis de lo que, en principio, pudiéramos suponer -”Nurses espouse patient-centred, holistic care but often work in environments which do not support this. The result is that nurses become focused on ‘the work’ and see it as a schedule of tasks”. (Crocker and Timmons, 2009: 59)- y confirmando, al mismo tiempo, una idea que ya venía rondándonos tiempo atrás: la relación entre la madurez profesional y la capacidad de preocuparnos por otros aspectos de nuestra labor que resultan menos visibles cuando miramos con ojos inexpertos. Pero, ¿es suficiente con el paso del

tiempo y la aparente capacidad de control del entorno? El paso del tiempo que supone la experiencia profesional no es veteranía, no es maestría, no artesanía (Sennet, 2008) si no se acompaña de la dosis oportuna de curiosidad que mantenga intactas nuestras perspectivas de cambio, nuestro compromiso: “Falar em desumanização é reportar-se a um processo que, pelo observado nas entrevistas, pode ser traduzido por não envolvimento, esquecimento, frieza de sentimentos e embrutecimento e pela falta de compromisso” (De Souza, Pasarela y Cassuli, 2009: 351). Nos referimos a esa ligazón que nos une irremisiblemente a algo o a alguien; en este caso, al paciente, a su atención. Y solo podemos entenderlo desde la reflexión: no es obediencia ciega. A su vez, esa reflexión nos lleva a una dinámica de incertidumbre, nunca a la confortable seguridad de lo establecido; en este sentido señala Popkewitz (1987): “Wiggins señala que quienes pretenden “un sistema de reglas” confían “ahorrarse” parte de la agonía del pensamiento y todo el tormento que supone el sentir y el comprender implícito de hecho en la deliberación razonada” (p.210). Apostamos pues, por el compromiso con la duda que nos lleva a indagar, a investigar, a comprender para luego intentar los cambios que fueran precisos; se trataba de un compromiso con nosotros, primero, y con el paciente, fin último de nuestra labor: “El escepticismo, contrariamente al extendido error, posibilita todo lo nuevo” (Beck, 1998:217). Teníamos la sensación de que la querencia por la parte “instrumental” de los cuidados y el abandono de la vertiente más centrada en lo que el paciente podía, también, necesitar, habían acabado por desprestigiar el concepto de cuidado – y con él a nuestra profesión- generando la necesidad de redefinirlo. Se hacía necesaria la presencia de un trabajo arduo por recuperarlo incorporándolo a la práctica diaria como un elemento imprescindible para nuestra profesión, necesario para los pacientes –razón que, por sí sola, sería ya suficiente para justificarlo- y faltaba, también, registrarlos, evaluarlos, redefinirlos para darle valor, para valorarnos en nuestra identificación con el mismo.

Se trata de transformar las rutinas técnicas, despersonalizadas y despersonalizantes que las enfermeras ejecutan a diario en los hospitales, en cuidados personalizados desde la perspectiva de los enfermos que a ellos acuden, es decir, el tránsito emancipador desde el reduccionismo biológico que los tratamientos ha impuesto, hacia los cuidados holísticos de los cuales aquellos no son más que una parte (Medina, 1999: 47).

Además, los estudios realizados con pacientes respecto a la satisfacción en la atención sanitaria demuestran que la personalización de los cuidados es una de las expectativas que aparecen con mayor frecuencia (López, Gala, Rguez. y Rguez., 2007).

Después de esta introducción en la que hemos intentado mostrar nuestra evolución profesional y nuestras intenciones investigadoras, haremos un breve resumen de la forma en que hemos estructurado la tesis. Nuestro trabajo está dividido en dos partes fundamentalmente: el marco teórico y la metodología de investigación. En la primera de ellas haremos un repaso general sobre el marco competencial en la formación enfermera, el marco laboral que regula nuestra profesión y el perfil profesional de las enfermeras en nuestro centro. Además, hablaremos del cuidado humanizado y la importancia de su fomento en el cuidado hospitalario; con ello, pretendemos poner en antecedentes a todos aquellos profesionales del ámbito –o, incluso, de fuera de éste– que pretendan acercarse a nuestro trabajo. En esta primera parte, intentaremos, también, justificar el por qué de la elección de determinados elementos del cuidado humanizado y profundizaremos en los mismos indagando sobre su presencia en la praxis diaria de las enfermeras. Una vez descrito el problema y los objetivos de investigación pasaremos al siguiente gran apartado. En el capítulo metodológico, explicaremos el por qué del tipo de investigación que hemos decidido llevar a cabo mostrando nuestra convicción de que era el que mejor se ajustaba a nuestros intereses investigadores. Este segundo bloque será subdividido, también, en dos partes bien diferenciadas: en la primera describiremos los instrumentos usados para efectuar la recogida de datos, hablaremos de los criterios usados para elegir la muestra así como del análisis de los datos obtenidos a lo largo de nuestra tesis. En la segunda parte incluiremos los resultados del estudio y, por último, las conclusiones, que darán respuesta al problema y los objetivos de investigación planteados. Finalizaremos con la bibliografía y los anexos.

# 2

## MARCO TEÓRICO

Antes de comenzar con el marco teórico propiamente dicho intentaremos trazar una radiografía de la profesión. Un breve repaso por las habilidades y competencias que las enfermeras, desde que son estudiantes y una vez en el ejercicio de su profesión, han de mostrar para desarrollar las aptitudes y actitudes que las definirán como tales. Dentro de este gran marco legal, prestaremos especial atención a los aspectos que se relacionan de manera directa con el cuidado humanizado y que están recogidos, en muchos de los casos de manera explícita, en varios de estos documentos; estos aspectos nos ayudarán a comprender la importancia que aquel tiene para nuestra profesión y la razón de ser para su elección en nuestra investigación.

## 2.1

### Las competencias en la formación enfermera

---

La orden CIN/2134/2008, de 3 de julio establecía los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitaban para el ejercicio de la profesión de enfermero (obtención del título de grado). El apartado 3 del único anexo de esta orden, hablaba de los objetivos competenciales que los estudiantes debían adquirir. Veamos alguno de estos puntos y la estrecha vinculación que tienen con nuestra investigación. Las letras en cursiva serán nuestras y tendrán como objetivo incidir en aquellos aspectos del cuidado humanizado que hemos decidido estudiar. Apartado 3. Objetivos: competencias que los estudiantes deben adquirir.

Punto 4: “*Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural*”.

Punto 7: “*Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional*”.

Punto 8: “*Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad*”

Punto 11: “*Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud*”.

Paralelamente, en el año 2005 se presenta el Libro Blanco de Enfermería que mostraba el resultado del trabajo llevado a cabo por una red de universidades españolas con el objetivo explícito de realizar estudios y supuestos prácticos útiles en el diseño de un Título de Grado adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Financiado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), el citado Libro recoge una información muy densa de la que nos gustaría destacar la valoración y clasificación de las

competencias específicas de la enfermera (dichas capacidades serían sometidas a unas encuestas llevadas a cabo en diferentes universidades españolas y valoradas tanto por alumnos como por profesores). Dentro de esta clasificación ponemos de relieve las del GRUPO III:

12. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente (utilizando las habilidades...).
13. Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia (utilizando las habilidades...).
14. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias (utilizando las habilidades...).
15. Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas (utilizando las habilidades...).
16. Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ej, dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente (utilizando las habilidades...).
17. Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...)

Y, también, las del GRUPO V:

26. Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.
27. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej, emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.
28. Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.

29. Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).
30. Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes.
31. Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión.
32. Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones.
33. Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.

## 2.2

### El marco legal de los profesionales de Enfermería

---

La ley 44/2003, de 21 de noviembre da respuesta a la ordenación de las profesiones sanitarias. En el bloque 7, artículo 4 de los Principios Generales se recoge lo siguiente: “Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”. Por otra parte, el bloque 8, artículo 5, recoge lo siguiente respecto a los principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos:

- 1c: “Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones”.
- 1e: “Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución”.

## 2.3

### El perfil profesional en nuestro centro

---

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (C.H.U.C.), nuestro centro, dependiente del Servicio Canario de la Salud del Gobierno de Canarias tiene recogido en un documento el perfil profesional del enfermero. En dicho documento se recogen una serie de aspectos competenciales como por ejemplo la Dependencia Jerárquica, el Organigrama, Responsabilidades, Medios, etc. Para seguir en la línea de “describir” al profesional y el contexto en el que este desarrolla su labor nos detendremos en aquellos aspectos de especial relevancia para nuestro estudio.

- Misión del puesto: “Gestiona los cuidados de enfermería, administrando los recursos en su turno de trabajo, de acuerdo a las necesidades de cuidados de los usuarios (paciente, familia), teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que afectan a la salud, la enfermedad y la muerte, protección y fomento de la salud y ayuda en la reincorporación del individuo en la sociedad”
- Funciones:
  1. Asistencial: “Presta cuidados integrales, directos al paciente y familia referidos a aspectos físicos, psíquicos o sociales de los pacientes, velando por su bienestar, proporcionando seguridad, fomentando el autocuidado, la autoestima y favoreciendo un adecuado acompañamiento en la fase terminal y muerte”
  2. Administrativa
  3. Docente: comprende el desarrollo de un conjunto de actividades para conseguir los siguientes objetivos: “que los pacientes sean capaces de autocuidarse o participar lo más activamente posible en un proceso de cuidado”; “que la familia de los pacientes colabore en la recuperación de éstos y en su reinserción en el medio familiar y social”.
  4. Investigadora
  5. Actividades: “Fomenta y asume el respeto a los valores y diferencias culturales del hombre, promoviendo y prestando cuidados de enfermería adecuados a estas diferencias”; “Programa las actividades del equipo durante la jornada de

trabajo según las necesidades de los usuarios, adecuando los recursos a las mismas”; “Jerarquiza las necesidades de los pacientes en cada turno y planifica, organiza, controla y evalúa el trabajo...”; “Determina los requerimientos específicos de atención de enfermería de los pacientes a su cargo, de acuerdo al proceso de enfermería establecido en el H.U.C.”; “A la recepción del enfermo en su unidad le informa, tanto a él como a sus acompañantes de sus derechos y deberes, así como de las normas establecidas vigentes en el hospital”

## 2.4

### Los cuidados humanizados

---

Desde que comenzamos a afrontar el presente trabajo de investigación, nos resultó extraño tener que añadir el adjetivo humanizado a un concepto que debía llevar implícita tal añadidura: ¿Cómo desligar un concepto del otro? “Ambos os termos, cuidado e humanização, vêm sendo discutidos de forma a apresentarem os mesmos elementos ou categorias. Por vezes, parecem ser tratados como sinônimos e por outras, como questões distintas”.(Regina y Figueiró, 2011: 416). A pesar de nuestras ideas la realidad estudiada se nos mostraba invariablemente tozuda:

Con respecto a la categoría relacionada con el significado de cuidado humanizado, una de ellas lo considera lo mismo que el término cuidado por sí solo, pero agrega que se tiene muy en cuenta la parte humana del paciente (Muñoz, Coral, Moreno, Pinilla y Suárez, 2009: 248).

Y es que no podemos olvidar que el cuidado es un acto tan antiguo como lo es la humanidad – “According to a Polish language dictionary, nursing care, which is regarded as among the oldest of human activities” (...) (Zarzycka and Slusarka, 2007: 371)- , que ha evolucionado con ella y que es poseedor de un significado que trasciende las fronteras y las culturas. Solomon (2007) nos relata la experiencia de Catherine Lutz, antropóloga estadounidense, en su estudio con los ifaluk, habitantes de unas islas del Pacífico Norte, acerca del significado y la importancia que dan a los cuidados. Para ellos, la madurez consiste ante todo en la capacidad de cuidar de otros. Por su parte, Verdú (2003) nos habla de la localidad de Roseto, en Pensilvania, donde en la década de los 50 y 60 se hizo un estudio al observar que sufrían la mitad de fallecimientos por ataques cardíacos que el resto del país; el sociólogo Stewart Wolf (1998) dictaminó que la clave residía en su vida social: las familias se protegían de la enfermedad, el desempleo, la pérdida de seres queridos y casi todo el pueblo se conocía por su nombre. Hacia 1985, la ciudad había crecido y, a pesar de reducirse el consumo de tabaco y de mejorar la dieta, los monitores que seguían a la población detectaron que las cotas de ataques al corazón aumentaban exponencialmente: la enfermedad aumentaba a medida que se perdían las relaciones sociales. Es por esto que cuando vislumbramos la posibilidad real de

hacer la tesis comenzamos a preguntarnos en qué momento había sido posible que ambos conceptos –cuidado y humanización- quedaron desligados; qué había ocurrido:

Fue en la Universidad de UTAH, en 1978, donde se realizó la primera Conferencia Nacional de Investigación sobre Cuidado Humano y Cuidado Transcultural, la cual luego se realizó anualmente. En los años ochenta, en los Estados Unidos, el estudio cualitativo sobre el cuidado humano tuvo un gran avance con las investigaciones fenomenológicas (Kuerten et al, 2009: 105).

En nuestro contexto, según recoge Pinedo (2011), nos encontramos ante la iniciativa emprendida en 1984 con el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria que se justificaba con estas palabras: "La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina" (Insalud, 1984). En el año 1994, Francesc Raventós, Director General del INSALUD hablaba de un sistema sanitario humanizado como aquél cuya razón de ser era estar al servicio de la persona, y en su realización incluía elementos de estructura y gestión del sistema sanitario. Es decir, un sistema con el paciente como protagonista en el que tenían que implicarse necesariamente las organizaciones y políticas sanitarias. La promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 marcó un hito en nuestro país en lo que concierne a los derechos del paciente, con el doble objetivo de acercar la Sanidad al ciudadano y satisfacer las necesidades del paciente hospitalizado. Resultaba obvio al comienzo de nuestra investigación, como nos resulta ahora, que la evolución de nuestra profesión nos había ido apartando poco a poco, progresivamente, de un concepto sin el cual aquella perdía sentido. El ámbito de preocupación por este aspecto de los cuidados se extendía a diversas zonas del territorio de nuestro país:

“(…) En 2001, el I Plan de Calidad sitúa al ciudadano como el centro real del sistema, bajo el cuál el SAS (Servicio Andaluz de Salud) desarrolla su propuesta de personalización de los cuidados. Dicha personalización, en el año 2002, ve reforzada su implantación en Atención Domiciliaria con la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas. De nuevo, en el II Plan de Calidad, se establece la personalización como la primera medida a adoptar” (...) (López, Gala, Rodríguez y Rodríguez, 2007: 7).

Y se extendía, también, a otras latitudes, a otras culturas: “No ano de 2000 foi regulamentado pelo da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que serviu de base para a implantação da Política Nacional de Humanização

(PNH). (Dutra, Calcagno, Santos, Pinto Tarouco, 2011: 88). Nos hallábamos ante un problema de origen multifactorial: “La aplicación de las nuevas tecnologías, la búsqueda de la eficiencia, la sobrecarga de trabajo, el síndrome de *burn-out*, y un largo etc...” (Quero y Molina, 2010: 20) que apuntaba, entre otras razones, al ámbito institucional: Arredondo-Glez. y Siles-Glez., por ejemplo, (2009) hablan de la deshumanización que preside el contexto institucional sanitario. La idea central que, como vimos en la introducción, emergería de una de las entrevistas iniciales, comenzaba a interesarnos cada vez más hasta el punto de que provocaba en nosotros el deseo de diseccionarla analizándola en su contexto real: el del trabajo diario de las enfermeras:

(...) Se podrían explorar todos los fenómenos vivenciados en la situación de la enfermería en relación con sus atributos de tiempo y espacio. Más específicamente... el tiempo y el espacio tal como lo experimentan el paciente y/o la enfermera y del modo en que lo comparten intersubjetivamente. Por ejemplo, la espera, el silencio, la cronicidad, la situación de emergencia, la colocación del paciente en su cama, el traslado en una silla de ruedas, el ayudarlo a caminar, pasear, podrían considerarse desde el punto de vista del espacio y el tiempo experimentados por el paciente o desde el de la enfermera o como evento compartido. Investigaciones de esta naturaleza podrían proporcionar una introspectiva valiosa de fenómenos importantes de la enfermería, tales como la presencia, la empatía, el bienestar, el tino...¿Es humanizante o deshumanizante este evento intersubjetivo particular y transaccional de la enfermería? (Zderad y Paterson, 1979: 42 y 43).

La enfermería es una profesión de relación y encuentro que acontece en un lugar no establecido topográficamente en el que dos construyen entre palabras, miradas e historias vínculos de extraordinario valor (Gattino, Guevara, Isoglio, Lanza, Lungo y Perticarari, 2011). En esta tesitura, las variables antes nombradas conviven en un contexto muy concreto: el lugar en el que la pérdida de autonomía provocada por la enfermedad obliga a la presencia de una figura que apoye, escuche, atienda, cuide. Un paciente y una enfermera como dos individuos singulares, cada uno de ellos producto de su propia elección, creando y viviendo ese mundo compartido a partir de la intersubjetividad de las conciencias de las que habla Marina (2010); cada uno resultado, a su vez, de su propia historia. Resulta vital comprender la trascendencia de ese encuentro al que cada cual asiste con todo lo que es y todo lo que no en un momento y un lugar dados:

Both for the patient and the health care professional, entering into a patient's room or nearing his bedside always creates a moment of uncertainty. For the patient this uncertainty is determined by such concerns as who the care giver is, what she is going to do and for how long, or if good or bad news will be shared. For the health care professional, it also means a step accompanied by questions such as who will he or she encounter, and under what conditions, and how this patient will respond to the information or treatment given (Devisch and Wynn, 2010: 18).

Hay que asumir, también, que ese acto relacional, no es un encuentro entre iguales. Y no lo es, no puede serlo, por dos razones: uno de los actores llega desde la necesidad, impelido por las limitaciones que la enfermedad impone, el otro recibe, acoge. Según Zizek (2008):

En este caso Lévinas tenía razón al subrayar el carácter asimétrico de la intersubjetividad: en mi encuentro con otro sujeto no hay nunca una reciprocidad equilibrada. La aparición de la *égalité* está siempre sostenida en el discurso por un eje asimétrico de amo frente a esclavo, del portador de un conocimiento universal contra su objeto, de un pervertido frente a un histérico, etc. (página 80).

Es de lo que Foucault (1979) habla cuando afirma que no hay relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber (el que poseen los que habitan el ámbito hospitalario). Pero es que, además, tampoco puede ser un encuentro entre iguales por el contexto donde ese encuentro tiene lugar. Es por eso que la una que recibe –la enfermera– tiene el deber moral al que le obliga su profesión para con el otro –el paciente– que llega: un individuo que recalca en un entorno hostil pero, por encima de todo, un ser único al que tratar respetando esa subjetividad que lo reconoce y diferencia de los otros:

La relación enfermera-paciente se caracteriza por comportamientos que incluyen percepciones, sentimientos, pensamientos y actitudes. Cada participante de la relación percibe y responde a la humanidad del otro, no a la enfermedad, a un número de cuarto o a un procedimiento determinado; la enfermera es percibida y responde a su “humanidad” como es ella (Orlando citado en Mejía, 2008: 233).

Dicho según Buber (1970) ese intento por comprender al otro y sus circunstancias solo puede ser ejercido en un formato de relación yo-tú, opuesto al yo-ello (citado en Davis, 2009: 4). Sin embargo es cierto que es a partir de esa relación disimétrica cuando se abren vías a la instrumentalización de la relación paciente-enfermera (Feito, 2007). Será el sentido de nuestro compromiso para con el paciente el que sostenga la base de la responsabilidad que ha de guiar

nuestros actos. La responsabilidad que ese encuentro con el otro tiene para nosotros: “El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar” (...) (Romero-Massa, Contreras-Méndez, Pérez-Pájaro, Moncada, Jiménez-Zamora, 2013: 61). Resulta imprescindible recuperar la conciencia de que cada día, en el fragor del trabajo diario, nos transformamos en usurpadores del espacio y el tiempo de una persona, que osamos sustituir su entorno, desplazar a su familia, cambiar sus costumbres, vulnerar sus hábitos: “What the nurse is really struggling with, however, is not the problem of a horrible smell, but the plight of the patient – a person – who is suffering from embarrassment and distress.” (Tierney, 2008: 139). No puede dejarnos indiferentes la abrumadora responsabilidad que tal tarea implica. Por diferentes circunstancias, y entre otras razones, la falta de responsabilidad ha sido uno de los factores que ha contribuido al giro que nuestro sistema ha sufrido y, por qué no decirlo, al que hemos contribuido activa y pasivamente:

Las pruebas científicas relativas a las buenas prácticas demuestran que las enfermeras tienden a huir de la responsabilidad del cuidado del paciente (...) En general, las enfermeras no actúan como motor de cambio porque...o no quieren asumir responsabilidades o, simplemente, porque están bien como están (Gálvez, 2003: 6 y 8).

Estamos convencidos de que dinámicas como esta han acabado por ubicar al paciente – sentido último y primero de nuestra profesión- en el lugar que menos nos incomoda: allí donde no opina, donde no exige, donde acata: “Traditionally, patients have been placed in the role of passive recipients of care delivered by healthcare experts who know what is best for the patient” (Kvale and Bondevik (2008: 582). De alguna manera, hemos ayudado a cimentar un sistema en el que se promueve la pasividad y la obediencia perpetuando un modelo que se supone contrario a lo que nos enseñaron, un modelo que sucumbe a la inercia de subsistir paralelo al cuidado centrado en el individuo a pesar de que muchos estudios indican que los clientes (usuarios, pacientes) valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación efectiva, el afecto, y la atención que se les entrega en los centros hospitalarios (Ceballos, 2010). Sin embargo, algo ocurrió con el devenir de los años y la evolución de nuestra profesión: “However, whilst respect and dignity have been given political priority there have also been a number of recent patient surveys and/or audits reporting the lack of privacy, dignity and respect within health and social care settings” (Ombudsman report 2011; Care Quality Commission, 2009 en Chadwick, 2012: 187). Algo que provocó la necesidad de

revisar el concepto de cuidado para redefinirlo: cuidados centrados en el paciente, cuidados humanizados.... Cada una de las acepciones intentando responder a similares inquietudes: ¿Dónde quedaron los cuidados de enfermería de los que somos únicos garantes?, ¿qué caracteriza entonces nuestra profesión?, ¿en qué nos hemos convertido? Muchos son los artículos y estudios que han indagado sobre este tema en particular. Nosotros intentaremos estudiar algunos aspectos del cuidado humanizado<sup>5</sup> intentando averiguar si se llevan a cabo y cómo en la praxis diaria.

Para la elección de los parámetros que decidimos investigar, entre los muchos que pueblan la bibliografía -“Verificou-se a importância da escuta, da observação e do respeito à subjetividade do cliente como pontos fundamentais que expressam a Humanização no cuidado”- (Chernicharo, Da Silva y Ferreira, 2011: 691) y que sirven para describir los cuidados humanizados, nosotros nos hemos decantado por algunos de ellos convencidos de que son elementos indispensables del cuidado humanizado; es decir, creemos firmemente que sin la presencia de los mismos no se puede hablar de humanización en los cuidados. Somos conscientes en este punto de la variedad inmensa de conceptos que definen y explican el cuidado humanizado y sabemos, también, que pueden ser divididos y categorizados de muy diferentes maneras. Por otro lado, no podemos obviar que su capacidad para ser medidos es tan amplia como el número de instrumentos existentes para su valoración. Así, por ejemplo, en un estudio sobre el cuidado humanizado realizado en un hospital de Colombia (Rivera y Triana, 2007) en el que se trabajó mediante cuestionarios dados a los pacientes, la categoría Dar apoyo emocional incluía conceptos como: dar tranquilidad, dar un cuidado amoroso y delicado y atención fundamentada en el apoyo emocional. La validez de cada uno de los términos empleados en este trabajo no impide que, para el nuestro, fueran conceptos complejos de tratar en un diseño como el que pretendíamos basado principalmente en la observación, para el cual necesitábamos transformar los elementos del cuidado humanizado en variables cuantificables. También resulta importante precisar que la decisión de dividir dichos parámetros en categorías responde más a una cuestión práctica –estratégica- que a la realidad (a lo largo de nuestra investigación insistiremos en este hecho pues entendemos la perplejidad que puede generar la estratificación de algunos conceptos) pues resulta innegable afirmar, por

---

<sup>5</sup> Aunque nos resulte redundante, haremos referencia a los cuidados con este concepto para distinguirlo de los cuidados generales que incluyen la parte más “instrumental”.

ejemplo, que una fluida línea de comunicación con el paciente incide directamente en su capacidad para expresar sus sentimientos, y que esta capacidad influye de manera decisiva en su percepción de sentirse escuchado, entendido: afecta a su dignidad. En definitiva, hemos intentado diseccionar conceptos de naturaleza indivisible, elementos que conforman un todo común que influye y es influido y, por lo tanto, no puede ser imaginado fuera de este proyecto. Como ejemplo: en un intento por estudiar los cuidados, así llamados, emocionales, brindados a los pacientes, (Bustamante y Ferreyra, 2011) algunas de las acciones de enfermería observadas fueron: actitud de escucha, contención emocional –concebida como actitud de presencia física con voluntad de escuchar y explicar-, contacto corporal, espacio-distancia, contacto visual, acompañar, empatía, etc.

Nuestra tesis intentará indagar si la praxis diaria de las enfermeras es una praxis humanizada o no, para lo cual intentaremos descubrir la existencia de alguna de las categorías en las que hemos decidido dividir el campo de estudio:

- Dignidad:
  1. Privacidad
  2. Respeto
  3. Estilo informativo
- Comunicación:
  1. Se detiene a hablar
  2. Escucha con atención
  3. Mira a los ojos
  4. Usa el humor
  5. Usa el contacto físico
- Disponibilidad:
  1. Intenta estar siempre que puede
  2. Responde rápido a las llamadas
  3. Invita a llamar cuando sea necesario
- Entorno:
  1. Entorno físico
  2. Entorno familiar

- Reflexión:
  1. Reflexión sobre la acción

El desarrollo de estas categorías en subgrupos y su justificación en las mismas se irá desarrollando a lo largo del texto.

### 2.4.1 La dignidad en los cuidados de enfermería

---

Es el de la dignidad un concepto extremadamente vasto y complejo, definible y explicable desde múltiples perspectivas que abarcan desde la Filosofía y la Psicología hasta el Derecho, la Sociología, la religión o la Ética.

Critiques of dignity raise several issues. First, that the meaning of dignity remains so unclear, and its use so expansive, as to render it little more than an imprecise and cliché'd rhetorical device (Becker, 2001; Birnbacher, 1996; Hailer & Ritschl, 1996; Moody, 1998; Witte, 2003). Second, that it is essentially subjective—an emotional or aesthetic or religious notion—and thus not an idea that can be applied with any rigor (Becker, 2001; Beyleveld & Brownsword, 2001; Johnson, 1998; Moody, 1998; Pullman, 1996). Third, that the concept itself is internally contradictory (Pullman, 2001; Spiegelberg, 1970). For example, dignity is described as inalienable, yet also as something that can be lost or destroyed (Jacobson, 2007: 294).

Por no ser motivo de nuestro estudio, solo nos centraremos en la dignidad desde el ámbito de la salud, con la perspectiva del paciente ingresado en un centro hospitalario:

Nuestras pertenencias son una extensión de nuestra personalidad; cuando se nos priva de ellas disminuye subjetivamente nuestro valor como seres humanos. Es raro el adulto cuya percepción de sí mismo no se siente vulnerada por la desnudez de su cuerpo, o cuya identidad no se siente amenazada cuando tiene que vestir ropas ajenas. Ser expulsado forzosamente del hogar y del barrio es ser despojado de una envoltura que, por su familiaridad, nos protege de las perplejidades del mundo exterior (Tuan, 2007: 138).

El paralelismo entre el texto del geógrafo Yi-Fu Tuan y la implicación que tiene el ingreso de un paciente en un centro hospitalario resulta extraordinariamente interesante por la manera en que se muestra al ser humano despojado de las pertenencias que lo hacen ser, y lo hacen, precisamente, por ser custodios de sus recuerdos (Levi, 1987). Separado de los suyos, identificado, como el resto de los pacientes, como un número de habitación más, solo, es posible entender lo fácil que resulta vulnerar la dignidad de esa persona:

They have no other choice than trying to adjust to and accept the situation which can result in feelings of exposure and vulnerability to avoid being threatened by, and overcome by feelings of powerlessness it is of importance that patients have enough internal strength to maintain their personal identity (Lundgren & Berg, 2011: 238).

Esta experiencia resulta más patente en los sectores más vulnerables de la población, ancianos y niños, especialmente por el significado que, para ellos, tiene la inmersión en un sistema tal y como está concebido el nuestro: un sistema que prima la aplicación mecánica y objetiva de rutinas y protocolos frente a la subjetiva individualidad que caracteriza al ser humano y sus necesidades emocionales. La preservación de la dignidad desde el punto de vista del enfermo ingresado en un centro hospitalario resulta un aspecto primordial del trabajo enfermero:

The concept of dignity is identified throughout the plethora of nursing literature and is acknowledged as being a core aspect of nursing care (Haddock, 1996; Fenton and Mitchell, 2002). Jacobs (2001) concurs with this and suggests that the central phenomenon of nursing is the respect of human dignity (Griffin-Heslin, 2005: 252).

Como elemento central del cuidado, la dignidad engloba multitud de conceptos: “Walsh and Kowanko (2002) identified both nurses and patients highlighted attributes that were congruous with the maintenance of dignity. Dignity was found to be elements of respect, privacy, control, advocacy, humour and matter of factness” (Griffin-Heslin, 2005: 252).

Tal y como anunciamos en la introducción, nos hemos decidido por alguno de los conceptos que más se repiten y que –también lo mencionamos– más fácilmente medibles pudieran resultar. A este respecto nos gustaría citar aquí la taxonomía de las violaciones de la dignidad propuesta por Mann y citado por Gallagher en Vecillas (2008). Con el fin de enriquecerla, la iremos combinando con las percepciones que Walsh y Kowanko (2002) recogieron sobre el concepto dignidad entre pacientes y enfermeras:

A. *No ser visto.*

- [Mann] Ocurre cuando una persona se siente que no le han reconocido ni se han reconocido suficientemente. Este autor cita situaciones en las que no hacen caso, no se le habla a la gente, con un contacto visual excesivo o evitado.
- [Walsh and Kowanko]:
  - ✓ Paciente: “Part of being seen as a person was the recognition of the patient as a living thinking and experiencing human being (...)”
  - ✓ Enfermera: “The patient as a person”

*B. Ser visto, pero solamente como miembro de un grupo.*

- [Mann] Se ignora al individuo y solo se le reconoce la pertenencia a un grupo o raza.
- [Walsh and Kowanko]:
  - ✓ Enfermera: “(...) Treating a person with due regard to their personhood; that is, the nature of the person, their feelings, their individuality and their wishes.”

*C. Violaciones del espacio personal.*

- [Mann] Para evitarlas se hace necesaria la obtención de permiso para determinadas pruebas o exploraciones, o intromisiones en la esfera íntima.
- [Walsh and Kowanko]:
  - ✓ Paciente: “Being exposed”
  - ✓ Enfermera: “Private space”

*D. Humillación.*

- [Mann] Este tipo de violación de la dignidad se relaciona con las críticas y separación del grupo, y la acentuación de la singularidad personal (exageración de “defectos” por ejemplo).

Teniendo siempre presente lo dicho respecto a las razones que guiaron la estructura de los parámetros elegidos decidimos analizar la presencia en los cuidados diarios de los siguientes elementos del parámetro dignidad:

- Privacidad: que analizamos desde una doble vertiente: por un lado la preocupación por preservar la intimidad física del paciente en cualquier procedimiento al que vaya a ser sometido: “What is important to nurses, ultimately, is protecting the patient and his or her privacy”. (Hudacek, 2007: 129). Por otro lado, la preocupación por facilitar entornos que permitan una comunicación con aquel y que ayuden a mantener la confidencialidad necesaria para que esto ocurra: “todos los profesionales opinan que se solicita y recibe información en presencia de terceras personas que intimida la respuesta incluso pueden llegar a falsearla” (Soldevilla-Cantueso, 2008:54). Y también, “La información se da en las habitaciones, enterándose todo el mundo... ante el enfermo de al lado” (Íbid.). Torralba (1998) lo explicita cuando afirma que la

dignidad personal del paciente es fundamental y ello implica una praxis donde el respeto a su intimidad, la atención a su vulnerabilidad y la protección de su libertad es básica.

- Respeto: valoraremos si en la atención al paciente a este se le llama por su nombre y si la enfermera que lo atiende va bien identificada. Como afirman Paterson y Zderad (1979) reconocer a los pacientes por su nombre y presentarse a su vez, apoya la internalización de la identidad personal, la dignidad y la valía. Una vez más nos encontramos con una situación de encuentros en los cuales la enfermera, al estar identificada, permite saber al paciente con quién trata. Al hacer uso de un gesto tan simple y tan cargado de significado a su vez (a pesar de su aparente banalidad) la enfermera recuerda al paciente qué persona se está haciendo cargo de él o ella, lo reconoce como ente individual y único (Ariza, 2012) y le brinda una seguridad que resulta imprescindible por la influencia que esta tiene en la confianza que el paciente deposite en las profesionales y, por ende, en la propia institución: “El respeto (...) en especial es el sentimiento adecuado a la dignidad humana” (Marina, 2006: 247)
- El estilo informativo: “Patients’ active participation in their own care is known to increase motivation, improve their own condition, give better treatment results and create greater satisfaction with received care” (Williams, Friedman & Deci, 1998; Sainio, Lauri & Eriksson, 2001, en Sahlsten, Larsson, Sjöström, Plos, 2009: 490). Para nuestro trabajo valoraremos no solo si se informa al paciente antes de cada procedimiento sino también si se le anima a preguntar cualquier duda que tenga al respecto: “Asking permission to perform examinations and providing information were further ways in which dignity was maintained and respect displayed, as older people were involved in decisions.” (Woolhead *et al.*, 2006: 368). Además, valoraremos, y esto nos parece de vital importancia así como una asignatura pendiente en nuestra cultura sanitaria –aún marcadamente paternalista-, si la enfermera invita al paciente a opinar, a decidir: si se tiene en cuenta su opinión en la gestión de sus cuidados: “(...) En el ámbito sanitario, la autoridad final deba residir siempre en el paciente o, si éste es incompetente, en su representante (...)” (Delgado, 2012: 36). Entendemos que, de seguir manteniendo al paciente en el eterno rol de

usuario-pasivo, seguiremos estando lejos de alcanzar un cuidado suficientemente humanizado: “Decisional control refers to the individual’s expectations of having the power to participate in making decisions and obtaining adequate information” (Beaver et al. 2007, citado en Suponen *et al*, 2011: 1896). Las respuestas claras y concisas a sus preguntas, es decir, aquellas que el paciente interprete sin dejar lugar a las dudas, serán el tercer elemento que conforme este aspecto del cuidado humanizado.

## 2.4.2 El estilo comunicativo

---

(...) “deseaba que alguien de la institución, sin importar quien fuera me dedicara atención, me aconsejara o me dijera una palabra cariñosa”, “la enfermera debe preocuparse por el saludo, tocarle a uno el hombro y mirarlo a la cara, eso demuestra interés por la persona” (Daza, Torres y Prieto, 2005: 20).

El cuidado en cualquiera de sus acepciones es, básicamente, un acto comunicativo, y es “Esta comunicación la que sirve como un vínculo entre el cliente y el enfermero, un elemento indispensable en la calidad de las relaciones, en la identificación del proceso salud-enfermedad y en la realización del cuidado, puesto que determina una práctica humanizada” (Oliveira et al, 2006: 2). Se trata de un encuentro entre dos seres humanos que tiene lugar en unas circunstancias muy especiales por cuanto que uno de ellos, el paciente, es un ser expuesto y vulnerable en medio de la organización de las instituciones sanitarias, unas estructuras que sumen al paciente en un proceso alienante y despersonalizador como es el de la rutina hospitalaria. Para paliar los efectos de este encuentro no natural, forzado, la enfermera ha de contribuir principalmente desde la escucha, y ha de ser así porque es ella quien recibe, la profesional quien, consciente de esta circunstancia, identifica y reconoce las necesidades del paciente: “According to Watson (1999), caring is a personal response, an extra effort, sharing an experience across time, sharing sorrow and pain and giving time and ‘talking time’” (citado en Rudolfsson, Von Post & Ericsson, 2007: 906). Como recoge Todorov (1995), la existencia no está amenazada por el aislamiento sino por ciertas formas de comunicación, empobrecedoras y alienantes. Con este acto, fundamental pues marcará la pauta de la futura relación que allí se establezca, se da también el consiguiente elemento de individualización en el que se reconoce a ese ser en particular que vive su experiencia desde su más absoluta y legítima subjetividad: (...) “the model of care is to meet patients where they are and respect their opinions, feelings and understandings.” (Wu & Volker, 2012: 476).

En esta investigación, estudiaremos la calidad del encuentro, el estilo de comunicación que se utilice en este acto y más concretamente la aparición o no de determinados elementos fundamentales de la misma. Sa França *et al* (2013) hablan sobre la comunicación como un

acto que trasciende al lenguaje hablado y que contempla, también, el escuchar atento, la mirada y la postura. Para nuestro estudio valoraremos:

- Si la enfermera se detiene para hablar: detenerse, atender, es, sobre todo, un acto de respeto hacia el otro. Prestar atención ayuda a ganarse la confianza del paciente (solo de esta manera podrá acceder a los aspectos más íntimos del paciente que más le preocupan a éste). “Una mirada que escucha y una mirada que habla: la experiencia clínica representa un momento de equilibrio entre la palabra y el espectáculo” (Foucault, 1966: 158). Estamos interesados en valorar no solo si la enfermera se preocupa por aprovechar los momentos que la rutina diaria le brindan para interactuar con el paciente y comunicarse con él sino, también, si existe interés en “provocar” estos momentos. Sánchez (2007) habla de la importancia que, como instrumento para guiar nuestros cuidados, supone la forma en que los pacientes construyen su proceso. Es importante resaltar que, preservando el uso de estas herramientas, toda comunicación es válida; como dice Domínguez-Alcón (1986) las acciones de contacto con el paciente van desde una conversación banal hasta preguntarle por su estado.
- Si escucha con atención: Evans (2001) habla de la existencia de una tercera técnica lingüística de la emoción que es la del desahogo. Según este autor, desahogarse significa hablar sobre emociones desagradables. Se trata de usar el lenguaje con el propósito explícito de desembarazarse de las emociones desagradables. Solo nos es posible entender la posibilidad de este acto desde la confianza ganada a partir de una escucha que demuestre interés.

En medio del derrumbamiento físico generalizado en que se resume la vejez, la voz y la mirada aportan el testimonio dolorosamente irrecusable de la persistencia del carácter, las aspiraciones, los deseos, de todo lo que constituye una personalidad humana ((Houllebecq, 2011: 202)

- Si mira a los ojos. Es comunicar al otro: estoy aquí contigo y en este momento no hay nada que me importe más que esto (una lectura empática de esta aparente obviedad nos dará una idea bastante aproximada de como la mirada atenta es la inclusión definitiva del otro en nuestro campo de intereses, aún de forma temporal). Hablando

de Hall y su análisis antropológico Pitchinis (1965) nos recuerda la tremenda importancia que en el acto comunicativo tiene el mantenimiento o no de la mirada hasta el punto de afirmar que el no mantenimiento de la misma equivale a la exclusión del otro del proceso comunicativo.

- Si usa el humor: Con el debido respeto y en las dosis adecuadas, el sentido del humor es una de las herramientas más eficaces para tumbar barreras, para acercar posturas y facilitar el entendimiento: “Savage (1995, reports that humour between staff and patients is used as “a way of building or even accelerating the development of relationships towards intimacy or ‘closeness’” (Dowling, 2008: 324). Sin embargo, ha de ser usado con prudencia pues la banalización por parte del personal de algunos hechos puede provocar el efecto contrario. Victor Frankl (1979) hablaba del humor como de una herramienta con la capacidad de proporcionar el distanciamiento necesario para sobreponerse, aunque fuera por breve tiempo, a cualquier situación.
- Si usa el contacto físico: Siendo como es el contacto físico un elemento de la comunicación tan dependiente de la cultura lo entendemos fundamental en el desarrollo diario de nuestra labor. Es, al igual que el humor, una herramienta que no puede ser usada de forma indiscriminada: es dependiente de cada paciente y sus costumbres y, por lo tanto, su uso será evaluado por la enfermera adecuadamente. Sin embargo, cuando se produce satisfactoriamente, se traduce en esencial pues la caricia, expresión máxima de la ternura, es un tipo de contacto donde se pone de relieve la proximidad ética y el respeto hacia el otro (Torralba, 1998). Como afirma Ferreira (2006) al tocar durante el cuidado también estamos transmitiendo un mensaje que será recogido e interpretado por el paciente según su propia escala de valores.

En definitiva, trataremos de averiguar si el acto comunicativo que es, también, el acto de cuidar, va más allá de la contemplación del otro juzgándolo por su funcionamiento (Savater, 1999), e intenta abarcar la otra esfera, la interior, donde el otro es él mismo con sus decisiones y albedrío. Buscaremos la existencia de un intento por indagar acerca de esos sentimientos que, en el proceso comunicativo, todos, sin excepción, mostramos a nuestro interlocutor tanto con lo que expresamos a través de la palabra como lo (mucho) que decimos a través del

lenguaje no verbal (Rodríguez, 2003). Hoper (1984) nos da pautas para una escucha más efectiva (en Pagano y Ragan, 1992: 45):

- *Prepare for the listening event.* Give the other person your full attention, no matter how hurried your day is. Try to make the other person comfortable by not appearing distracted...”
- *Stay on track.* The key here is to resist distractions by not letting your mind stray to all that you have to do...
- *Listen for central ideas.*
- *Avoid gut-feeling traps.* Don't let what a person says or how he or she says it confirm your prejudices and biases.
- *Overcome defensiveness...* means that you believe the other person is attacking you and that you must defend yourself...this leads to ineffective listening”

### 2.4.3 Disponibilidad

---

Cuando una persona ingresa en un centro hospitalario, se transforma en un elemento de puente entre dos mundos hasta entonces distantes y desconocidos: el mundo exterior, representado por su familia y amigos, por su entorno, y el interior, que es el del centro hospitalario y su naturaleza. Ante sus ojos verá desfilar un sinfín de categorías profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza...etc.) mientras es sometido a una serie de pruebas sin que apenas pueda ejercer influencia alguna sobre esta avalancha de acontecimientos y sus ritmos. Y todo esto sin apenas tiempo a pensar lo que sucede ni por qué y, mucho menos, sin saber si esa que se le brinda es la mejor de las opciones: “(...) Y, en medio de todo el proceso, la persona se pierde, se diluye, se compartimenta” (Román, 2012: 2).

En nuestro trabajo intentaremos averiguar

- Si la enfermera intenta estar cerca siempre que puede: podemos suponer que desde el primer instante el paciente siente que comienzan a asaltarlo las dudas, los temores, la soledad...La presencia de una cara amiga, de una profesional que ayude a la calma, que satisfaga las inquietudes, que acompañe, deviene fundamental: “Parte de la tarea de enfermería es (...) intentar entrar en el mundo subjetivo del paciente para ver las cosas como él. Sólo de este modo puede la enfermera hacer una valoración exacta de las necesidades del individuo (...) (Ibarra y Siles, 2006: 134). Y esto no puede lograrse desde la distancia. Esta circunstancia resulta especialmente dramática en los ancianos:

La condición física de la falta de reconocimiento es la soledad; si los otros están ausentes no podemos, por definición, captar su mirada. Pero lo que es probablemente todavía más doloroso que la soledad física, la cual puede ser amenizada de diversas maneras, es vivir en medio de los otros sin recibir de ellos ningún signo (Todorov, 1995: 91).

- Si responde rápido a las llamadas: es vital entender la necesidad del paciente de que pueda existir un nexo entre esos dos mundos distantes; que sienta que la enfermera lo atenderá hasta la siguiente visita cuando pueda estar rodeado de los suyos; que sepa

que, hasta que ese momento llegue, no estará solo, que alguien velará por él, que alguien atenderá, presto, su llamada. Para que esto tenga lugar, la enfermera deberá mostrar una indudable predisposición a la presencia: estar presentes para cuidar o estar ausentes (Beltrán-Slazar, 2011)

Por las noches y durante las primeras horas de la tarde, el trajín disminuía y el personal aprovechaba, cuando entraban a atenderme, para hablar conmigo un rato. Apreciaba mucho esa compañía porque me liberaba de la soledad y del yugo televisivo. Hablar fue siempre mi mejor terapia (Allué, 1996: 80).

En el ejemplo que nos ocupa observamos la tendencia del personal a hacerse presente al menos en los turnos de noche –“La importancia del cuidado reside, más que en la competencia técnica, en la presencia constante” (De la Cuesta, 2007)-; de alguna manera, se trata de un personal que tiene incorporada una cultura de trabajo en la que la intención de estar, de aparecer por el mero hecho de acompañar, de escuchar, lleva implícita la voluntad de hacerlo, la convicción profunda del bien ineludible que proporciona dicha presencia a la paciente:

La voluntad no es sino la concentración en orden a alcanzar un objetivo en el que estamos positivamente implicados, incluyendo la selección de los medios para conseguirlo...la voluntad plantea el objetivo como dependiente de nosotros mismos. (Heller, 1982: 43).

- Si invita al paciente a llamarla siempre que lo necesite: hablamos pues de la responsabilidad que tenemos de acudir al encuentro del otro, de estar: (...) ”Heródoto sabe que para conocer a los Otros hay que ponerse en camino, ir a buscarlos, llegar hasta ellos” (...) (Kapusinski, 2006: 37).

#### 2.4.4 El entorno

---

Nuestra preocupación por el parámetro entorno vinculado a la humanización estaba íntimamente relacionado con la preocupación, por parte del personal de enfermería, por aquellos elementos del ambiente que influyen decisivamente en el paciente pudiendo tener gran relevancia en su vivencia de la hospitalización; pero no solo eso. En nuestro estudio nos preocuparemos del entorno desde una doble perspectiva:

- Por un lado, lo que denominamos Entorno Físico. Intentaremos averiguar qué compromiso tiene la enfermera con la presencia de un entorno adecuado que fomente el bienestar del paciente. Estaremos atentos a todos aquellos factores que contribuyan negativamente al cuidado de la salud: temperatura, ruido, desorden, limpieza...Tomey y Alligood (1999) comentan que, aunque Nightingale nunca mencionó el término entorno, sí que habló, sin embargo, de la preocupación por la existencia de factores ambientales decisivos en la buena evolución del paciente. En sus escritos definió y describió en detalle los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido. En este sentido, los resultados obtenidos en una Unidad de Cuidados Intensivos respecto a determinados parámetros del ambiente –confort- hablaban de la necesidad de mejorar aspectos como: ruido, iluminación e intimidad del paciente (Gallardo, Najarro, Dulce, Pérez y Fernández, 2010). Sin ir más lejos, el ruido –factor de estrés donde los haya- ha sido medido en un estudio realizado en el año 2012 en un hospital norteamericano para averiguar la cantidad y calidad del sueño de los pacientes y los resultados arrojaron algunos datos significativos: por una lado, los pacientes dormían una media de 70 minutos menos que en casa, por otro, “se detectó que la principal fuente de sonido eran las conversaciones del propio personal (65%)” (Wallis, L, 2012: 17).
- En otro orden de cosas, lo que definimos como Entorno Familiar, en el que nos preocuparemos por averiguar el rol que juega la enfermera con las personas que sean relevantes para el paciente (familia o no): “Cada enfermedad es única, cada familia las afronta de distintas maneras y, en ocasiones, la salud y enfermedad tienen significado distinto a las del profesional de salud lo que dificulta el ayudarlos en el

proceso por el cual están pasando” (Palencia y Castellanos, 2008: 3). En nuestra experiencia hemos observado como las horas de visita (cada vez más flexibles) han servido de excusa para que las enfermeras se parapeten tras los controles “huyendo” de las habitaciones: “(...) el personal de enfermería concibe a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación” (Yanez, Santana, Hernández y Molina, 2011: 63). Y se trata de un problema, como otros que hemos visto, que afecta a otros entornos: “Many hospitals have relaxed visitation policies (...) Changes such as this welcome the family presence but fall short of forging meaningful and effective partnerships with them” (Frampton & Wall, 2012: 11). Entendemos la necesidad de los pacientes de disfrutar durante un rato, en intimidad, de la presencia de sus seres queridos pero entendemos, también, que la familia tiene dudas, sufre por lo que será. El papel de la enfermera es fundamental para atender las necesidades de las familias, -“The findings indicate the complex nature of caring for families” (...) (Stayt, 2007: 629)- últimos garantes de la salud del paciente: “Las personas que han sufrido un trauma reconocieron que la experiencia fue una oportunidad para sentir el afecto y el acompañamiento de familiares, amigos o del personal de salud”. (Quintero y Gómez, 2010: 15). Pero hay también un aspecto que nos resulta interesante y que combina la preocupación por los dos aspectos citados en este apartado: el entorno ambiental y el humano. Las horas de visitas han aumentado considerablemente en los últimos años – hecho éste que compartimos sin fisuras-, aunque siguen concentrando en los turnos de tarde al mayor número de visitantes. Esta circunstancia, que responde a la lógica organización del tiempo para la mayor parte de las personas, conlleva, sin embargo, un fenómeno muy extendido en la mayor parte de los centros como es el del acúmulo de visitantes en esos tramos horarios. Aunque en nuestro centro el horario de visitas lleva implícito una restricción del número de visitantes por paciente, vemos que esta premisa dista mucho de ser cumplida por los familiares y amigos de las personas ingresadas; y dista mucho, también, de ser recordado por el personal de enfermería de las plantas. Aunque podemos entender el significado social de este tipo de encuentros, lo cierto es que la realidad nos muestra que en aquellas habitaciones colapsadas por los visitantes se vulneran ambos preceptos: ambiente cargado, ruido, falta de intimidad (especialmente del otro paciente), etc. Es por eso que, entendiendo

la necesidad de estar presentes, también, con las familias –“Una de las principales necesidades de los familiares, en general, es recibir una adecuada información“(Pérez Fernández et al, 2010: 15)- valoraremos si la enfermera preserva el derecho al confort y la intimidad de todos los pacientes durante las horas de visitas.

## 2.4.5 La reflexión sobre la práctica: recuperando la experiencia

---

Resulta extraño imaginar la aplicación de una serie de cuidados sin la presencia de dos elementos fundamentales: la observación, que nos permitirá evaluar la situación a la cual nos enfrentamos desde una perspectiva global, holística y la reflexión que facilitará la evaluación de los resultados observados al aplicar la estrategia decidida desde una perspectiva crítica:

El proceso de cuidados requiere aprender a religar, es decir a relacionar diferentes aspectos de una situación para descodificar el sentido, es decir el significado que oriente al discernimiento de los cuidados a proporcionar y sirve de base para la estimación de sus efectos (Colliere, 1999: 31).

Entendemos que la presencia de este parámetro estaba plenamente justificada pues no puede haber una correcta práctica si no hay reflexión sobre la misma. Llamaremos a esta categoría Reflexión sobre la acción. En nuestro acompañamiento al personal en su labor diaria, nos preocuparemos por indagar la inquietud que pudiera existir sobre la práctica que realizan recogiendo cualquier observación que pudiera hacerse al respecto (desde aspectos organizativos, cambios de turno, horarios, etc.); nos interesa estudiar acerca de la importancia que la propia enfermería da a este elemento del trabajo diario: Riera y Sanjuán (2009) afirman que en muchas ocasiones en el ámbito práctico, se conjugan tradiciones, prácticas y limitados lenguajes disciplinares que dificultan los procesos de reflexión continua de la acción y reflexión en la acción, lo que sugiere una práctica profesional predominantemente rutinaria sobre la acción reflexiva. Y es que se entiende que cuidamos y pensamos en nuestra praxis desde una óptica que permita entender el fenómeno de la interacción entre enfermera y paciente; se nos supone cuidadores que repensamos nuestras decisiones dando cabida a la posibilidad de aplicarlas de manera distinta. Actuamos y pensamos: ¿actuamos a la vez que pensamos? El cuidado de enfermería en el entorno hospitalario es un acto vivo, cambiante por la realidad inherente a cada paciente y cambiante, también, en la medida que nuestros pensamientos sobre el mismo se modulan con los años de experiencia profesional: “Si no se procesa una reflexión sobre la conducta, entonces no se llegará a conseguir un pensamiento y una conducta experta” (Berliner, en Marcelo, 2009: 51). Sin duda, nos hallamos ante un proceso –el pensamiento crítico sobre la acción- que deviene incómodo al estar inmerso en una cultura que premia la inacción de pensamiento. La reflexión en la práctica sobre la

práctica debe estar inserta en nuestro sistema de valores, incorporada, por lo tanto, a la cultura laboral de la institución. Pero no es así. Intentar –como así pretendemos- que nuestra labor diaria esté canalizada por la existencia de un filtro reflexivo, es asumir, también, estar en el medio de una serie de vectores que apuntan en direcciones opuestas: por un lado, la fuerza de conservación del propio sistema, y por otro la necesidad de transformación de las prácticas organizativas. Por lo tanto, sí que es importante el apoyo institucional para el cambio de paradigma: “Some consultants stated that because of the multiple tasks they perform in their day-to-day clinical work, it was easy to forget patients and exclude them from conversations”. (Woolhead et al., 2006: 369) pero resulta igualmente relevante la aportación que, desde el trabajo cotidiano, se aporte a dicho cambio:

One of the challenges that makes humanizing health care difficult is the lack of financial resources for improving the physical and material structure of the services. However, such an improvement does not depend solely on physical and material structure, as it is essential to value experiences from day-to-day health care work, which have the power to transform and reinvent services and practices (Dalla y Roque, 2013: 1198).



## 3

## METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Había algo que, desde el principio, y a pesar de nuestra absoluta inexperiencia en este campo, presidía nuestra inquietud investigadora: la necesidad de que el resultado del estudio que lleváramos a cabo, sirviera, al menos, para generar reflexiones, para modificar hábitos; que fuera útil para intentar comprender la realidad estudiada, condición indispensable para su ulterior transformación: “Para nosotros, la investigación cualitativa abarca básicamente aquellos estudios que desarrollan los objetivos de comprensión de los fenómenos socioeducativos y transformación de la realidad” (Sandín, 2003:127) Por tanto, a los datos estadísticos que quisiéramos obtener, a los que no renunciábamos como elementos indicativos de tendencias, teníamos que unir las conclusiones y experiencias más sosegadas y reflexivas, más nítidamente subjetivas, propias de la investigación cualitativa: “Para hallar soluciones es necesario encontrar significados” (Watson en Acosta, Mendoza, Morales y Quiñones, 2013: 41). Efectivamente, tuvimos siempre clara la necesidad del uso combinado tanto de instrumentos propios de la investigación cualitativa como de la cuantitativa:

En mi opinión, ambos métodos pueden combinarse utilizándose de manera conjunta en un único estudio, ya que considero que sus diferentes perspectivas filosóficas son complementarias. Creo, como otros autores, que su uso dicótomo refleja una interpretación limitada del proceso de búsqueda científica y considero, en cambio, que es posible la utilización de ambas metodologías de manera consistente con sus propias premisas. Esta visión puede proporcionar a la investigación de enfermería resultados más completos, validados horizontalmente y complementarios, que conduzcan a una visión del mundo global y no fragmentada. Las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia científica deben solucionar problemas relacionados con el individuo, permitiendo predicciones generalizables. El entendimiento y la comprensión de un fenómeno pasa por el reconocimiento de las diferencias individuales y de la identificación de puntos comunes respecto u experiencias previas. Los estudios que guían la práctica profesional requieren la utilización simultánea de ambos métodos, el diseño interactivo (cualitativo) y el objetivo (cuantitativo) (Zabalegui, 2002:76).

La elección para nuestro trabajo de una orientación investigadora explícitamente cualitativa era cada vez más clara y necesaria para el enfoque que pretendíamos dar: “En la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería existe un predominio en el abordaje cuantitativo, dejando de lado las características subjetivas del cuidado”. (Ramírez y Parra, 2011: 100). Este razonamiento quedaba justificado por la doble vertiente que nuestro trabajo poseía. Por un lado, el contenido del propio estudio: queríamos indagar acerca de la presencia de una serie de elementos que demostraran preocupación por el cuidado humanizado en la práctica diaria de las enfermeras desde el propio mundo de las enfermeras, desde adentro, y, por otro, nuestro rol en el mismo, la aceptación de que éramos parte implicada en el ámbito a estudiar: diríamos más, consciente e inevitablemente implicada. Y es que entendíamos que el paradigma cualitativo resultaba fundamental para comprender la subjetividad inherente a los fenómenos de salud (Landeros, Morales y Martínez, 2010). Además, los métodos de recogida de datos que íbamos a utilizar, no hacían sino perseverar en nuestra idea de que era la investigación cualitativa la que mejor se aproximaba a nuestra idea del estudio: “La investigación cualitativa se orienta a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales” (Flick, 2004: 27). Hablamos, pues, de nuestro propósito irrenunciable a indagar desde el contexto donde acontecía lo que pretendíamos investigar:

Una característica fundamental de los estudios cualitativos es su atención al contexto; los acontecimientos y fenómenos no pueden ser comprendidos adecuadamente si son separados de aquellos...El investigador cualitativo focaliza su atención en ambientes naturales. Busca respuesta a sus cuestiones en el mundo real (Sandín, 2003: 125).

Esta visión impregnada de subjetividad nos encaminaba hacia una trayectoria investigadora que pudiera captar tantos matices, tantos recovecos:

(...) Cuando algunas investigadoras han intentado una aproximación teórica a la actividad enfermera, han constatado que es una realidad saturada por las comprensiones, interpretaciones, creencias, valores y expectativas de las personas que realizan en la práctica la acción de cuidar (Medina, 1999: 107).

Hemos de admitir que el desarrollo de un proyecto de investigación en el que íbamos a participar de una manera tan visible y el hecho de que éste fuera a tener lugar en un entorno

tan familiar provocaba en nosotros muchas dudas y alguna resistencia. Algunos factores contribuyeron a disipar estas dudas. Por un lado, la lectura de algunos textos en los que se afirma no solo la subjetividad de la investigación cualitativa sino que se acepta una influencia que afecta a las posiciones teóricas desde las que se investiga, a los valores, creencias, intereses, resultados, etc. ( Berenguera, Fernández, Pons, Pujol, Rodríguez y Saura, 2014). Por el otro lado, algunos encuentros preliminares fueron de extraordinaria utilidad para disipar nuestros temores: en una entrevista amistosa, no grabada –casi deberíamos hablar más de un encuentro informal, aunque sumamente productivo- a la que amablemente se brindó un profesor de la Facultad de Educación de la U. L. L., el 29 de marzo del año 2011, este afirmaba un par de ideas que respaldaban nuestro proyecto: por un lado, el hecho de que, en la investigación social, investigas lo obvio, quizás aquello con lo que convives a diario y comienzas a mirar de otra manera. Por otro lado, el hecho de que nuestra pertenencia al campo y nuestro conocimiento del mismo no solo no era visto como un problema sino que era de suma utilidad para “reivindicar nuestra subjetividad”:

En el actual clima histórico, un campo donde sea posible la medición cuantificable primará sobre cualquier otro donde dicha medición sea imposible. Creemos que las cosas que se pueden medir son reales, e ignoramos las que no sabemos cómo medir. Así, la gente se toma muy en serio la inteligencia, porque la capacidad mental a la que damos ese nombre puede ser medida con los tests; en cambio, pocos se preocupan de lo sensible, altruista o servicial que es alguien, porque hasta ahora no hay ninguna manera eficaz de medir tales cualidades (Czikszentmihalyi, 1998: 60).

Se trataba, pues, de revelar las hendiduras de las que habla Galván Mora (2008), de colarnos en ese ámbito de la realidad cotidiana poco visible (quizás por su abrumadora presencia) para intentar documentar lo no-documentado, para ser cronistas de realidades no descritas y, sobre todo, descubrir fenómenos propios, demasiado familiares y, por lo tanto, igualmente desconocidos (Rockwell, 2009). Estábamos convencidos de que era en esta familiaridad donde residía nuestro mayor hándicap: el de nuestras propias convicciones, el de nuestros juicios y prejuicios: “Una manera potencial de obtener conocimiento adicional es asumir y (al menos temporalmente) mantener la perspectiva de alguien de fuera: la actitud de dudar por principio de lo evidente socialmente” (Hitzler, citado en Flick, 2004: 73). Durante años, a través de testimonios directos: nuestra experiencia con familiares ingresados en el

centro, o indirectos: compañeras que nos contaban sus experiencias en este sentido, fuimos elaborando nuestro propio esquema del funcionamiento de las unidades de hospitalización (amén de una corta experiencia laboral muy alejada ya en el tiempo). Un esquema gestado sobre la “veracidad” de nuestras conclusiones apriorísticas. La necesidad de reencontrarnos con dichas convicciones fue una de las razones que nos impulsó a enfrentarnos a este estudio desde una óptica distinta. Para hacerlo, entendimos que resultaba primordial olvidar lo que sabíamos o creíamos saber, adoptar una actitud respetuosa y transformarnos en meros observadores de una realidad que pretendíamos conocer, que intentaríamos comprender y que aspirábamos a transformar. Pero, todo ello, sin olvidar la necesidad de preservar una visión global sobre el fenómeno a estudiar: desenterrar los significados ocultos pero sin dejar de tener esa capacidad holística de vivir el entorno de estudio:

Esta manera de comprender la investigación cualitativa indica que el investigador debe adoptar una actitud de lo que, en un contexto diferente, se ha denominado “atención flotante”. Según Freud (1958) esto nos permite evitar los problemas siguientes: “Pues en cuanto esforzamos voluntariamente la atención con una cierta intensidad comenzamos también, sin quererlo, a seleccionar el material que se nos ofrece: nos fijamos especialmente en un elemento determinado y eliminamos en cambio otro...y esto es precisamente lo que más debemos evitar. Si al realizar tal selección nos dejamos guiar por nuestras esperanzas, correremos el peligro de no descubrir jamás sino lo que ya sabemos (citado en Barbour, 2013: 56).

Al igual que al acudir al encuentro del paciente por primera vez, la actitud del investigador ha de ser humilde, observadora, atenta, respetuosa...Al pretender indagar en las entrañas del colectivo desde adentro tendríamos que abrirnos a ellos, estar dispuestos a dejarnos sorprender, a establecer relaciones de confianza con las personas con las que trabajáramos, único modo de acercarnos a los qué y los por qué que guiaban su praxis diaria.

Otro aspecto de relevancia para nuestro diseño de investigación –que suele estar vinculado no solo a la elección de los instrumentos para la obtención de datos sino, también, a la muestra- fue el de elegir entre una estrategia que permitiera cubrir un campo lo más amplio posible y otra que priorizase sobre la profundización. En este sentido, nuestro interés en descubrir la presencia de elementos del cuidado humanizado en la compleja realidad de las unidades de atención (Guarín y Castrillón, 2009) y la posibilidad de que la aparición de estos elementos pudiera variar según algunos factores nos invitaba a pensar más en términos de

amplitud que de profundidad; de ahí la división entre plantas del Área Médica y plantas del Área Quirúrgica (las dos grandes divisiones de la Medicina asistencial). Y eso a pesar de que, salvo pequeñas diferencias propias de las patologías de cada unidad, el trabajo de las enfermeras en las diferentes unidades de hospitalización es muy parecido: “Some of the nurses were very sure that they do not change how they care for patients depending on which ward they are on” (Rytterström, Cedersund & Arman, 2008: 694).

Es importante aclarar que este tipo de decisiones se fueron tomando a medida que avanzaba la investigación, no fueron tomadas desde el principio: “Es por ello que la mayoría de autores coinciden en identificar el proceso de investigación cualitativa como emergente, flexible y no lineal, enfatizando su carácter contextual y de adaptación a la realidad y avatares de la propia investigación” (Lincoln y Guba, citado en Sandín, 2003: 139).

## 3.1

### Problema y Objetivos de investigación

---

Las conversaciones mantenidas, la búsqueda bibliográfica, las diferentes consultas, el proceso de desarrollo de la idea inicial con todos sus pormenores nos guiaba hacia la sensación de apropiación del proyecto, hacia la convicción profunda de que el tema elegido nos interesaba cada vez más: “Las principales fuentes de problemas investigables: la experiencia personal y profesional”. (Strauss y Corbin, citado por Valles, 1997: 84). Con esta premisa pretendíamos un abordaje no observado en la literatura consultada –mediante el uso de observación, entrevistas y grupo de discusión- un asunto que cobraba especial relevancia en la actual coyuntura en la que crisis económica y envejecimiento de la población daban lugar a una combinación que prestigiaba, de algún modo, la conveniencia de nuestro trabajo:

Hay que preguntarse qué investigar y qué es exactamente lo que se pretende analizar, es decir, las razones que motivaron la elección del problema y la justificación de la elección, destacando su relevancia y ascendencia, y especificando cuáles son los objetivos generales y específicos de la investigación...no hay que olvidar que el problema debe representar alguna novedad, es decir, debe implicar algún enfoque o punto de vista nuevo que pueda significar un avance o desarrollo respecto a metas ya conseguidas...la fuente originaria de la idea puede ser muy dispar: puede ser fruto del azar: lectura de un libro; aunque también puede ser el resultado de una reflexión profunda del propio investigador (Perelló, 2009:82).

De esta manera, empezábamos a concretar el problema de investigación al que llegaríamos tras andar y desandar muchas opciones:

Pero Strauss y Corbin (1990) nos recuerdan que, en la práctica, la investigación precisa de un dinamismo propio: “...necesitamos una pregunta o preguntas de investigación que nos den flexibilidad y libertad para explorar un fenómeno en profundidad (...) la amplitud de la pregunta inicial va progresivamente estrechándose y focalizándose durante el proceso de investigación al ir descubriendo la relevancia o irrelevancia de los conceptos y sus relaciones (Valles, 1997:87).

El enunciado final del problema de investigación quedaría concretado de la siguiente manera:

¿APLICAN LAS ENFERMERAS DE NUESTRO CONTEXTO ASISTENCIAL HOSPITALARIO  
EN SU PRÁCTICA DIARIA LOS CUIDADOS HUMANIZADOS?

Y los objetivos de la investigación:

- IDENTIFICAR LA PRESENCIA, EN LA PRÁCTICA DIARIA, DE ELEMENTOS QUE MUESTREN UN CUIDADO HUMANIZADO TALES COMO: EL RESPETO POR LA DIGNIDAD DEL PACIENTE, LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN ENTRE ENFERMERA Y USUARIO, LA TENDENCIA A ESTAR CERCA DEL PACIENTE Y LA PREOCUPACIÓN POR EL ENTORNO DEL MISMO.
- COMPROBAR SI EXISTE REFLEXIÓN SOBRE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS EN LA PRÁCTICA DIARIA.
- AVERIGUAR SI SE FOMENTA UN MODELO DE CUIDADO EN EL QUE EL PACIENTE SEA EL PROTAGONISTA DE SU PROCESO

Antes de seguir con el siguiente capítulo presentaremos un esquema que compendia los instrumentos para la recogida de datos, las muestras y los procedimientos para la recogida de datos. Con este esquema general de la investigación intentamos facilitar la lectura y dar una visión global de la misma.



Figura 1: Esquema general

## 3.2

### La muestra

---

En las reuniones mantenidas con el director y la codirectora de nuestra tesis, decidimos, tras muchas opciones que dispersaban enormemente la muestra –la idea inicial pretendía indagar sobre los cuidados humanizados en unidades tan dispares como unidades de intensivos, unidades de paliativos o unidades pediátricas- ir concretando nuestra población de estudio: “Una de las decisiones clave en la investigación es la especificación y acotación de la población a analizar, operación que estará determinada por el problema y los objetivos de la investigación” (Perelló, 2009: 111). Finalmente, optamos por centrarnos en unidades de hospitalización que dividimos entre médicas y quirúrgicas – en concreto, dos unidades de cada “especialidad”- con el fin de buscar posibles diferencias en los resultados en base a sus diferentes orientaciones. Para ello, inicialmente, decidimos que las unidades “médicas” serían dos que, por las características de su especialidad, y, por lo tanto, del tipo de pacientes que tienen, fueran de nuestra conveniencia para el objetivo de estudio que perseguíamos:

La conveniencia de la estructura y el contenido de la muestra, y así la conveniencia de la estrategia elegida para obtener ambos, se puede evaluar únicamente con respecto a la pregunta de investigación del estudio: ¿qué casos son necesarios para responder a la pregunta de estudio y cuántos? Por otra parte, la conveniencia de la muestra seleccionada se puede evaluar en función del grado de capacidad de generalización por el que se lucha...Las estrategias de muestreo describen maneras de revelar un campo (Flick, 2009: 85).

Las elección de las unidades quirúrgicas, sin embargo, tuvo un sentido muy práctico: elegimos dos unidades que están muy próximas lo que facilitaría mucho el tránsito entre ellas; además, en la reunión inicial que mantuvimos con la Subdirectora de Enfermería del Área de Hospitalización a la que le comentamos nuestro proyecto y solicitamos su autorización –ya habíamos solicitado el correspondiente permiso a la Dirección de Enfermería del Centro- nos informó de que ambas unidades estaban gestionadas por sendas supervisoras que tenían diferentes estilos de gestión, lo cual suponía un elemento de interés añadido por cuanto que implicaba la posibilidad de que diferentes formas de gestión pudieran implicar, también, diferentes enfoques de los cuidados. Sin pretenderlo, la Subdirectora del Área se había

transformado en una informante de relevancia para nuestro estudio. Posteriormente, los acontecimientos nos obligaron a cambiar una de estas unidades por otra.

Aunque se trataba de cinco unidades (cuatro mas la planta piloto) y éstas representaban aproximadamente una sexta parte del total de unidades de hospitalización del centro, estábamos convencidos de que teníamos una muestra que podía representar el universo que pretendíamos indagar: “Una de las características de la investigación cualitativa es la paradoja de que aunque muchas veces se estudia a pocas personas, la cantidad de información obtenida es muy grande” (Álvarez-Gayou, 2005, citado en Fernández, 2006: 1); el complejo universo de los cuidados humanizados en la práctica diaria: “(...) la muestras serán representativas del universo o población a investigar” (Perelló, 2009: 111). Así, a continuación, iremos concretando los diferentes aspectos de la muestra elegida por cada uno de los instrumentos utilizados para la recogida de información: la observación, las entrevistas y el grupo de discusión.

### 3.2.1 La muestra para la Observación

---

La evolución de nuestro estudio nos obligó a cambiar la estrategia de la muestra elegida. Al principio intentamos un muestreo intencional en el que trabajamos con la mitad del personal de enfermería de cada planta respetando la proporción de género, en un seguimiento que pretendía dar lugar a una media de tres encuentros con cada una de las enfermeras elegidas para establecer si las actitudes hacia el cuidado humanizado se repetían o variaban en los diferentes encuentros. Para ello, empezamos con las dos primeras enfermeras con las que estuvimos el primer día y así sucesivamente en cada nueva visita hasta completar el número total de éstas (una media de cinco o seis enfermeras de un total de doce que representa la media estándar de enfermeras por planta). En cuanto empezamos el trabajo de campo en la planta piloto (planta P), descubrimos los enormes inconvenientes de este tipo de seguimiento debido, sobre todo, a los turnos de doce horas con sus correspondientes libranzas a los que se sumaba el alto índice de cambios de turno. A partir de ese instante, decidimos trabajar – siempre que así lo consintieran- con todas las enfermeras que estuvieran en el turno en el que hacíamos nuestro seguimiento. La idea de partida era la de trabajar en estas cuatro unidades y hacer un seguimiento durante tres días de cada semana (nuestras circunstancias personales también tenían peso en estas decisiones) una media de dos a tres horas cada vez, un total de tres semanas por planta lo que suponía un total de cuarenta y cinco asistencias al campo (incluyendo la planta piloto). Definitivamente, estas unidades conformarían nuestro campo de trabajo:

Las decisiones de muestreo fluctúan siempre entre los propósitos de cubrir un campo lo más amplio posible y de hacer análisis que sean lo más profundo que se pueda. La primera estrategia trata de representar el campo en su diversidad utilizando el mayor número de casos diferentes para poder presentar datos sobre la distribución de las maneras de ver o experimentar ciertas cosas (Flick, 2009: 84).

### 3.2.2 La muestra para las Entrevistas

---

El uso de este instrumento tendría como objetivo a las Supervisoras de cada una de estas unidades, su conocimiento sobre el cuidado humanizado y la promoción del mismo en sus respectivas unidades.

### 3.2.3 La muestra para el Grupo de Discusión

---

Decidimos seleccionar a un grupo de enfermeras –representativas de cada una de las unidades implicadas en la investigación- a quienes presentaríamos algunos de los resultados estadísticos obtenidos de la observación para conocer su opinión al respecto.

Todo esto ocurría en un contexto muy determinado al que no éramos ajenos: por un lado, inmersos como estamos en una crisis sin precedentes que daba lugar al aumento de las cargas de trabajo por los brutales recortes en materia de recursos humanos - Hargreaves (1994) nos avisa al respecto cuando habla de las consecuencias de las crisis en el mundo empresarial y como las organizaciones de servicios humanitarios, como los hospitales y las escuelas pueden ser afectadas por las mismas-. Unido a este, un fenómeno relacionado con el envejecimiento de la población y las consecuencias directas sobre la calidad de los cuidados:

Many European countries as well as other countries in the western world will encounter a demographic change in the coming years. The growth in the number of older people is so dramatic that it has been described as a silent revolution (Harrefors et al, 2009: 353).

Ambos aspectos nos situaban en un escenario interesante en el sentido de la influencia que esta realidad podía tener en el trabajo diario del personal observado:

Actualmente en España más de la mitad de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años [10], siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios [11] y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto, lo que supone que el 70% del gasto sanitario esté asociado a patologías crónicas y que más del 20% de enfermos crónicos hospitalizados en hospitales de agudos, podrían ser atendidos en hospitales de media-larga estancia o centros sociosanitarios, centros de día, hospitalización a domicilio...) (Martínez, 2012: 30).

Finalmente, esta muestra quedaría complementada con una descripción de las características de la unidad elegida; algunas de índole estructural –número de pacientes, especialidad, cantidad de personal- y otras más organizativas –turnos de trabajo, número de personas por turno, distribución de tareas...-.

## 3.3

### Procedimientos para la recogida de datos

---

Tal y como hicimos en el apartado anterior y con el fin de “ordenar” la información vertida, hablaremos del procedimiento para la recogida de datos según cada uno de los instrumentos usados para tal fin

#### 3.3.1 Recogida de datos para la Observación

---

Nuestro diseño de investigación estuvo muy influenciado por el protagonismo que la observación tuvo desde el primer instante. El acompañamiento al personal de enfermería en su trabajo diario -la observación in situ de ese trabajo- presidió el capítulo de recogida de datos: “Suele entenderse por técnicas de observación los procedimientos en los que el investigador presencia en directo el fenómenos que estudia” (Valles, 1997: 143). Estábamos convencidos de que sería este el instrumento prioritario y el que, de algún modo, abriría las puertas a los demás. La posibilidad de hacer un seguimiento del trabajo individual de las enfermeras con el fin de descubrir posibles pautas de humanización de los cuidados era para nosotros un elemento innegociable en el diseño de nuestra investigación así como el medio que nos ayudaría a dar respuesta a la pregunta de investigación:

Permite un estudio progresivo de casos particulares que se van acumulando, y que induce a preguntarnos si existe alguna regularidad –algo en común- entre todos ellos, por lo que podremos formular hipótesis en este sentido y contrastarlas de forma adecuada (Anguera, 1988: 50).

En este sentido, nuestra presentación, acompañados de cada una de las supervisoras, a todo el personal de las plantas así como nuestra exposición del proyecto –además de ser persona conocida en el centro lo que, debemos reconocer, nos supuso muchas más ventajas que inconvenientes- facilitó mucho nuestra tarea:

El trabajador de campo, para situarnos en el punto material más próximo a los sujetos observados, necesita definir previamente la situación social ante el observado. Se manifiesta así la constitución de una comunidad, una unidad de procesos comunicativos (Callejo, 2002: 410)

A pesar de que algunas evidencias señalaban en el sentido opuesto:

Aunque a menudo se supone que el acceso al campo se facilitaría estudiando a personas que el investigador conoce bien y, de acuerdo con ello, encontrando casos procedentes del propio círculo de conocidos, lo cierto es exactamente lo opuesto: cuanto más extraño sea el campo, más fácilmente los investigadores pueden aparecer como extraños a quienes las personas en el estudio tienen algo que decir que es nuevo para el investigador (Hildenbrand, citado en Flick, 2004: 73).

Este carácter de investigadores de adentro nos asignaba un rol que, como recoge Valles (1997), nos transformaba en participantes ordinarios del mundo que íbamos a explorar antes que observadores del mismo. Desde el principio, y así lo recogimos varias ocasiones en nuestro cuaderno de notas, tuvimos la sensación de que no solo no molestábamos, sino de que el personal se comportaba con absoluta naturalidad en nuestra presencia: “Un problema importante aquí es definir un rol para el observador que él pueda asumir y que le permita permanecer en el campo o en su límite, y observarlo al mismo tiempo”. (Flick, 2004: 151). A pesar de lo dicho, éramos plenamente conscientes de lo que suponía para su trabajo la presencia de un compañero conocido, de adentro, que las acompañaría para extraer conclusiones de sus encuentros con los pacientes –de hecho, la única ocasión en la que una enfermera decidió no participar en el estudio, lo hizo alegando que trabajaba incómoda si se sentía observada-. Al mismo tiempo, no perdíamos de vista el hecho de que la “naturalización” de nuestra presencia por parte del personal podía ser un elemento indeseable para nuestra investigación si permitíamos que la confianza diera lugar a interferencias en las observaciones (Giacomelli, Guedes, Soares y Luzia, 2009: 49). Intentando mantener siempre ese equilibrio precario basamos nuestro trabajo en una labor de acompañamiento, sin intervención; tan solo acompañar, observar y retener los elementos de interés, de ahí la importancia que para nosotros tuvo tanta y tan desinteresada cooperación.

La observación no participante consiste en la toma de contacto del observador con la realidad de estudio al margen de la situación que se observa. El observador, en esta situación, actúa más como un espectador que como un actor (Perelló, 2009: 227).

Tratábamos, pues, de buscar elementos de humanización en el cuidado brindado por las enfermeras, describir una parte de la vida profesional de unas enfermeras de la que seríamos testigos privilegiados; intentaríamos, en definitiva, “reproducir” aquellos ámbitos del universo asistencial ocultos; trataríamos de desvelarlos, mostrándolos, pero sin intervenir – “Toda observación es selectiva” (Valles, 1997: 148) -. Siempre acompañando a esta visión holística del universo estudiado, el recordatorio permanente de aquellos aspectos de la realidad que eran de interés para nuestro estudio; sin dejar de observar ese mundo en su conjunto, sin dejar, tampoco de diseccionarlo. Intentamos, pues, responder a la cuestión qué debe ser observado, qué elementos de los que conforman el mundo de nuestro campo de investigación eran de interés para nuestro estudio:

El observador debe ser como el fotógrafo de los fenómenos, por lo que la realidad, tal como se presenta, sin distorsión, implica que sea estudiada en sí misma; se trata del “qué puede ser observado”, al que incorporaremos una dimensión temporal de seguimientos que dote de consistencia los datos recogidos (Anguera, 1988: 7).

Con ese fin, decidimos elaborar una hoja de registros -anexo I- que denominamos: Hoja de Registros Del Cuidado Humanizado. Esta hoja nos permitiría recoger los datos que pretendíamos sobre el citado ámbito de los cuidados. Como explicamos con anterioridad decidimos establecer cinco grandes categorías del cuidado humanizado, a saber: la dignidad, el estilo de comunicación, la cercanía, el entorno y la reflexión. Cada una de estas categorías se subdividiría en apartados que representarían elementos propios de la misma y que la hicieran fácilmente mesurables; a su vez, asignamos a cada una de ellas una serie de ítems que recogerían la frecuencia con la que estos actos eran observados: siempre, a veces, nunca. Para cada uno de los parámetros dejamos un espacio que permitiera recoger observaciones dejando otro hueco para otras reflexiones más generales que pudieran parecernos de interés. La ficha quedaría completada con una serie de datos demográficos de cada una de las personas:

Fecha:	<b>DIGNIDAD</b>			Planta:	H. LLEGADA:
Nombre:	Frecuencia			Edad:	Género: Exp. Prof:
Clave:				H. SALIDA:	
Subcategorías	N	A.V	S	Observaciones	
PRIVACIDAD	Intimidad física				
	Intimidad espacial				
RESPETO	Llama por su nombre				
	Se identifica				
EST INFORM.	Informa antes de				
	Aclara las dudas				
	Invita a opinar y decidir				

Figura 2: Parámetro Dignidad

Una vez finalizada nuestra estancia en el campo, llegamos a pensar que, ocupados como estábamos en memorizar lo observado –actividad que con el paso del tiempo se fue automatizando y llevándose a cabo sin problemas- nos ocupamos más en la transcripción de los datos de la hoja que de expresar en ellas cualquier elemento más relacionado con nuestras impresiones más subjetivas, con nuestras opiniones:

La explicitación y el registro de los propios sentimientos, por tanto, representan para el observador no sólo una forma de autoanálisis...sino también una documentación aprovechable para una reconstrucción a priori de la dinámica que se ha creado entre observador y observado (Corbetta, 2003: 348).

Sin embargo, con la revisión posterior del material pudimos comprobar que nuestras sospechas iniciales no eran ciertas del todo. Efectivamente, pudimos recoger múltiples anotaciones en nuestro cuaderno de campo (en el Anexo II está recogido nuestro diario de campo) que se situaban en la periferia de los parámetros medidos y que nos ayudaba a reforzar lo observado, y, aunque muchas de ellas tenían, sobre todo, un carácter descriptivo, las

sucesivas relecturas arrojaron una serie de datos que recogían impresiones más cargadas de subjetividad; opiniones y sentimientos que encajaban en las recomendaciones que, en este sentido, nos daban los expertos:

Las notas cotidianas del investigador nacen de la interacción entre observador y realidad observada, por lo que constan esencialmente de dos componentes: la descripción de los hechos, de los acontecimientos, de los lugares y de las personas, y la interpretación dada por el investigador a estos acontecimientos, con sus impresiones, reflexiones y reacciones (Corbetta, 2003:346).

### 3.3.2 Recogida de datos para las Entrevistas

---

El segundo de los métodos que decidimos emplear para la recogida de datos tuvo para nosotros una orientación muy clara desde que concretamos nuestros objetivos de investigación: sabíamos a quién entrevistar y por qué. Las culturas laborales de los universos estudiados –al igual que las de muchos otros- responden a unas prácticas establecidas, no siempre a través del consenso, y generalmente poco discutidas, poco reflexionadas. Popkewitz (1987) alude a unas organizaciones establecidas según las disposiciones institucionales contemporáneas, y caracterizadas fundamentalmente por el convencionalismo y la pasividad, y no por la autonomía o la creatividad profesionales. Era de vital importancia para el desarrollo de nuestro trabajo, y así lo hicimos constar en el tercero de los objetivos, saber si se fomentaba el cuidado humanizado en los entornos estudiados. Y la existencia de ese fomento, de esa forma de entender el cuidado, solo podía emanar, en última instancia, de las supervisoras, el último eslabón –y, seguramente, por su grado de contacto con el personal, el más relevante también- de la cadena de mando tal y como esta se estructura en nuestro centro de trabajo -y tal y como así lo declararon las propias supervisoras en la pregunta de las entrevistas que hacía alusión directa a la influencia de su trabajo en los cuidados brindados por su personal-. Es lo que Gorden reconoce como entrevistados especiales, ya que dan información relevante para el estudio al tiempo que ocupan una posición única en la comunidad (citado en Valles, 1997: 213) –en este caso, las unidades de hospitalización- Resultaba relevante para nuestro proyecto saber qué conocimiento tenían estas supervisoras sobre el cuidado humanizado como forma indirecta de valorar, además, si era tema de preocupación de nuestra Dirección de Enfermería –si bien no era objetivo prioritario de nuestra tesis, al intentar entender los motivos de la ausencia de una cultura de cuidados centrados en el paciente, no podíamos obviar la posible ausencia de líneas de trabajo que, en este sentido, emanaran de las propias direcciones-: “Autores como Schwartz y Jacobs (1984) afirman que cuando se utiliza la entrevista para reconstruir la realidad de un grupo social, los entrevistados individuales son tratados como fuentes de información “general” (citado en Perelló, 2009: 173). Con estos encuentros pretendíamos, en definitiva, aportar algo de claridad sobre el tema de estudio: “El propósito de una entrevista de investigación es producir conocimiento sobre los fenómenos investigados” (Kvale, 2011: 42). Nos preocupaba, hemos de admitir, cómo extraer la información que

necesitábamos, sobre todo porque entendíamos que dichas entrevistas suponían un complemento fundamental e indivisible de la observación llevada a cabo; al hacerlas, y sumadas al trabajo de campo, cubríamos todo el espectro de población de enfermeras que trabajan en una planta: el personal y sus supervisoras:

Valles (1997) ordena su uso potencial –de las entrevistas – en dos grandes bloques: 2) Uso de contraste, ilustración o profundización de la información obtenida mediante otras técnicas cuantitativas o cualitativas (Perelló, 2009: 177).

Con este fin, decidimos emplear entrevistas semiestructuradas, aquellas que por sus características nos permitirían indagar acerca del cuidado humanizado sin por ello dejar atrás algunos aspectos que pudieran emerger de las mismas y que pudieran resultar de interés para nuestro trabajo, pero teniendo presente que pretendíamos obtener información que profundizara en nuestro conocimiento de la tendencia del colectivo: “La entrevista en profundidad no produce ningún tipo de información del grupo-“ (Valles, 1997: 197). Mantuvimos sendos encuentros con cada uno de estos Jefes de Unidad –que se sumaban a los iniciales en los que solicitamos la colaboración de su personal para nuestras observaciones- en los que explicamos nuestras intenciones investigadoras y pedimos su colaboración para ser entrevistados. Todos dieron su acuerdo desde el principio –algo que debemos reconocer y que no nos cansamos de recordar- y, aunque aseguramos la absoluta privacidad de los datos, no fue necesario ningún documento ni firma para asegurar su colaboración y la confianza depositada en nosotros a pesar de nuestro rol como investigadores –ya hemos dicho que el conocimiento mutuo que teníamos después de años trabajando en el mismo centro no fue sino un elemento facilitador de todo nuestro proceso-: “Gorden (1975) afirma que el rol del entrevistador depende de la relación que se cree con el entrevistado; esto puede condicionar el flujo de ciertos tipos de información (citado en Valles, 1997: 2179). Así que solo restaba decidir las fechas (que decidió cada uno de ellos), la hora (en la que hubo coincidencias al trabajar tanto ellos como nosotros en turno de ocho a tres) y el lugar (cada uno de ellos decidió, libremente, que sería su despacho de trabajo habitual): “Es recomendable atender las preferencias del entrevistado, siempre y cuando unas mínimas condiciones de privacidad y tranquilidad se den en cuanto al lugar y momento de la entrevista” (Valles, 1997: 217). Todas las entrevistas tuvieron lugar entre finales del año 2015 y comienzos del 2016. El por qué de

las fechas tuvo que ver, por una parte, con nuestra idea de que ocurrieran una vez que ya habíamos pasado por sus respectivas unidades –pretendíamos que nuestra estancia en las mismas, en las que coincidíamos continuamente con las supervisoras, no influyera en las respuestas-, y, por otra, con los intereses de cada una de ellas. De esta manera nos pusimos manos a la obra en la construcción de las preguntas, del guión que pretendíamos elaborar. Como nos preocupaba sobremanera cómo abordar el asunto del cuidado humanizado, cómo entrar de lleno en la materia que nos interesaba, decidimos empezar con una batería de preguntas más generales, de índole más demográfico, que permitieran establecer un clima de confianza –que, por otra parte, sentíamos que ya existía- para ir profundizando progresivamente hasta acabar con las preguntas que hacían alusión directa al tema de nuestro trabajo: “El objetivo es ir de lo general y superficial en la etapa inicial, a lo profundo y específico; de lo más amplio a lo más concreto” (Perelló, 2009: 183). Lo denominamos Guión de Entrevistas sobre Cuidado Humanizado a Supervisoras de Enfermería. (Anexo VIII). Para los diferentes encuentros decidimos ir vestidos de uniforme pues entendimos que resultaba más fácil asumir nuestro rol por parte del personal entrevistado de dicha forma (al fin y al cabo era así vestidos como nos habíamos conocido). También ellos vestían de uniforme en el momento de las entrevistas (que siempre tuvieron lugar un rato después de acabado el turno, a las quince horas, con el fin de que dispusieran de un rato para almorzar si así lo deseaban). Nos dispusimos a tener estos encuentros con una actitud de búsqueda pero sin renunciar a lo que pudiéramos descubrir por el camino:

El entrevistador como minero: el conocimiento está esperando en el interior. El entrevistador desentierra pepitas de conocimiento...en el entrevistador como viajero, el viaje puede llevar no solo a un nuevo conocimiento; el viajero podría cambiar también (Kvale, 2011: 44).

Las entrevistas fueron grabadas con un sistema de audio. La evolución de las mismas se ajustó al esquema diseñado aunque nos apartamos del mismo cuando entendimos que el territorio que transitábamos pudiera ser de nuestro interés:

En general, el entrevistador no abordará temas no previstos por el guión; sin embargo, tiene la libertad para desarrollar temas que vayan surgiendo a lo largo de la entrevista y que él considere importantes para la comprensión del sujeto entrevistado, aun cuando no se incluyan en el resto de las entrevistas (Corbetta, 2003: 377).

Esto provocó que, en no pocas ocasiones, el orden establecido para las preguntas fuera vulnerado según nuestras necesidades investigadoras: “(...) el entrevistador puede y debe decidir durante la entrevista cuándo y en qué secuencia hacer qué preguntas” (Flick, 2004: 107). El trabajo se dio por finalizado cuando, acabado el guión, hacíamos un resumen general de lo dicho por cada uno de ellos –con el fin de buscar su acuerdo en nuestras primeras conclusiones- y preguntábamos a los entrevistados si tenían algo más que decir, que opinar. Sin embargo, nos encontramos que, una vez apagada la grabadora, y, en todos los casos, la conversación se prolongó bastante más allá de lo inicialmente previsto. Nunca se apartó de nuestra cabeza la idea de la “necesidad” de estas compañeras de hablar sobre su experiencia, de ser escuchadas:

En la práctica, puede ser difícil a veces terminar una entrevista cualitativa, ya que es posible que los sujetos quieran continuar su conversación y explorar con mayor detenimiento las maneras de comprender su mundo de la vida que la entrevista ha dado lugar (Kvale, 2011: 38).

Las entrevistas fueron transcritas literalmente incluyendo para ello todas las expresiones empleadas por las supervisoras. Si bien entendíamos que nos interesaba más el contenido que la forma –la información primordial giraba en torno al conocimiento que las Jefas de Unidad tenían sobre el cuidado humanizado y su fomento y aplicación en sus respectivas unidades- entendimos, también, que la literalidad nos permitiría recoger los matices que añadieran “color” a cada una de sus declaraciones: “¿Cuál es la transcripción válida correcta?, ¿Qué transcripción es más útil para los propósitos de mi investigación?” (Kvale, 2011: 130). La transcripción de las entrevistas puede verse en el Anexo IV.

### 3.3.3 Recogida de datos para el Grupo de Discusión

---

El uso de un instrumento como es el grupo de discusión cobraba un gran sentido para nosotros puesto que pretendíamos, de esta manera, devolver la información recogida a los actores protagonistas de nuestro trabajo. Esto suponía una estrategia metodológica de gran interés por dos razones fundamentales: en primer lugar, era el colectivo de enfermeras observadas el que mejor podía medir la fiabilidad de lo observado en función del grado de acuerdo o desacuerdo con los resultados.

Un grupo de discusión es una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente de siete a diez personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión (Krueger, en Perelló, 2009: 205).

Por otro lado, entendíamos que era un acto justo, ciertamente impregnado de un cierto compromiso ideológico, dar la posibilidad a este personal de ser escuchado: “(...) un sentido muy importante de los mismos –los grupos de discusión- es la escasa oportunidad que las enfermeras han tenido para ser oídas” (Barbour, 2013: 188). Así, una vez que los datos de la observación fueron tratados estadísticamente, decidimos utilizar las tablas de frecuencias para reunir a parte del personal de las plantas estudiadas y recoger sus opiniones sobre algunos de estos resultados: “Por tanto, es una información que se caracteriza por la riqueza de elementos que contiene debido, sobre todo, a que las hablas individuales quedan superadas en el propio grupo” (Walston y Lissitz, en Suárez, 2005: 25). La elección del personal que conformaría nuestro grupo estaba parcialmente decidida de antemano: a pesar de los inconvenientes que pudiera suponer el hecho de que los Jefes de Unidad estuvieran presentes en el mismo –tienen más ascendencia en la escala jerárquica y, por lo tanto, más voz en nuestro entorno- preferimos correr este riesgo pues entendíamos su presencia como vital en la reflexión sobre la presencia o no de los cuidados humanizados al ser parte fundamental del equipo de trabajo que conforma la población de una planta. Con el fin de compensar este desequilibrio, decidimos que el número de personas que formarían el conjunto final fuera de nueve: de esa manera habría cuatro Jefes de Unidad y cinco enfermeras, una de cada una de las plantas estudiadas –

incluyendo la planta piloto-. Con esta idea muy presente, desde el comienzo de nuestro trabajo de observación fuimos intentando captar perfiles de enfermeras que se ajustaran a lo que buscábamos: cierta heterogeneidad en la experiencia laboral pero, sobre todo, enfermeras con fuerte presencia en su entorno, personas críticas y reflexivas que pudieran enriquecer el debate: “Decidir quiénes y qué características han de adoptar es una tarea clave para un investigador o investigadora, que se ha de realizar en los primeros momentos del diseño” (Suárez, 2005: 27). Fue de gran ayuda haber podido constatar que en las unidades observadas la relación entre el personal y las supervisoras era bastante buena, lo que allanaba mucho el camino para establecer el segundo filtro que habíamos decidido usar: preguntar a los Jefes de Unidad por personal de su equipo que reuniera las características antes mencionadas. Y hemos de decir que, excepto en un caso, los nombres barajados por nosotros y los propuestos por ellos coincidieron plenamente. A partir de este momento, fuimos contactando individualmente con cada una de las enfermeras que dieron su conformidad de inmediato. Finalmente, el equipo se conformó con la siguiente estructura:

- Originariamente nueve personas (cinco enfermeras y cuatro supervisoras).
- Finalmente, seis mujeres y dos hombres (el día de la celebración del encuentro fallaría uno de los asistentes: el tercer enfermero)
- Las edades de los asistentes oscilaron entre los veintinueve y los cincuenta y nueve años.
- La experiencia profesional abarcó desde los ocho años hasta los treinta y tres.

Se trataba, pues de un colectivo con cierto grado de homogeneidad –las enfermeras, lógicamente, conocían a sus supervisoras y estas se conocían entre ellas- y un poco de heterogeneidad –no todas las enfermeras se conocían entre sí-: Finch y Lewis (2003) reflejan acertadamente esta cuestión diciendo que “alguna diversidad en la composición del grupo añade información a la discusión, pero excesiva puede inhibir” (citado en Suárez, 2005: 28). Somos conscientes del debate existente en torno a la conveniencia o no respecto a la conformación de los grupos de discusión: “Se prefiere reunir a extraños y circunvalar los riesgos de la preexistencia del grupo en la terminología de Ibáñez” (Valles, 1997: 305); “En algunos casos muy particulares, por el contrario, es preferible que los sujetos se conozcan

entre sí, sobre todo cuando interese conocer la dinámica del grupo mismo” (Perelló, 2009: 211). A pesar de ello, hay voces que ya recogían el escaso impacto que heterogeneidad u homogeneidad pudieran tener: “(...) llegando a la siguiente conclusión: “los grupos de discusión pueden estar compuestos por amigos, parejas o extraños con relativo escaso impacto sobre la cantidad y calidad de las ideas emitidas en los grupos” (Nelson y Frontczak, en Suárez, 2005: 30). Para nosotros, sin embargo, primaba la idea de que un cierto conocimiento entre los participantes era positivo por cuanto que se trataba de enriquecer un debate que afectaba por igual a cualquier estamento del entorno interesado en la humanización de los cuidados: es decir, a todos: “Finch y Lewis (2003)(...) exponen que cada vez se dan en mayor medida grupos de discusión con personas conocidas entre sí, por ejemplo, para estudiar relaciones en el entorno laboral (...)” (citado en Suárez, 2005: 30). Con el fin de facilitar la comunicación entre los miembros y decidir la fecha de la reunión se creó un grupo de whatsapp que facilitó mucho el trabajo. Finalmente el encuentro se celebró –tras, hay que decirlo, bastante poco debate- el día 19 de junio del año 2015. A la misma faltó –como ya hemos señalado- uno de los enfermeros que tuvo un problema de última hora. Se decidió que se celebrara en el mismo hospital pero en el edificio anexo de consultas externas en una sala de la que pudimos disponer con facilidad y que reunía los mínimos requisitos indispensables. A todos les pareció muy buena idea: “El lugar donde vaya a celebrarse la reunión debería ser neutral” (Krueger, 1991: 90). “Neutral en relación con el tema de la reunión y con las características de las personas convocadas” (Valles, 1997: 319). La reunión se estructuró en base a la presentación de una serie de resultados obtenidos tras el tratamiento estadístico – como ya dijimos- de algunos de los resultados de la observación. Con el fin de facilitar la entrada en el tema decidimos presentar en power point ocho diapositivas distintas, cuatro de las cuales mostraban una tendencia “positiva” del personal hacia ese aspecto del cuidado humanizado, y otras cuatro que “puntuaban” negativamente. Intentábamos de esta manera que el grupo no se sintiera evaluado lo que podía generar un mal comienzo del debate. La reunión duró aproximadamente una hora y cuarenta y cinco minutos y fue finalizando, sobre todo, por los compromisos personales de algunos de sus miembros (de los que nos habían advertido con anterioridad). Fue grabada con sistema de audio digital y transcrita literalmente (podemos encontrarla en el Anexo V). La reunión transcurrió con normalidad, el personal intervino desde el principio y, aparte de las voces “predominantes” que son inevitables en todo grupo,

podemos afirmar que quedamos satisfechos con la representatividad general que pretendíamos. Habida cuenta de nuestra inexperiencia en el uso de este instrumento, nos vimos obligados a intervenir en varias ocasiones para intentar que se respetaran los turnos de palabra –lo que luego nos provocó más de un quebradero de cabeza con la transcripción-. También tuvimos que intervenir para reconducir el tema que nos ocupaba cuando, excitados por el debate, los participantes se desviaban para hablar de otros temas de interés para ellos como los turnos de doce horas o la organización del trabajo en las plantas (temas que han generado no poca controversia en nuestro entorno).

### 3.3.4 Recogida de datos para el Diario de Campo

---

Durante nuestro trabajo en el campo, además de las fichas donde recogíamos toda la información que habíamos planificado –referente a los parámetros y sus categorías- decidimos hacer un pequeño diario que contuviese esos otros datos emanados de nuestros pensamientos, sensaciones y reflexiones.

Deberías registrar fechas, tiempos, lugares; las posiciones sociales, roles y actividades de las personas clave; y las actividades y sucesos principales. Encontrarás útil tomar notas relativas a sentimientos personales, corazonadas, suposiciones y especulaciones (Jorgensen, 1989 en Valles, 1997: 173).

Para ponerlo en marcha decidimos que, después de salir cada día de las unidades, llevaríamos a cabo una rutina diaria consistente en plasmar -en ese momento en el que la que las ideas estaban aún recientes y la distancia con la realidad observada nos permitía un análisis más sosegado y distante- las vivencias y recuerdos que nuestro paso por las diferentes plantas dejaban en nuestra memoria. En este compendio de reflexiones intentamos reflejar esa otra realidad más subjetiva que, como investigadores, pudimos recoger a través, por un lado, de los testimonios del personal observado (los pocos instantes en que la rutina permitía al personal abrirse al investigador y compartir sus ideas) y, por otro, a través, también, de lo que pudimos observar en esa otra realidad paralela pero cercana a los datos más objetivos recabados en nuestras fichas.

El cuaderno de notas debe incorporar los ejes y elementos que a priori orientarán la observación. Su finalidad es registrar sobre el terreno las informaciones, datos, fuentes, referencias, expresiones...que puedan tener interés para la investigación. El diario es el relato escrito cotidianamente, de las experiencias vividas y de los hechos observados (...) Este diario gana en objetividad si se incorporan los datos recogidos en el cuaderno de notas (Perelló, 2009: 231).

## 3.4

### La cronología de la investigación

---

No podemos empezar la historia de este camino que ha sido nuestra investigación sin intentar establecer un punto de origen para la misma. La fecha que más se aproxima a este objetivo es, sin duda, junio del año 2011 –responder exactamente a la cuestión de cuándo empezamos a interesarnos por este tema puede resultar una tarea ardua por lo que implica de rebuscar en nuestra memoria algo que queda ya muy lejano en el tiempo-. Como ya comentamos en la introducción, por aquellas fechas estábamos haciendo una serie de entrevistas que, básicamente, buscaban indagar en nuestra imagen como colectivo en un intento por encontrar una idea que despertara en nosotros la sensación de que nos hallábamos ante un auténtico proyecto de investigación (la transcripción de dichas entrevistas podemos hallarla en el Anexo VI: Entrevistas iniciales para el proyecto de investigación: La imagen de la Enfermería en la sociedad). De una de aquellas entrevistas surgió la hipótesis de nuestro estudio y se inició un camino lleno de curiosidad por lo que estaba por acontecer: Por eso decía Zabalza que hemos convertido “la agradable experiencia de aprender algo nuevo cada día, en un inexcusable principio de supervivencia” (en Marcelo y Vaillant, 2009: 23). Al tiempo que emprendimos la búsqueda bibliográfica empezamos a diseñar nuestra metodología de investigación: cuáles serían los objetivos y cuáles los instrumentos que utilizaríamos en nuestra búsqueda y posterior análisis de datos. Establecido el formato de nuestra ficha de registros nos entrevistamos con la Subdirectora de Enfermería del Área de Formación, Investigación y Calidad a quien le expusimos nuestro proyecto. De forma inmediata se comprometió a informar al Director de Enfermería a la vez que facilitó nuestro acceso a las unidades. El siguiente encuentro –ya comentado- fue con la Subdirectora de Hospitalización a quien le expusimos el proyecto y le comentamos que ya teníamos en mente la que podría ser nuestra planta piloto –ya explicamos, también, que se trataba de una unidad que reunía especialidades médicas y quirúrgicas-. Por último, nos vimos con la Supervisora de dicha planta a quien solicitamos su colaboración –que nos fue concedida sin ningún problema- y con quien establecimos un cronograma de reuniones informativas con todo su personal que se harían a primera hora de la mañana varios días consecutivos. En ellas, informamos al personal, garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos que obtendríamos e insistimos en la

voluntariedad para participar en el proyecto. Este protocolo se repetiría en cada una de las unidades en las que trabajamos. Es preciso aclarar que en nuestro trabajo solo contemplamos a las enfermeras de cada unidad como objetos de estudio (en nuestra estructura organizativa la Dirección de Enfermería engloba a otras categorías profesionales como son auxiliares de enfermería, matronas, fisioterapeutas, etc.). A continuación, tal y como hemos hecho en capítulos anteriores, haremos una “cronología” diferenciada por cada uno de los instrumentos utilizados para la investigación.

### Cronología de la observación.

El día 23 de junio del año 2014, empezamos en la planta piloto (planta P) el rodaje de nuestra ficha de observación. La estructura y organización de esta unidad es la siguiente:

- Se trata de una planta que dispone de 28 camas.
- Tiene un total de 11 enfermeras sin contar a la supervisora.
- El personal se organiza de la siguiente forma: cinco enfermeras al día: dos en un turno de 8 a 20 horas, otras dos de 20 a 8 horas y una de 8 a 15 horas.

Desde el primer día nos llamó la atención el exceso de carteles informativos de toda índole. Al finalizar cada jornada y en el camino de vuelta a casa –en un acto que se repetiría invariablemente los siguientes meses- rellenábamos la hoja de observaciones con los datos extraídos ese día. Pronto nos encontramos con verdaderos problemas para seguir el calendario de encuentros con las distintas enfermeras según el tipo de seguimiento que habíamos decidido realizar (tal y como explicamos en el apartado de la muestra para el instrumento Observación, la intención inicial fue la de hacer un muestreo intencional en el que trabajaríamos con la mitad del personal de enfermería de cada planta respetando la proporción de género). Así, el día 17 de julio nos reunimos con los directores de la tesis para expresar nuestras dudas y hacer una pequeña evaluación de lo obtenido hasta ese momento. Revisado el material y la evolución del estudio el día 1 de agosto nos reincorporamos a la planta con la nueva estrategia para la muestra (acompañar a todas las enfermeras que nos fuéramos encontrando) y el día 4 del mismo mes ante la evidencia de que los diferentes encuentros con las mismas personas no daban lugar a cambios, decidimos dar por finalizada nuestra labor en esta planta. En esta primera experiencia invertimos un poco más de un mes. Al finalizar

nuestro trabajo en la unidad, así lo haríamos con el resto de estas, hicimos llegar al personal, a través de su supervisora, una carta de agradecimiento por el trato recibido y la colaboración prestada (anexo VII).

Las dos siguientes semanas las invertimos en analizar los datos obtenidos de la planta piloto y hacer las correcciones en la hoja de observación; aprovechamos, también, para reunirnos con la supervisora de la planta A quien nos autorizó a seguir nuestro trabajo en su unidad.

Para la planta A, repetimos el protocolo de información al personal y nos incorporamos a la misma el día 25 de agosto.

- Se trata de una planta de 24 camas.
- Dispone de 11 enfermeras (por diversas circunstancias, en el momento de nuestro estudio siete eran nuevas).
- La organización es igual que la planta piloto: cinco enfermeras al día: dos en un turno de 8 a 20 horas, otras dos de 20 a 8 horas y una de 8 a 15 horas.

El control presentaba un aspecto pulcro. Esta fue la primera –y la única- planta donde dos de las enfermeras decidieron no participar en el estudio alegando que no trabajarían cómodas al sentirse observadas. Finalmente, una de ellas aceptó colaborar en el siguiente encuentro que, debido a las rotaciones, no tendría lugar. El día 11 de septiembre, finalizaría nuestra etapa en esta planta (a partir de esta unidad nuestra estancia media fue de tres semanas por planta). Paralelamente, en los días previos fuimos contactando con las supervisoras de las dos plantas quirúrgicas. Aunque la reacción inicial fue de total colaboración, nos encontramos que en una de esas unidades aparecieron algunos obstáculos que interpretamos como resistencias al estudio por lo que, sobre la marcha, intentamos captar a otra supervisora de una planta quirúrgica diferente. Debido a que el tiempo se nos había echado encima tomamos la determinación de informar y, ese mismo día, empezar si al personal no le parecía mal.

Y todo fluyó sin problemas: el día 17 de septiembre empezamos en la planta B en la que, una vez más, encontraríamos absoluta colaboración por parte del personal.

- Esta planta tiene 25 camas.
- Tiene un total de 12 enfermeras.

- Igual que las anteriores unidades, hay 3 enfermeras hasta las 15 horas (a partir de esa hora continúan dos de ellas hasta las 20 horas) y otras dos de 20 a 8 horas.

El control sin apenas carteles. Es la única planta donde la organización del trabajo no se estructura dividiendo a enfermeras por pacientes: todos van a todo. Entienden que es una manera de seguir teniendo cierto grado de conocimiento sobre lo que pasa allende las camas que cada uno lleva. El día 2 de octubre terminamos nuestro periplo por esta unidad (a la cual, igual que las anteriores, entregaríamos la carta de agradecimiento).

El día 6 de octubre, y tras seguir idéntico protocolo de presentación e información, nos incorporamos a la planta C.

- La planta consta de 33 camas.
- Tiene 11 enfermeras.
- Igual distribución de personal: 3 enfermeras hasta las 15 horas, 2 hasta las 20 horas y otras dos desde las 20 hasta las 8 de la mañana.

Tiene un control bastante ordenado; la planta había estado de reformas recientes y se notaba. La acogida fue muy buena así como la estancia en la misma. El día 23 de octubre terminamos nuestro trabajo aquí.

La última unidad en la que estuvimos fue la planta D, el día 27 de octubre empezamos en ella.

- Tiene 33 camas.
- Es la que mayor número de enfermeras posee, 13 enfermeras (la enfermera de más se justifica por la preparación de parte de la medicación que administran).
- Se organizan igual que el resto de las plantas.

Tras un paso en el que, como en las demás, solo tuvimos plena colaboración, el día 13 de noviembre de ese mismo año daríamos por finalizado nuestro trabajo de observación en las distintas unidades elegidas para tal fin. Atrás quedarían casi cinco meses de estancia con compañeras de distintas unidades, unas unidades por las que estuvimos tres días por semana una media de tres horas cada vez. Esto daría lugar a un total de 84 observaciones (encuentros con cada persona) de las cuales 38 serían repetidas y, por lo tanto, desechadas –como explicamos con anterioridad, observamos que los encuentros mantenidos con las mismas

personas arrojaban los mismos resultados: no apreciábamos cambios en las observaciones-. El por qué de este tiempo tuvo que ver con la necesidad de ajustarnos lo más estrictamente posible al cronograma de trabajo que habíamos establecido en el cual se contemplaba que las entrevistas deberían tener lugar a finales de ese mismo año. A esto también contribuyó lo explicado acerca de los encuentros repetidos con las mismas personas: los resultados nos daban bastante tranquilidad en cuanto a la utilidad del instrumento y atenuaban la necesidad de seguir en el campo por más tiempo.

### Cronología de las entrevistas.

Como explicamos en la descripción de la entrevista, elegimos a los Jefes de Unidad por lo que podían aportar al estudio sobre el cuidado humanizado que se aplicaba -o no- en sus respectivas unidades. Tal y como dijimos, fueron las supervisoras quienes eligieron el lugar y la hora en que se celebrarían las entrevistas: a partir de las 15 horas (en que finaliza, aproximadamente, la jornada laboral) y en sus respectivos despachos (en unos encuentros en los que se logró un ambiente distendido y de mucha confianza). El orden de estas entrevistas fue el siguiente:

- 15/diciembre/2014 supervisora planta B, comenzó a las 16 horas y tuvo una duración de 24 minutos y 18 segundos.
- 30/diciembre/2014 supervisora planta C, comenzó a las 15,25 horas y tuvo una duración de 52, 42 minutos.
- 14/enero/2015 supervisora planta D, comenzó a las 14, 20 horas y duró 29,49 minutos.
- 19/enero/2015 supervisora planta A, comenzó a las 15,50 horas y duró 27 minutos.

Como podemos observar es bastante corto el tiempo de duración de las mismas a pesar de lo cual podemos mantener que rescatamos la información que buscábamos y algún otro dato indirecto no útil para este estudio pero sí, quizás, para futuros proyectos de investigación. Hechas las entrevistas dentro de los plazos previstos según nuestro cronograma, utilizamos el primer semestre del año 2015 para transcribir las mismas, escribir, seguir leyendo e ir haciendo el análisis de los datos obtenidos en nuestro trabajo.

### Cronología del grupo de discusión.

Finalmente, y con los criterios ya explicados respecto a la selección del personal para conformar el grupo de discusión, este tuvo lugar el viernes 19 de junio del año 2015 en un lugar del hospital aceptado por todos los participantes. La reunión comenzó a las 16 horas y tuvo una duración de 1 hora y cuarenta minutos. Como ya explicamos, expusimos a los participantes una serie de resultados obtenidos de nuestro trabajo de observación; en concreto, les mostramos varias tablas de frecuencias que medían tendencias para diferentes parámetros del cuidado humanizado. Intentábamos que dieran su opinión sobre los datos expuestos. El resultado fue satisfactorio para nosotros y para los propios participantes quienes mostraron gran interés en el resultado final de la tesis (un compromiso que adquirimos con las unidades en las que trabajamos fue el de mostrar en forma de charla el resultado final de la tesis para lo cual contamos con la colaboración del Servicio de Formación Continuada del centro).

## 3.5

### Procedimientos para el análisis de la información

---

El análisis de los datos se centró en procedimientos con los que intentamos alcanzar significados entorno a las preguntas de investigación; para ello, tal y como indicamos al principio de este trabajo, incluimos tanto procedimientos de análisis de contenido como procesamiento de datos estadísticos. Una vez más, diferenciaremos según los instrumentos.

#### Análisis de las observaciones

La observación, que fue nuestro instrumento más relevante, dio como fruto una serie de resultados. El análisis de los mismos tuvo una doble vertiente: por un lado, tal y como indicamos al comienzo de este trabajo, mediante el uso de instrumentos que nos brindaran la opción de valorar las tendencias, y hábitos (datos que recogimos de nuestras fichas). Esto se hizo mediante el volcado de los datos al programa estadístico SPSS donde se trabajó con tablas de frecuencias y tablas de contingencia; además de las tendencias nos interesaba sobremanera comprobar si las diferencias de los resultados podían estar relacionadas con factores como: edad, sexo y lugar de trabajo. Las tablas de frecuencias y de contingencia pueden verse en el Anexo III. Algunos datos demográficos vinculados a los parámetros antes nombrados pueden ser considerados de interés:

- El intervalo de edad del personal observado fue de 25 a 59 años; la edad más repetida fue la de 29 años.
- Del total de los sujetos observados, el 76,5% fueron mujeres y 23,5% restante, hombres.
- Los años de experiencia laboral oscilaron entre los 1,3 y los 28, siendo 8 años la cifra más repetida.

Por otro lado tenemos el diario de campo. Con el fin de dar un poco de orden y sentido a toda la información recabada en los cinco meses que estuvimos en el campo, decidimos hacer un esquema que llevara un orden cronológico en el que enfrentáramos, por un lado, aquellas reflexiones hechas por el personal sobre cualquier aspecto vinculado a la tesis y, por el otro,

aquellas sensaciones o ideas emanadas como resultado de lo que pudimos observar. Este esquema se basó, como no podía ser de otra manera, en los parámetros que decidimos indagar. Recogimos pues los datos correspondientes a cada uno de los parámetros (Dignidad, Comunicación, Disponibilidad, Presencia y Reflexión) y los vinculamos a la información recogida pero ordenada temporalmente. El objetivo de este modelo de clasificación de la información era provocar una reflexión a partir del contraste que cada vía de obtención de datos (lo escuchado y lo observado) pudiera generar.

### Análisis de las entrevistas

Una vez finalizadas las entrevistas, procedimos a rescatar los datos que nos interesaban de las mismas. Para su análisis, dividimos por unidades, identificamos y clasificamos los datos mediante la categorización y codificación de los mismos: “La categorización, que constituye una importante herramienta conceptual en el análisis de datos cualitativos, hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico.” (Gil, 1994:47). En el análisis de cada una de las entrevistas, no solo establecimos un sistema de matrices –más descriptivo- sino que utilizamos, también, la forma narrativa para extendernos y profundizar en el mismo. Sería el guión de las entrevistas la referencia para las diferentes categorías: “(...) el uso de cuestionarios o guiones de entrevista, por ejemplo, permite utilizar las cuestiones planteadas como fuente de categorías útiles para organizar los datos”. (Gil Flores, 1994: 48) y siguiendo dicha referencia establecimos tres grandes categorías, a saber:

- Puesto de trabajo, en el que hacíamos una entrada a la entrevista sobre datos de la experiencia laboral y otros aspectos relacionados con el puesto de Jefe de Unidad.
- Cuidados de Enfermería, en el que iniciábamos la aproximación a nuestro tema de interés.
- Cuidados humanizados, un punto en el que entrábamos de lleno en el conocimiento que las supervisoras tenían sobre este ámbito del cuidado. Intentábamos, en definitiva, extraer, filtrar de la información obtenida, la parte que más nos interesaba; como afirma Wolcott:

(...) en la investigación cualitativa, el trabajo fundamental no consiste en poder acumular el máximo de datos, sino en “podar” (es decir, en librarse) de la mayor

parte de los datos que se acumulan. Esto supone no dejar de aventar, para separar el trigo de la paja. El truco consiste en descubrir lo esencial para revelarlo después en un contexto suficiente, pero sin llegar a enredarse pretendiendo incluir todo aquello que se podría describir... (citado en Stake, 2005:77).

Finalmente, tal y como dijimos con anterioridad, hicimos una tabla comparativa que resumía la opinión de cada uno de los entrevistados que nos permitió valorar las diferencias y similitudes de las cuatro supervisoras además de arrojar cierta luz sobre otras informaciones no relevantes para nuestra investigación pero que podrían ser de interés para otras futuras, como puede ser la presencia de diferentes estilos de gestión dentro de una misma estructura organizativa.

### Análisis del grupo de discusión

Ortí afirmaba: “(...) el grupo tan sólo es un marco para capturar las representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y afectivas, etc., predominantes en un determinado estrato, clase o sociedad global” (citado en Valles, 1997: 286). Y era precisamente ese conjunto de valores individuales los que, vertidos y contrastados en la voz grupal, nos interesaba rescatar. El sentido del universo indagado era claramente grupal, lo que daba mayor fuerza al uso de esta herramienta. En este punto creemos necesario recordar que, de los asistentes al grupo de discusión, intentamos extraer sus ideas acerca de los resultados del tratamiento estadístico de algunos de los parámetros medidos en la observación. La categorización se estableció en base a las distintas respuestas dadas por los participantes en cada uno de los resultados, estableciendo como criterio de división los parámetros mostrados en las diapositivas, a saber:

- Dignidad (privacidad: intimidad física)
- Dignidad (respeto: se identifica)
- Dignidad (estilo informativo: informa antes de)
- Dignidad (estilo informativo: invita a opinar y decidir)
- Dignidad (respeto: llama por su nombre)
- Comunicación (se detiene a hablar, escucha con atención, mira a los ojos)
- Disponibilidad (intenta estar siempre que puede, responde rápido a las llamadas)

- Entorno (entorno familiar: se acerca si están, invita a preguntar).

Por último, decidimos lanzar una pregunta al grupo que nos pareció oportuna porque, de alguna manera, engarzaba con el último de los parámetros que medimos en las observaciones: la reflexión. La cuestión planteada fue si consideraban que era posible un cambio. Podemos afirmar que el contraste de opiniones entre los distintos participantes no solo enriqueció el debate sino que, indirectamente, sirvió para poder valorar el rigor de la ficha elaborada para la recogida de datos.

## 3.6

### Criterios de rigor metodológico

---

Cuando planteamos si un estudio de investigación tiene o no calidad, estamos hablando de su rigor, de la “seriedad” con la que dicho estudio ha sido llevado a cabo. Fiabilidad, credibilidad, confiabilidad... Todos estos conceptos hacen alusión a una misma idea: a la validez de dicho trabajo. Sabemos que el concepto de validez como sinónimo de verdad, hace referencia, en definitiva, a la capacidad de un estudio para representar la realidad estudiada:

Si partimos de esta posición, la cuestión de la validez de la investigación cualitativa se transforma en la pregunta de hasta dónde las construcciones del investigador se fundamentan en las construcciones de aquellos a quienes estudia y hasta donde ese fundamento es transparente para otros. Así, la producción de los datos se convierte en un punto de partida para juzgar su validez (Gerhardt, 1985) y la presentación de fenómenos y de las diferencias extraídas de ellos se convierte en otro (Flick, 2004: 239).

Sabemos, también, que los criterios para valorar la investigación cualitativa han sido fruto de un intenso debate entre diferentes perspectivas y enfoques: “El problema de cómo evaluar la investigación cualitativa no se ha resuelto aún y se utiliza repetidamente como argumento para plantear preguntas generales sobre la legitimidad de este tipo de investigación” (Flick, 2004: 235). Lo dicho nos da una idea sobre la complejidad del campo y nos invita a reflexionar acerca de nuevas responsabilidades: personales, profesionales, políticas, sociales, éticas (Sandín, 2003). Siguiendo la equivalencia entre conceptos derivada de los paradigmas positivista y naturalista, aprovecharemos la descripción que nos brinda Axpe (2005) para describir qué pautas hemos seguido en aras de garantizar la credibilidad de nuestro estudio:

#### Credibilidad (Validez interna):

- Observación persistente: nuestras observaciones se prolongaban en estancias diarias de tres horas, tres días en semana. Es cierto que al tener que trabajar en el turno de tarde una parte de nuestro tiempo se invertía en acompañar al personal en su descanso para almorzar, (lo que dio lugar a alguna que otra conversación interesante; en este punto hemos de afirmar que, paralelamente, estas “esperas” ayudaban a “conectar” con el personal que, aunque informado con anterioridad, podíamos no conocer

previamente. Este tiempo ayudaba mucho para el segundo punto de la credibilidad) pero el resto del tiempo estábamos con una y otra enfermera de forma continuada.

- Presencia prolongada en el campo: nuestro tiempo total fue –como ya hemos explicado- de cinco meses un total de tres semanas por planta. Hemos de recordar aquí nuestro rol como persona de adentro, conocida, y cómo nuestra sensación, desde un principio, de que el personal de enfermería actuaba con absoluta normalidad.
- Triangulación: como también hemos explicado, aunque para la obtención de datos utilizamos cuatro fuentes (incluyendo el diario de campo), usamos tres de ellas para llevarla a cabo: las hojas de registro, las entrevistas y el grupo de discusión
- Comprobación con los participantes: en las entrevistas, al final de las mismas, hacíamos un resumen a los participantes de las principales ideas extraídas de las mismas para comprobar si estaban de acuerdo con nuestras conclusiones. En el grupo de discusión, presentamos a un grupo de enfermeras de las plantas donde estuvimos algunos resultados estadísticos (tablas de frecuencias) extraídos de nuestras observaciones con el fin de que expresaran su opinión sobre los mismos. El resultado general fue de de acuerdo con lo que habíamos podido observar.
- Adecuación referencial: en nuestro caso, tanto las entrevistas como el grupo de discusión fueron grabados en audio.
- Juicio crítico de expertos: los avances de nuestra investigación fueron presentados en una exposición hecha el día 19 de junio del año 2015 al POSASUE, grupo de investigación de la Facultad de Educación de la U.L.L. (Universidad de La Laguna) formado por profesores de diferentes departamentos de la misma que debaten y asesoran sobre asuntos relacionados con la educación. Este encuentro, extraordinariamente enriquecedor, tuvo consecuencias directas sobre el diseño de nuestro trabajo pues nos indujo a redefinir alguno de los objetivos planteados.

### Transferibilidad (Validez externa)

- Descripciones copiosas: en el desarrollo de nuestro trabajo, hemos procurado describir el entorno en el que se desarrollaba la investigación. Este trabajo no solo se aplicaba a las características generales del lugar (el hospital en sí) sino también a las plantas por las que pasamos. De esta manera pretendíamos situar mejor el ámbito de nuestro estudio al tiempo que pretendíamos aportar un dato que, habida cuenta del tema de la tesis, es perfectamente extrapolable a cualquier otra unidad del entorno sanitario del que formamos parte.

### Dependencia (Fiabilidad)

- Pistas de revisión: tanto en la observación, en la que hicimos un diario en el que cada día explicábamos las circunstancias con las que nos íbamos encontrando, como en el Procedimiento, hemos explicado progresivamente la evolución de nuestro proceso de investigación.

### Confirmabilidad (Objetividad)

- Juicio crítico de expertos: nos remitimos a lo dicho con anterioridad.
- Reflexividad sistemática: a lo largo del trabajo y en diferentes ocasiones, las referencias a nuestra pertenencia al campo, el ser una persona conocida del mismo con una conciencia crítica –equivocada o no- sobre la realidad circundante y la consiguiente subjetividad que ha impregnado nuestro estudio, han sido una constante.
- Compartir privilegios: uno de los compromisos adquiridos con las personas de las plantas estudiadas y con el Servicio de Formación Continuada del mismo centro es la realización de una serie de charlas informativas sobre los resultados de la tesis.

# 4

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo mostraremos los resultados obtenidos para lo cual seguiremos el mismo esquema usado a lo largo del capítulo metodológico: separaremos en apartados por cada uno de los procedimientos utilizados para la recogida de información.

Respecto a la observación, entendíamos que para poder sostener la presencia o ausencia de elementos que mostraran humanización en los cuidados, teníamos, también, que tener una visión global de la tendencia de dichos usos. Era fundamental para nuestra comprensión del fenómeno estudiado conocer, no solo la presencia o no de los citados elementos sino, también, cómo estos se distribuían en nuestro campo de estudio y si dicha distribución podría estar influenciada por elementos como la edad, el género o el lugar de trabajo. Las tablas de frecuencias y de contingencia que utilizamos servirán como base para acompañar los resultados destacables con comentarios que intentarán enriquecer dichos datos.

Con el fin de facilitar la lectura –repetida tanto en la observación como en el grupo de discusión- de las distintas categorías y subcategorías en que dividimos las fichas de observación, decidimos usar un código de identificación en el cual la primera letra es la C de Categoría, la segunda el parámetro en cuestión (D dignidad, C comunicación, DI disponibilidad, E entorno y R reflexión), un número señala los apartados (1, 2, 3, etc.) y una letra (A, B, C, D, etc.) indica los subapartados.

A continuación mostramos un esquema de las categorías y sus apartados, con el respectivo código:

<b>C</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>D</b>	<b>DIGNIDAD</b>	<b>1</b>	PRIVACIDAD	<b>A</b>	Intimidad física
						<b>B</b>	Intimidad espacial
				<b>2</b>	RESPECTO	<b>A</b>	Llama por su nombre
						<b>B</b>	Se identifica
				<b>3</b>	ESTILO INFORMATIVO	<b>A</b>	Informa antes de...
						<b>B</b>	Aclara las dudas
				<b>C</b>	Invita a opinar y decidir		
		<b>C</b>	<b>COMUNICACIÓN</b>	<b>1</b>	SE DETIENE A HABLAR		
				<b>2</b>	ESCUCHA CON ATENCIÓN		
				<b>3</b>	MIRA A LOS OJOS		
				<b>4</b>	USA EL HUMOR		
				<b>5</b>	USA EL CONTACTO FÍSICO		
		<b>DI</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>	<b>1</b>	INTENTA ESTAR SIEMPRE QUE PUEDE		
				<b>2</b>	RESPONDE RÁPIDO A LAS LLAMADAS		
				<b>3</b>	INVITA A LLAMAR CUANDO SEA NECESARIO		
		<b>E</b>	<b>ENTORNO</b>	<b>1</b>	ENTORNO FÍSICO	<b>A</b>	Ruido
						<b>B</b>	Temperatura
						<b>C</b>	Limpieza
						<b>D</b>	Orden
						<b>E</b>	La cama
<b>2</b>	ENTORNO FAMILIAR			<b>A</b>	Se acerca si están		
				<b>B</b>	Invita a preguntar		
				<b>C</b>	Invita a participar		
		<b>D</b>	Flexibilidad horaria si precisa				
<b>R</b>	<b>REFLEXIÓN</b>	<b>1</b>	REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN				

Figura 3: Codificación de las categorías de la Hoja de Observación

Así, por ejemplo, si leyéramos **CD3A**, sabríamos que se trata de la Categoría (C) Dignidad (D), apartado «Estilo Informativo» (3) y subapartado «Informa antes de...» (A).

## 4.1

### Resultados de la Observación

---

A continuación mostraremos los resultados de la Observación. Como explicamos anteriormente, de la Observación obtuvimos datos a través de de la hoja de registros y del diario de campo. En este apartado mostraremos el resultado del tratamiento estadístico de las hojas de registro –tablas de frecuencias y de contingencia- y la información extraída del diario de campo que estructuramos en formato cronológico y donde recogimos aquellos aspectos más interesantes –y subjetivos- de nuestro paso por las distintas unidades.

### 4.1.1 Tablas de Frecuencias

Como explicamos con anterioridad, tratamos estadísticamente los datos extraídos de las hojas de registro para recoger las tendencias que mostraba el personal para cada uno de los parámetros observados del cuidado humanizado

#### CATEGORÍA DIGNIDAD

##### CD1A. Privacidad: intimidad física

**Tabla 1**  
*Privacidad: intimidad física*

	Frecuencia	Porcentaje
No	4	7,8
A veces	6	11,8
Habitualmente	32	62,7
No valorado	9	17,6
Total	51	100,0

Como ha quedado reflejado, en esta categoría intentábamos medir la aparición de signos que mostraran preocupación por la privacidad física dando una opción al “no valorado” para aquellas ocasiones en las que en nuestro seguimiento del personal, éste no hubiera tenido que poner en marcha mecanismos para la preservación de la intimidad. El resultado arroja que, mayoritariamente –sumando las que lo hacen siempre y las que lo hacen habitualmente– suman casi un 75%. No fue valorado un diecisiete por ciento de las veces y aunque parece un resultado aceptable hay que tener en cuenta, también, la escasa cantidad de procedimientos que se hacen en el turno de tarde; dicho de otro modo, podemos inferir que, de haberlo hecho en turno de mañana, cuando se acumulan baños, curas, traslados, etc., el resultado podría haber sido mucho peor. En cualquier caso, nos hallamos ante un resultado que merece, por su relevancia para la dignidad de la persona enferma, una valoración muy superior a la desvelada en nuestro estudio.

### CD1B. Privacidad: intimidad espacial

Recordemos que lo que medíamos aquí era la intención, por parte de las enfermeras, de que se preservara la intimidad del paciente ante la posibilidad de una charla cuyo contenido incumbiera solo al mismo o a su familia o allegados. La estructura de las plantas no contempla un espacio destinado exclusivamente para este fin; sin embargo, pudimos observar la existencia de algunos lugares que bien podían suplir dicha función dignamente: desde algún despacho médico al despacho de la supervisora o algunas salas de espera. En este caso, fue muy alto el porcentaje de ocasiones en las que este tipo de interacción no ocurrió –un 35%– a pesar de lo cual, el porcentaje de ocasiones en que no se tuvo en cuenta fue de un 25%.

### CD2A. Respeto: llama por su nombre

**Tabla 2**

*Respeto: llama por su nombre*

	Frecuencia	Porcentaje
No	7	13,7
A veces	31	60,8
Habitualmente	13	25,5
Total	51	100,0

Pensamos que el hecho de que tan solo un 25% de las enfermeras llame habitualmente a los pacientes por su nombre, revela un resultado muy pobre teniendo en cuenta la importancia que la subjetivización de los mismos tiene para su autoestima en cuanto que papel diferenciador del resto.

### CD2B. Respeto: se identifica

**Tabla 3**

*Respeto: se identifica*

	Frecuencia	Porcentaje
No	42	82,4
A veces	3	5,9
Habitualmente	6	11,8
Total	51	100,0

Resulta alarmante el porcentaje de personal que no va identificado. En la actualidad, todo el personal de este centro viste por igual: un uniforme blanco con camisa y pantalón. La ficha que nos identifica democratiza el conocimiento –yo conozco al paciente y él sabe quién soy yo- y establece con claridad nuestra categoría profesional, tanto a los ojos del paciente como a los de otros trabajadores y a los de las familias: yo soy enfermera de esta unidad, responsable de los pacientes y de los cuidados de enfermería que a ellos se les brinda. No ir identificados implica renunciar a ambas opciones. Se trata de un dato que debería generar algunos comentarios y muchas reflexiones, tanto del propio personal como de sus superiores.

#### CD3A. Estilo informativo: informa antes de...

**Tabla 4**

*Estilo informativo: informa antes de*

	Frecuencia	Porcentaje
No	1	2,0
A veces	5	9,8
Habitualmente	45	88,2
Total	51	100,0

Sin embargo, el porcentaje de personal que informa a los pacientes antes de cada procedimiento es muy alto. Hay que recordar que uno de los factores que incide directamente sobre la seguridad del paciente es el sentirse informado sobre todos los aspectos de su enfermedad.

#### CD3B. Estilo informativo: aclara las dudas

Nos hallamos ante un parámetro que difícilmente podía puntuar negativamente y que suele responder a una necesidad del paciente generalmente satisfecha (con un porcentaje no valorado del 23%, respondía satisfactoriamente el 66%).

### CD3C. Estilo informativo: invita a opinar y decidir.

Hay que admitir que no éramos muy optimistas con este parámetro en un sistema como el nuestro tan terriblemente paternalista: el 100% de las enfermeras observadas nunca invita a opinar ni decidir. Unas políticas más preocupadas por otorgar al paciente un mayor protagonismo en el conocimiento y decisión sobre su enfermedad, podrían resultar de gran utilidad para la colaboración de aquel durante su ingreso hospitalario.

## CATEGORÍA COMUNICACIÓN

### CC1. Se detiene a hablar

**Tabla 5**  
*Se detiene a hablar*

	Frecuencia	Porcentaje
No	29	56,9
A veces	20	39,2
Habitualmente	2	3,9
Total	51	100,0

Valorábamos aquí, el hecho de que la enfermera se detuviera por la “simple” razón de hablar. Como hemos dicho con anterioridad, el cuidado es un acto comunicativo, en ese encuentro empieza todo, de ese encuentro dependen muchas cosas. Solo a partir del conocimiento que, del otro –el paciente- adquiere la enfermera, puede ésta establecer un correcto diagnóstico de las “otras” necesidades del paciente, de aquellas que nunca son desveladas para, así, decidir la estrategia de cuidados a seguir.

### CC2. Escucha con atención

Un 66% del personal observado escucha con atención a veces, casi el 30% lo hace habitualmente. Si no logramos transmitir al paciente que vamos a escucharlo como si nada de lo ocurriese a nuestro alrededor nos importase, no podremos establecer un diálogo de calidad, un diálogo en el que él se sienta protagonista. No podemos seguir evitando incluir entre nuestras tareas ese tipo de encuentros; no deberíamos seguir buscando un minuto en nuestra vorágine diaria como si fuera un extra de nuestro trabajo, dependiente del interés y la buena voluntad de la enfermera de ese turno. Como gestores y administradores de cuidados, hemos

de entender que se trata de una labor con gran relevancia para fomentar el diálogo, tan útil y necesaria como cualquier otra de las tareas que, a diario, desempeñamos, pero emanada, a diferencia de aquellas, de nuestra disciplina.

### CC3. Mira a los ojos

**Tabla 6**  
*Mira a los ojos*

	Frecuencia	Porcentaje
No	3	5,9
A veces	38	74,5
Habitualmente	10	19,6
Total	51	100,0

Si otorgamos a la medida de frecuencia “a veces” la mitad de su resultado para cada una de las otras dos categorías, podemos concluir que, aproximadamente, la mitad del personal mira habitualmente al paciente cuando interactúa con él. Tal como hemos podido recoger, resulta muy frecuente hablar con los pacientes mientras realizamos otro tipo de tareas, lo que imposibilita una comunicación visual. Ese tipo de comunicación con respuestas automatizadas, imposibilita, según Jean Orlando (1972) la explicitación de las percepciones, pensamientos y, sobre todo, sentimientos del otro.

### CC4. Usa el humor

**Tabla 7**  
*Usa el humor*

	Frecuencia	Porcentaje
No	9	17,6
A veces	30	58,8
Habitualmente	12	23,5
Total	51	100,0

Observamos que es muy frecuente el uso del humor en el trato con el paciente. Es evidente que, según recoge Luis Cibanal (1991) para poder utilizar bien el humor y que produzca relajamiento, conviene conocer suficientemente al paciente, haber establecido con él un cierto clima de confianza...Es evidente que el humor es a menudo necesario para aportar un poco de

aire fresco y mantener en equilibrio la relación. Sin embargo, como afirma este autor, como paso previo hay que establecer un cierto clima de confianza, confianza que solo es posible alcanzar a partir del encuentro, de la relación. Luego el humor ejercerá su maravillosa influencia y su extraordinaria capacidad para aliviar, para matizar, para ayudar a mirar desde otro prisma.

#### CC5. Usa el contacto físico

Poco usado -tan solo un 7,8% de las observadas lo hacía habitualmente- el contacto físico es un elemento importante de la relación al que hay que saber llegar desde la confianza establecida a partir del contacto continuado. Casi la mitad de los observados no lo usaban y un 45% lo hacía a veces.

### CATEGORÍA DISPONIBILIDAD

#### CDI1. Intenta estar siempre que puede

¿Cómo, si no, el acceso?, ¿cómo, si no, permitir, fomentar el encuentro? Ninguna de las enfermeras observadas intentaba estar si no la obligaba una tarea, un procedimiento, un protocolo...

#### CDI2. Responde rápido a las llamadas

**Tabla 8**  
*Responde rápido a las llamadas*

	Frecuencia	Porcentaje
No	23	45,1
A veces	8	15,7
Habitualmente	20	39,2
Total	51	100,0

Hay que precisar que, si bien igual que en los demás parámetros solo observábamos el comportamiento de las enfermeras, la estructura organizativa de muchas unidades tiene establecido que la primera llamada la responden los auxiliares de enfermería –cosa que

compartimos como criterio de racionalización de los recursos- lo que explica fácilmente un porcentaje de tales características.

### CDI3. Invita a llamar cuando sea necesario

**Tabla 9**  
*Invita a llamar*

	Frecuencia	Porcentaje
No	22	43,1
A veces	13	25,5
Habitualmente	16	31,4
Total	51	100,0

La invitación a la llamada así como la presentación al principio de un turno, hace consciente al paciente de que hay una enfermera que se hará responsable de su atención otorgándole una herramienta de seguridad y confianza indispensable para el desarrollo del trabajo y vital para el fomento y mantenimiento de las líneas de comunicación.

### CATEGORÍA ENTORNO

CE1A. Entorno físico: ruido/ CE1B. Entorno físico: temperatura/ CE1C. Entorno físico: limpieza/ CE1D. Entorno físico: orden/ CE1E. Entorno físico: la cama

Nos hallamos ante un parámetro que hemos decidido analizar en conjunto puesto que el resultado general es prácticamente equiparable a los resultados parciales: no se preocupaban por el ruido el 100%, no lo hacían por la temperatura el 86%, el 94% no lo hacían ni por el orden ni por la limpieza, no se preocupaban por el estado de la cama el 74%. Es cierto que en los turnos de tarde, es decir, durante nuestras observaciones, el estado general del entorno era de orden, nada equiparable desde luego a los turnos de mañana con los baños, curas, pases de visitas, traslados, etc. Hemos de admitir que nos encontramos ante un hallazgo cuyo resultado en el turno de mañanas podría haber sido muy aclaratorio con respecto a la preocupación del personal por el mismo, convencidos como estamos del alto grado de ruido y desorden que preside las horas centrales de estos turnos. Sin embargo, en nuestras observaciones sí que incluimos algunos comentarios acerca del grado de discomfort que la abusiva presencia de familiares y allegados provoca en algunos casos y el rol del personal de enfermería en dichas

situaciones. Este aspecto resulta muy relevante durante nuestras observaciones por cuanto que es en el turno de tarde en donde se concentra la mayor parte de las visitas.

#### CE2A. Entorno familiar: se acerca si están

**Tabla 10**

*Entorno familiar: se acerca si están*

	Frecuencia	Porcentaje
No	48	94,1
A veces	1	2,0
Habitualmente	2	3,9
Total	51	100,0

Un resultado que nos obliga a pensar sobre la idea que el personal tiene respecto a su rol para con las familias y allegados: Paterson y Zderad (1999), mantienen que el diálogo vivo entre la enfermera y el paciente es influido por sus numerosas relaciones interhumanas...Su familia, sus amigos y otros seres significativos para él son una parte muy real de su mundo...es así que al estar abierta al paciente es estar abierta a él como persona necesariamente relacionada con otros seres humanos (el cuidado humanizado como extensión del entorno del paciente).

#### CE2B. Entorno familiar: invita a preguntar

**Tabla 11**

*Entorno familiar: invita a preguntar*

	Frecuencia	Porcentaje
No	49	96,1
A veces	1	2,0
Habitualmente	1	2,0
Total	51	100,0

¿Son las familias las grandes olvidadas en nuestros cuidados de enfermería?

#### CE2C. Entorno familiar: invita a participar

**Tabla 12**

*Entorno familiar: invita a participar*

	Frecuencia	Porcentaje
No	51	100,0

Pocos comentarios suscita un resultado de esta índole. No podemos seguir abanderando el cuidado de enfermería basado en el paciente y su protagonismo desentendiéndonos al mismo tiempo de aquellos que más le importan: los suyos: una extensión del propio paciente que sufre con él las inclemencias de la enfermedad y que, incorporados a nuestros cuidados y reforzados con nuestra formación, podrían transformarse en elementos fundamentales para la evolución del mismo.

#### CE2D. Entorno familiar: flexibilidad horaria

Intentábamos medir la existencia de una capacidad de flexibilizar los horarios de visitas en función de la situación del paciente; debido a nuestro tiempo de estancia no pudimos valorarlo: llegábamos y nos íbamos siempre dentro del horario de visitas, si bien recogimos muchos testimonios de que eso sucedía con bastante frecuencia.

### CATEGORÍA REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

#### CR1. Hace algún comentario sobre los aspectos evaluados

**Tabla 13**

*Hace algún comentario sobre los aspectos evaluados*

	Frecuencia	Porcentaje
No	42	82,4
A veces	5	9,8
Habitualmente	4	7,8
Total	51	100,0

Excepto algún comentario aislado sobre el verdadero motivo de la tesis –por razones obvias no desvelábamos el estricto contenido de las hojas de seguimiento- no hay apenas que comentar sobre la existencia de reflexión sobre la práctica realizada –ya ni siquiera nos preocupaba que comentaran algo de nuestro proyecto-. Apreciamos, de forma general, a un personal con poca tendencia a la reflexión sobre su trabajo; los escasos “cambios de turno” que la enfermera que se iba a las tres daba a los compañeros que permanecían en el turno, se limitaban a comprobar la solicitud de pruebas, los ingresos confirmados, los cambios de tratamiento y las tareas hechas; es cierto que, debido a nuestro horario, nunca estábamos en los cambios de turno “oficiales” –a las ocho de la mañana y a las ocho de la tarde-. Si, de verdad,

estamos interesados en algún tipo de cambio, el primer aspecto sobre el que incidir, que habrá que incentivar, será, precisamente, la reflexión sobre lo que hacemos, único elemento que nos permitirá hacer las evaluaciones oportunas que derivarán en una mejora de la praxis.

El artesano explora estas dimensiones de habilidad, compromiso y juicio de una manera particular. Todo buen artesano mantiene un diálogo entre unas prácticas concretas y el pensamiento; este diálogo evoluciona hasta convertirse en hábitos, los que establecen a su vez un ritmo entre la solución y el descubrimiento de problemas (Sennet, 2008: 21).

## 4.1.2 Tablas de Contingencia

---

En este comienzo del análisis de las tablas de contingencia, hemos de aclarar que nos detendremos, sobre todo, en aquellos resultados que arrojen significación, pero haremos algún comentario que, aunque no relevante estadísticamente, nos resulte interesante para el estudio.

### DIFERENCIAS POR PLANTAS

Como explicamos al principio de nuestro trabajo, en nuestro intento por desvelar las incertidumbres sobre la humanización en los cuidados de nuestro centro, intentamos, también, dibujar la posibilidad de que los resultados pudieran variar según las plantas en las que trabajamos. En este sentido, inicialmente establecimos una división entre plantas médicas y quirúrgicas que presentaban pacientes con patologías muy diferentes aunque con iguales necesidades. Somos conscientes de que la división establecida (médicas versus quirúrgicas) responde a criterios médicos aunque, como también explicamos, en las plantas quirúrgicas usamos criterios basados en formas diferentes de gestión, información proporcionada por uno de los informantes con los que contactamos inicialmente.

### CATEGORÍA DIGNIDAD

#### CD1A. Privacidad: intimidad física

Nos encontramos ante un dato sin relevancia estadística que, sin embargo, arroja un aspecto curioso como es el hecho de que, en comparación con las otras tres unidades, la A tiene la mitad de personal que respeta más este ámbito habitualmente y es aquella, también, en la que se da más veces el no. Es curioso porque el número de procedimientos por las tardes es muy inferior al turno de mañanas; sin embargo, son las plantas A –por los controles a los pacientes sometidos a estudios- y C –por la cantidad de pacientes a los que hay que controlar la abundante cantidad de sistemas de drenajes- las que más procedimientos de este tipo hacen. A pesar de ello, el resultado entre una y otra es muy distinto –exactamente se cuida el doble de veces más en C que en A-.

## CD1B. Privacidad: intimidad espacial

**Tabla 14***Privacidad: intimidad espacial*

		No	A veces	Habitualmente	No valorado	Total
Planta	A	3	3	2	4	12
	B	3	0	4	5	12
	C	2	1	0	7	10
	D	4	3	3	2	12
	P	1	3	1	0	5
Total		13	10	10	18	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,663 <sup>a</sup>	12	,126
Razón de verosimilitudes	21,617	12	,042
Asociación lineal por lineal	1,290	1	,256
N de casos válidos	51		

a. 20 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,98.

Nos encontramos aquí con un resultado probablemente debido a los dos ceros que aparecen tanto en el “a veces” de B como en el “habitualmente” de C. En todos los casos podemos observar que hay un elevado porcentaje de ocasiones en las que este parámetro no pudo ser evaluado.

## CD2A. Respeto: llama por su nombre

Nos llama la atención la tendencia general a acumular los resultados en la frecuencia “a veces”; destaca, sin embargo, la planta A cuyos resultados quedan muy repartidos entre las tres medidas (de hecho, es la unidad que más frecuencia presenta en el no –un tercio de las observaciones-).

## CD2B. Respeto: se identifica

**Tabla 15***Respeto: se identifica*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Planta	A	12	0	0	12
	B	11	0	1	12
	C	8	2	0	10
	D	7	1	4	12
	P	4	0	1	5
Total		42	3	6	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,389 <sup>a</sup>	8	,072
Razón de verosimilitudes	15,788	8	,046
Asociación lineal por lineal	5,739	1	,017
N de casos válidos	51		

a. 11 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,29.

Aunque no llega a tener significación estadística, llama mucho la atención cómo los resultados se acumulan, principalmente, en el “no”, sobre todo en los casos de A y B. Éstas dos junto con la unidad C y la planta piloto apenas presentan representatividad en el “habitualmente”, siendo la unidad D la que obtiene un resultado algo más positivo en este sentido.

## CD3A. Estilo informativo: informa antes de...

Resultado bastante parejo entre las plantas sin apenas diferencias que significar. Es de destacar que la información a los pacientes antes de cada procedimiento esté tan extendida entre el personal como así revelan los datos.

## CD3B. Estilo informativo: aclara las dudas

**Tabla 16***Estilo informativo: aclara las dudas*

		No	A veces	Habitualmente	No valorado	Total
Planta	A		2	1	4	5
	B		0	1	7	4
	C		0	0	9	1
	D		0	0	11	1
	P		0	1	3	1
Total		2	3	34	12	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,983 <sup>a</sup>	12	,116
Razón de verosimilitudes	18,378	12	,105
Asociación lineal por lineal	,010	1	,921
N de casos válidos	51		

a. 16 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

Nos llama la atención como son las unidades C y D las que más puntúan en el “habitualmente”, mientras que las A y B son aquellas en las que menos pudimos evaluar este parámetro. ¿Preguntan más los pacientes de unas especialidades que los de otras? Podríamos pensar que el tipo de patología invita más a preguntar, pero todas ellas –a pesar de haber sido elegidas por representar dos especialidades médicas y otras dos quirúrgicas- engloban enfermedades graves o potencialmente graves.

## CD3C. Estilo informativo: invita a opinar y decidir.

El resultado es absolutamente incontestable. En todos los casos, en todas las unidades, el resultado fue no.

## CATEGORÍA COMUNICACIÓN

## CC1. Se detiene a hablar

**Tabla 17***Se detiene a hablar*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Planta	A	7	5	0	12
	B	11	1	0	12
	C	5	3	2	10
	D	6	6	0	12
	P	0	5	0	5
Total		29	20	2	51

Otro resultado sin gran valor desde la significación estadística en el que, sin embargo, encontramos algunos aspectos para comentar: tan solo la unidad C presenta algún resultado positivo en la frecuencia “habitualmente”; la unidad B presenta un amplísimo porcentaje de “no” –once de doce-.

## CC2. Escucha con atención

Los resultados se distribuyen mayoritariamente por el “a veces” siendo A la única de las plantas que muestra cifras en el “no”.

## CC3. Mira a los ojos

Nuevamente nos encontramos con resultados muy repartidos por el “a veces”. B y, de nuevo, A, presentan resultados en el “no”.

## CC4. Usa el humor

Los resultados repartidos por el “a veces” muestran dos plantas que presentan resultados en el “no” como son A y C.

### CC5. Usa el contacto físico

El uso del contacto físico como elemento de la comunicación no parece extendido, en general. Son las dos unidades quirúrgicas aquellas que presentan algún resultado en la frecuencia “habitualmente”.

## CATEGORÍA DISPONIBILIDAD

### CDI1. Intenta estar siempre que puede

Resultado contundente en todas las plantas (puntuán todas en el “no”)

### CDI2. Responde rápido a las llamadas

Son las unidades de A y P las que más habitualmente responden rápido a las llamadas. En cualquier caso, y como aclaramos en el análisis de las tablas de frecuencias, pudimos objetivar cómo la respuesta a las llamadas solía estar reservada, en primera instancia, para los auxiliares de enfermería, lo que parece tener cierta lógica dentro de la organización de las unidades (la mayoría de las llamadas responden a la necesidad de cobertura de necesidades muy básicas lo que evita usar una enfermera para algo que bien puede hacer una auxiliar de enfermería y preservar a aquella para tareas más especializadas –hecho éste que no está enfrentado al necesario grado de apoyo que un trabajo de rasgos tan marcadamente colaborativos como el nuestro precisa-).

## CDI3. Invita a llamar cuando sea necesario

**Tabla 18***Invita a llamar.*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Planta	A	8	3	1	12
	B	2	5	5	12
	C	4	1	5	10
	D	7	1	4	12
	P	1	3	1	5
Total		22	13	16	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,434 <sup>a</sup>	8	,071
Razón de verosimilitudes	15,503	8	,050
Asociación lineal por lineal	,614	1	,433
N de casos válidos	51		

a. 12 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,27.

Resultado en el que podemos apreciar un desigual reparto de las cifras; destaca que son las unidades “médicas” las que más puntúan en el “no”, mientras que las quirúrgicas lo hacen más en el “habitualmente”. Quizás, las especiales características de los pacientes de las unidades médicas elegidas hacen que el personal de estas plantas asuma que el paciente tendrá que llamar ante cualquier eventualidad –como así ocurre en cualquier otro lugar- aunque, insistimos, quizás es más relevante aquí por ese carácter “especial” de la patología que las describe. Llama, también, la atención, la diferente distribución de los resultados: mientras que en A destaca el “no” y puntúa muy bajo el “habitualmente”, en C se distribuyen mayoritariamente entre el “no” y el “habitualmente” (en un resultado similar al de D).

## CATEGORÍA ENTORNO

## CE1A. Entorno físico: ruido

Todas las plantas por igual mostraron el mismo interés en un parámetro como este: no. Es cierto que en dicho turno, las unidades permanecen bastante tranquilas hasta que las visitas comienzan a ocupar las habitaciones (entonces, el ruido se limita a algunas habitaciones). Un parámetro que hubiera tenido un significado muy distinto de haberse medido en el turno de mañana (no hablamos del resultado en cuanto que preocupación por el ruido sino en la cantidad de éste que hay cuando se acumula el trabajo en dichos turnos).

## CE1B. Entorno físico: temperatura/ CE1C. Entorno físico: limpieza/ CE1D. Entorno físico: orden

Sin llegar al no absoluto del parámetro anterior, se mantiene la dinámica preponderante respecto a resultados anteriores sobre el no.

## CE1E. Entorno físico: la cama

**Tabla 19***Entorno físico: La cama*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Planta	A	11	1	0	12
	B	7	0	5	12
	C	7	1	2	10
	D	10	2	0	12
	P	3	2	0	5
Total		38	6	7	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,474 <sup>a</sup>	8	,026
Razón de verosimilitudes	19,081	8	,014
Asociación lineal por lineal	,006	1	,940
N de casos válidos	51		

a. 11 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,59.

En una subcategoría dentro del parámetro entorno físico (confort) destaca la significación estadística justificable, sobre todo, por la prevalencia de los “noes” –destacable especialmente en las unidades A y D (con ninguna puntuación en el “habitualmente”)- y en la que hallamos que las unidades quirúrgicas se desmarcan de la tendencia manteniendo algo de resultado en la frecuencia “habitualmente”. Los pacientes de ambas unidades quirúrgicas suelen estar tiempo encamados y ser portadores de abundante sueroterapia y drenajes de diferentes tipos. Quizás esta circunstancia hace que las camas ocupadas por ellos estén, generalmente, en “peores” condiciones que las de las otras dos unidades estudiadas.

## CE2A. Entorno familiar: se acerca si están

De forma mayoritaria, no hay diferencias entre las unidades a la hora de aceptar que el personal no se acerca a la familia.

#### CE2B. Entorno familiar: invita a preguntar

Nos encontramos ante una respuesta similar a la anterior con el mismo resultado incontestable sin diferencias entre las mismas.

#### CE2C. Entorno familiar: invita a participar

A medida que avanzamos en la exploración del significado de la familia para el personal y las posibles diferencias que esta exploración arrojará sobre las unidades estudiadas, más contundente resulta el significado: en este caso un no generalizado.

#### CE2D. Entorno familiar: flexibilidad horaria

Nos hallamos ante un parámetro en el que intentábamos valorar la preocupación del personal por las familias cuando la situación del paciente debía facilitar, por parte del personal, una flexibilidad en los horarios de visitas que mostrara esa sensibilidad para con una situación muy especial. Habida cuenta de nuestro horario de observación no pudimos constatar este tipo de situaciones pues nos movíamos dentro del horario habitual de visitas. De ahí el resultado en el que predomina la frecuencia “no valorado”.

### CATEGORÍA REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

#### CR1. Hace algún comentario sobre los aspectos evaluados

Se trata de un parámetro en el que intentábamos recoger comentarios sobre alguno de los aspectos evaluados. En general, el personal tuvo para con nosotros una predisposición excelente; estamos convencidos de que se mostraron tal y como son en el desarrollo diario de sus labores. A lo largo de nuestra estancia en las distintas unidades, y habida cuenta de que nosotros –por razones obvias- no desvelábamos los parámetros exactos que medíamos, empezamos a interesarnos, cuando el horario de llegada a la unidad nos lo permitía, por los pequeños cambios de turno que la enfermera en horario de mañana –que se iba, por lo tanto a las 15 horas- contaba a modo de resumen a sus compañeras. Por lo dicho, es evidente que no

se trataba de una observación sistemática; sin embargo podemos afirmar que en las ocasiones en las que pudimos escuchar dichos cambios, no se hizo mención alguna a ninguno de los aspectos evaluados en nuestro estudio. En general, el personal preguntó poco y, cuando lo hizo, fue para indagar acerca de aquello que realmente evaluábamos (lo que nos da una imagen indirecta del grado de conocimiento que el personal posee acerca del cuidado humanizado: todo el personal fue informado del objetivo de nuestro estudio). De ahí deriva el pobre resultado obtenido en este punto en el que solo es de destacar la presencia, en la unidad B, de varias cuestiones al respecto que nos encargamos de recoger. Podemos afirmar, por tanto, que no hay diferencias significativas entre las plantas para el parámetro evaluado.

## DIFERENCIAS POR EDADES

El mundo de los profesionales de enfermería de un centro hospitalario es un mundo en continuo cambio: Por un lado los veteranos, algunos expertos, asentados en unos conocimientos generalmente sólidos e impregnados, de igual manera, de una determinada cultura institucional; por el otro lado los más jóvenes que llegan ávidos de experiencia, temerosos generalmente ante el universo que se abre ante ellos, abrumados con la responsabilidad que han de asumir y, por último, en medio, aquellos que, con ciertos años de experiencia a sus espaldas, ven discurrir su vida profesional entre la necesidad de engordar el currículo para las siguientes convocatorias de plazas y el deseo por buscar progresivamente destinos que les permitan descansar de la turnicidad agotadora, de los servicios estresantes. Con universo de este calibre sentíamos la necesidad de establecer posibles diferencias entre los resultados de unos y otros. Nos hallamos ante una medida que nos supuso un verdadero problema por la forma en que se agrupaban los grupos de edad con los que contábamos. Efectivamente, aunque el intervalo número tres, por ejemplo, es el que abarca una mayor diferencia entre edades (desde los cuarenta y un años hasta los cincuenta y nueve), es, a su vez, el que menor número de personas posee (siete). Con estas premisas, y con el fin de buscar una clasificación que mostrara significación estadística, nos decidimos por esta división:

- Categoría 1: entre 25 y 30 años
- Categoría 2: entre 31 y 38 años
- Categoría 3: entre 41 y 59 años

### CATEGORÍA DIGNIDAD

#### CD1A. Privacidad: intimidad física

Nos hallamos ante un resultado de escasa significación estadística en el que podemos destacar el hecho de que hay una tendencia general, en todos los intervalos de edad, a respetar este aspecto del cuidado humanizado; resulta curioso el hecho de que sea el intervalo que abarca la mayor edad –el número tres- el único que no tiene representatividad en el “no”.

## CD1B. Privacidad: intimidad espacial

Nos encontramos aquí con un reparto de los resultados bastante uniforme a lo largo del espectro de frecuencias.

## CD2A. Respeto: llama por su nombre

Predominancia de la frecuencia “a veces” de forma bastante uniforme.

## CD2B. Respeto: se identifica

**Tabla 20***Respeto: se identifica*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Intervalos de edad_3	1,00	15	1	3	19
	2,00	21	1	3	25
	3,00	6	1	0	7
Total		42	3	6	51

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,134 <sup>a</sup>	4	,711
Razón de verosimilitudes	2,710	4	,607
Asociación lineal por lineal	,583	1	,445
N de casos válidos	51		

La frecuencia de personal no identificado es abundante; apenas es de destacar diferencia alguna exceptuando, quizás, el hecho de que es el tercer intervalo aquel que menos proporcionalmente va identificado.

## CD3A. Estilo informativo: informa antes de...

Sin embargo, parece felizmente extendida la costumbre, entre el personal, de informar a los pacientes antes de realizar cualquier procedimiento.

**CD3B. Estilo informativo: aclara las dudas**

Apenas diferencias; la muestra nos dice que, generalmente, el personal de enfermería responde a las dudas mostradas por los pacientes sin que se aprecien diferencias achacables a la edad

**CD3C. Estilo informativo: invita a opinar y decidir.**

Tal y como ocurriera en el análisis de las diferencias por unidades, los diferentes intervalos de edad no muestran variación en el resultado de una categoría que muestra poco interés para el personal por la opinión que el paciente tiene sobre su proceso y su posibilidad de influir en el mismo.

**CATEGORÍA COMUNICACIÓN****CC1. Se detiene a hablar****Tabla 21***Se detiene a hablar*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Intervalos de edad_3	1,00	9	9	1	19
	2,00	18	7	0	25
	3,00	2	4	1	7
Total		29	20	2	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,977 <sup>a</sup>	4	,137
Razón de verosimilitudes	7,325	4	,120
Asociación lineal por lineal	,054	1	,816
N de casos válidos	51		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

Podemos observar como un elemento tan vital para la relación paciente-enfermera como es la comunicación, desaparece de la frecuencia “habitualmente” en todos los casos.

## CC2. Escucha con atención

**Tabla 22***Escucha con atención*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Intervalos de edad_3	1,00	2	10	7	19
	2,00	0	21	4	25
	3,00	0	3	4	7
Total		2	34	15	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,368 <sup>a</sup>	4	,053
Razón de verosimilitudes	9,874	4	,043
Asociación lineal por lineal	,668	1	,414
N de casos válidos	51		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

Resultado con significación estadística emanada, probablemente, de la diferencia entre intervalos de edad: la mayor parte del intervalo 1 (correspondiente al personal más joven), se concentra entre el “no” y el “a veces”, el intervalo 2 se concentra, sobre todo, en el “a veces”, mientras que el intervalo 3 (el del personal más veterano) lo hace entre el “a veces” y el “habitualmente”.

## CC3. Mira a los ojos

**Tabla 23***Mira a los ojos*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Intervalos de edad_3	1,00	2	12	5	19
	2,00	0	23	2	25
	3,00	1	3	3	7
Total		3	38	10	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,387 <sup>a</sup>	4	,052
Razón de verosimilitudes	10,564	4	,032
Asociación lineal por lineal	,075	1	,784
N de casos válidos	51		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

Al igual que el resultado anterior, la progresión se repite siendo el grupo de edad más preocupado por este parámetro el correspondiente al intervalo 3 con la misma dinámica que el caso previo.

## CC4. Usa el humor

Tendencia parecida entre los diferentes intervalos en un elemento importante de la comunicación: los resultados se concentran en la frecuencia “a veces”.

## CC5. Usa el contacto físico

Uniformidad en el resultado en un parámetro en el que la tendencia de respuestas se acumula entre las frecuencias “no” y “a veces”.

## CATEGORÍA DISPONIBILIDAD

## CDI1. Intenta estar siempre que puede

Sin discusión: un parámetro en el que todos los intervalos, sin excepción, puntúan en el “no”.

## CDI2. Responde rápido a las llamadas

Sin significación estadística, nos hallamos ante un parámetro que arroja, sin embargo, algunos datos: es el intervalo dos –de entre treinta y uno y treinta y ocho años- el que más puntúa, con gran diferencia con los demás, en el “no”. Proporcionalmente, es el intervalo 3 –de entre cuarenta y uno y cincuenta y nueve años- el que más responde a la frecuencia “habitualmente”.

## CDI3. Invita a llamar cuando sea necesario

Si bien el resultado está repartido con bastante uniformidad, llama la atención cómo el intervalo 3 es el que muestra –proporcionalmente- mayor frecuencia a puntuar en el “habitualmente” y, sin embargo, está en el mismo porcentaje que los otros dos intervalos en la frecuencia “no”.

## CATEGORÍA ENTORNO

## CE1A. Entorno físico: ruido

Todas las categorías puntuaron en el “no” sin excepción

## CE1B. Entorno físico: temperatura

Mayoría de los “no” aunque con algo de representación en el “habitualmente”, siendo el intervalo 2, el que menos habitualmente lo hace (uno de veinticinco).

## CE1C. Entorno físico: limpieza

Mayoría, de nuevo, muy centrada en la frecuencia “no” que no nos permite establecer diferencias por grupos de edad.

## CE1D. Entorno físico: orden

**Tabla 24***Entorno físico: Orden.*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Intervalos de edad_3	1,00	19	0	0	19
	2,00	24	0	1	25
	3,00	5	1	1	7
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>51</b>

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,411 <sup>a</sup>	4	,052
Razón de verosimilitudes	7,093	4	,131
Asociación lineal por lineal	4,422	1	,035
N de casos válidos	51		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

Resultado que presenta un resultado explicable a partir del reparto desigual entre las frecuencias “no” y el resto. El grupo tres el único que presenta resultados positivos en el “a veces” y en el “habitualmente”.

## CE1E. Entorno físico: la cama

Resultado que arroja un resultado mayoritario en torno al “no” aunque es el grupo tres el que, en proporción, muestra una mayor tendencia al “habitualmente”.

## CE2A. Entorno familiar: se acerca si están

**Tabla 25***Entorno familiar: Se acerca si están.*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Intervalos de edad_3	1,00	18	0	1	19
	2,00	25	0	0	25
	3,00	5	1	1	7
Total		48	1	2	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,746 <sup>a</sup>	4	,045
Razón de verosimilitudes	7,655	4	,105
Asociación lineal por lineal	1,201	1	,273
N de casos válidos	51		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

Nos hallamos ante otro parámetro que, de forma general, resulta negativo, con gran tendencia al “no”. Sin embargo, es el intervalo 3 –correspondiente a las enfermeras más veteranas- el que presenta algo más de preocupación por el mismo –puntuando en el “a veces” y en el “siempre”-.

## CE2B. Entorno familiar: invita a preguntar

Una vez más, nos hallamos ante un resultado que muestra gran tendencia a fijarse en la frecuencia “no”, sin apenas diferencia entre los distintos intervalos.

## CE2C. Entorno familiar: invita a participar

Se repite la tendencia que hemos ido observando: todas las respuestas sin distinción por grupos de edad, se acumulan en el “no”.

## CE2D. Entorno familiar: flexibilidad horaria

Tal y como explicamos en el análisis por unidades, no hemos podido valorar este parámetro al hacer nuestras observaciones en el turno que coincide con las visitas.

## CATEGORÍA REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

## CR1. Hace algún comentario sobre los aspectos evaluados

**Tabla 26**

*Hace comentarios sobre algunos de los aspectos evaluados.*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Intervalos de edad_3	1,00	16	3	0	19
	2,00	20	2	3	25
	3,00	6	0	1	7
Total		42	5	4	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,909 <sup>a</sup>	4	,418
Razón de verosimilitudes	5,831	4	,212
Asociación lineal por lineal	,517	1	,472
N de casos válidos	51		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

Como podemos observar, hay poca reflexión sobre los cuidados humanizados o cualquiera de sus aspectos en general. Sin embargo son los intervalos 1 y 2 los que mantienen cierto “interés” por los mismos a tenor de los resultados observados.

## DIFERENCIAS POR GÉNERO

Ha sido el género uno de los factores que más ha influido en la evolución de la Enfermería. Siles (1999) afirmaba:

La función de la enfermera fue relegada a la subordinación del saber médico y definida con calificativos como altruismo, sacrificio, bondad, obediencia y pensamiento subteórico. Esta es la imagen que ha contribuido a perpetuar la dualidad entre ciencia y práctica. La compasión o el altruismo (características de la enfermera práctica) no pueden ser equiparados con el rigor y la objetividad del pensamiento científico...Esta distorsión ideológica satura todavía hoy la conciencia de buen número de enfermeras (pag. 136).

Con una historia así era imposible no estudiar las diferencias entre géneros: muchos de los hábitos que implican interés por un cuidado humanizado han sido otorgados de forma natural a la mujer.

### CATEGORÍA DIGNIDAD

#### CD1A. Privacidad: intimidad física

Parámetro que nos arroja un resultado sin significación estadística. Sin embargo, hemos podido apreciar que, proporcionalmente, las mujeres cuidan más habitualmente este parámetro que los hombres (el 66% frente al 50%).

#### CD1B. Privacidad: intimidad espacial

Resultados que invitan a pocos comentarios ya que las proporciones de respuesta de las diferentes frecuencias son bastante similares.

#### CD2A. Respeto: llama por su nombre

Los hombres llaman menos veces a los pacientes por su nombre: si sumamos los resultados de las frecuencias “a veces” y “habitualmente”, observamos que los hombres llaman a los

pacientes por su nombre en un 75% de las ocasiones mientras que las mujeres lo hacen un 90%.

#### CD2B. Respeto: se identifica

Se mantiene la tendencia del personal de ir poco identificado; sin embargo, observamos que, respetando la proporcionalidad, las mujeres “no” van identificadas un 87% de las ocasiones frente a un 66% los hombres.

#### CD3A. Estilo informativo: informa antes de...

**Tabla 27**

*Estilo informativo: informa antes de*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Género	Mujer	1	2	36	39
	Hombre	0	3	9	12
Total		1	5	45	51
<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		4,315 <sup>a</sup>	2	,116	
Razón de verosimilitudes		3,884	2	,143	
Asociación lineal por lineal		1,241	1	,265	
N de casos válidos		51			

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Podemos confirmar la tendencia del personal a informar a los usuarios antes de cada procedimiento; las mujeres suelen informar más “habitualmente” (92%) que los hombres (75%).

## CD3B. Estilo informativo: aclara las dudas

Sin tener significación estadística, y teniendo en cuenta que no pudimos valorar este parámetro en casi la mitad del número de hombres (cinco de doce), observamos que éstos no puntúan en “no” ni en “a veces”. Las mujeres, sin embargo, aclaran “habitualmente” las dudas en un mayor porcentaje de ocasiones que los hombres (69% frente al 58%).

## CD3C. Estilo informativo: invita a opinar y decidir.

El “no” rotundo no da lugar a dudas respecto a la posible diferencia de resultados en base al género.

## CATEGORÍA COMUNICACIÓN

## CC1. Se detiene a hablar

**Tabla 28***Se detiene a hablar*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Género	Mujer	19	18	2	39
	Hombre	10	2	0	12
Total		29	20	2	51
<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		4,584 <sup>a</sup>	2	,101	
Razón de verosimilitudes		5,285	2	,071	
Asociación lineal por lineal		4,338	1	,037	
N de casos válidos		51			

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Sin significación estadística, encontramos que el 83% de los hombres “no” se detiene a hablar frente al 48% de las mujeres. En la frecuencia de “habitualmente” los hombres no puntúan frente al 16% de las mujeres que sí aparecen en la misma.

### CC2. Escucha con atención

Las respuestas se concentran en el “a veces” (63% en las mujeres y 83% en los hombres), mientras que “habitualmente” las mujeres escuchan con más atención que los hombres (33% frente a un 16%).

### CC3. Mira a los ojos

Las mujeres miran a los ojos “habitualmente” más que los hombres (un 23% frente a un 8,3%) en un parámetro sin significación estadística.

### CC4. Usa el humor

El mayor número de observaciones en las mujeres quedó en la frecuencia “a veces” (el 64%); “habitualmente”, el 33% de los hombres usa el humor frente al 20% de las mujeres.

### CC5. Usa el contacto físico

**Tabla 29**  
*Usa el contacto físico*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Género	Mujer	15	20	4	39
	Hombre	9	3	0	12
Total		24	23	4	51
Pruebas de chi-cuadrado					
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		5,240 <sup>a</sup>	2	,073	
Razón de verosimilitudes		6,084	2	,048	
Asociación lineal por lineal		4,984	1	,026	
N de casos válidos		51			

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,94.

Resultado con cierta significación estadística basada en la ausencia de hombres que usan esta herramienta comunicativa en su trabajo diario de forma habitual: de hecho, el 75% de

ellos no la usa nunca. Las mujeres la usan, sobre todo, “a veces” (entre el “no” y el “a veces” sumarían 35 de 39 encuentros).

#### CATEGORÍA DISPONIBILIDAD

##### CDI1. Intenta estar siempre que puede

Sin significación: resultado absoluto y contundente: tanto enfermeras como enfermeros no están siempre que pueden. Lo hacen cuando es preciso (llamadas, realización de tareas, etc.).

##### CDI2. Responde rápido a las llamadas

Cierta similitud en el “no” de ambas categorías (50% los hombres y 43% las mujeres) que se repite en el “habitualmente”: 33% de los hombres y 41% en las mujeres.

##### CDI3. Invita a llamar cuando sea necesario

Un 58% de los hombres “no” invitan a llamar frente a un 38% de las mujeres. Las mujeres invitan a llamar “habitualmente” el doble de veces que los hombres.

#### CATEGORÍA ENTORNO

CE1A. Entorno físico: ruido/ CE1B. Entorno físico: temperatura/ CE1C. Entorno físico: limpieza/ CE1D. Entorno físico: orden/ CE1E. Entorno físico: la cama

Hemos decidido juntar todas las categorías del parámetro entorno físico en una sola porque se da la misma dinámica que en el resto de las tablas de contingencia: hay una escasa preocupación del personal por todo lo relacionado con el confort físico del paciente; de hecho, la mayor parte de las respuestas se concentran en el “no”. Sin embargo, en este punto hemos de insistir en que hicimos nuestras observaciones en momentos de la tarde relativamente tranquilos, lejos del desorden y el bullicio de los turnos de mañanas en los que se acumula el trabajo.

## CE2A. Entorno familiar: se acerca si están

**Tabla 30***Entorno familiar: Se acerca si están*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Género	Mujer	37	1	1	39
	Hombre	11	0	1	12
Total		48	1	2	51
<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
		Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		1,097 <sup>a</sup>	2	,578	
Razón de verosimilitudes		1,204	2	,548	
Asociación lineal por lineal		,434	1	,510	
N de casos válidos		51			
a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.					

No puede haber significación estadística en un parámetro en el que la frecuencia de los “no” es tan apabullante.

## CE2B. Entorno familiar: invita a preguntar

Nueva categoría con resultados muy parecidos al anterior: casi el 95% de las enfermeras “no” invita a preguntar a las familias como tampoco lo hace el 100% de los enfermeros.

## CE2C. Entorno familiar: invita a participar

Resultado dentro de la dinámica de los previos relacionados con la preocupación por la situación de las familias; en este caso, es un “no” absoluto de ambos géneros.

## CE2D. Entorno familiar: flexibilidad horaria

Sin posibilidad de valorar este entorno en nuestro horario de trabajo de campo.

## CATEGORÍA REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

## CR1. Hace algún comentario sobre los aspectos evaluados

**Tabla 31***Hace comentarios sobre algunos de los aspectos evaluados.*

		No	A veces	Habitualmente	Total
Género	Mujer	32	4	3	39
	Hombre	10	1	1	12
Total		42	5	4	51

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,041 <sup>a</sup>	2	,980
Razón de verosimilitudes	,042	2	,979
Asociación lineal por lineal	,001	1	,974
N de casos válidos	51		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,94.

Como ha venido ocurriendo en el tratamiento estadístico de este parámetro, nos encontramos ante una escasez de comentarios por parte del personal y, en este caso, una similitud de respuesta en ambos géneros.

### 4.1.3 Diario de Campo

---

#### CATEGORÍA DIGNIDAD

##### CD1A. Privacidad: intimidad física

- Planta P, 30/6, la enfermera 5 manda a salir de la habitación a la familia de una paciente para pincharle un anticoagulante subcutáneo.
- Planta A, 28/8, para coger una vía a una paciente que está sola en la habitación y está desorientada hacen salir al marido.
- Planta A, 8/9, la enfermera 12, la 11 y los dos auxiliares del turno tienen una conversación en una habitación cerrada sobre el paciente que está acostado –tiene un problema con la bolsa de colostomía y tiene, además, una urostomía, está muy débil y dolorido- y desnudo.
- Planta A, 11/9, las enfermeras 5 y 8 sacan indistintamente a las familias aunque el paciente esté solo para realizar cualquier procedimiento. No entiendo este sentido de la privacidad.
- Planta B, 17/9. Entramos a una habitación con una señora comatosa que está desnuda en la cama. Hace mucho calor y está acompañada de sus hijas. La enfermera 13 no dice nada. Más tarde me confiesa que no supo qué decir.
- Planta D, 3/11, el enfermero 42 pide a la esposa de un paciente que salga para revisar su reservorio.

##### CD1B. Privacidad: intimidad espacial

- Planta P, día 3/7/2014, la enfermera 1, hace la recepción a un paciente preguntando todos los datos del ingreso delante de su compañero de habitación (en la planta hay una pequeña sala de espera).
- Planta C, 22/10, el enfermero 34 habla con un paciente que apenas habla y no se ha querido levantar; para esto no hace salir a la familia del otro paciente.

- Planta D, 27/10, la enfermera 37 hace la valoración a la llegada de un paciente que había estado la semana anterior; la batería de preguntas las hace en presencia de su compañero. El paciente es positivo para Hepatitis y VIH.
- Planta D, 29/10, la enfermera 39 tiene una conversación con una paciente joven a quien hoy han informado negativamente sobre su proceso cancerígeno: todo acontece con la compañera de al lado presente.

#### CD2B. Respeto: se identifica

- Planta P, 26/6/2014, la enfermera 4 no lleva identificación y la mujer de una paciente dice a su marido: “Mira, esta es la chica que te pone las cosas”.
- Planta A, 1/9, la enfermera 8, recibe a un ingreso: no se presenta ni se identifica como enfermera aunque sí da los papeles con la información básica, números de teléfono, horas de visitas, etc.

#### CATEGORÍA COMUNICACIÓN

- Planta P, día 7/7/2014, la enfermera 3 se muestra incómoda ante una paciente agónica:” Es que no sabe uno qué hacer...”
- Planta P, día 18/7, la enfermera 5, mientras recibe a una paciente que llega de quirófano después de traqueostomía, se centra en hacerle el cuestionario y no se percata de que está llorando hasta un rato después.
- Planta B, 19/9, enfermeros 16 y 17. Apenas se dirigen a la mujer de un paciente con mal pronóstico que ha solicitado diferentes ocasiones poder hablar con los médicos.
- Planta B, 22/9, el enfermero 19 es preguntado por la madre de un paciente recién subido de quirófano politraumatismo por accidente de moto, si se puede quedar esa noche. Le dice que tiene que consultarlo con el turno de noche pero no se acerca a ella ni hay actitud de escucha o consuelo.

- Planta B, 24/9, los enfermeros 20 y 21 hablan con diferentes familias en los pasillos cosas que todas ellas agradecen.
- Planta B, 1/10, la enfermera 17 tiene una conversación con la hija de una paciente que refiere lo duro que ha sido para la familia el ingreso de su madre; al final la hija se siente agradecida: toda la conversación tiene lugar con la enfermera sentada en el control y la hija, de pie, por fuera.
- Planta C, 6/10, entro con la enfermera 26 a una habitación donde un paciente se pone a llorar; le pregunta por qué llora pero le dijo que pronto vendría la visita y se marchó. Me quedé un rato hablando con él. Le apetecía hablar de recuerdos en relación con sus hermanos y con su madre.
- Planta D, 6/11, estoy con la enfermera 35 un rato escuchando a un paciente de 76 años que ha ingresado ahora y está en clara fase de rechazo de su enfermedad.

#### CATEGORÍA DISPONIBILIDAD

- Planta A, 29/8, a la enfermera 6, un paciente le comenta que está preocupado porque lo operan la semana siguiente; le pasa la mano por la espalda y se va (este hecho podría estar enmarcado, también, en el parámetro comunicación).
- Planta A, 3/9, la enfermera 6 no está a pesar de admitir la existencia de algún paciente deprimido.
- Planta B, 2/10, enfermeros 23 y 24. Ambos admiten la presencia de un paciente depresivo a pesar de lo cual no se acercaron pr la habitación más allá de lo imprescindible (constantes, medicación, etc.)
- Planta C, 23/10, la enfermera 30 pacta con una paciente retirar una sutura por la tarde –en vez de hacerlo en el horario habitual- que vendrá su marido.
- Planta D, 3/11. Paciente pendiente de trasladar a país de origen; esa mañana debuta con cuadro psicótico –la paciente quiere que le hagan la eutanasia- y la familia ha contratado a una cuidadora. El personal apenas interactúa con ella.

## CATEGORÍA ENTORNO

- Planta P, 23/6/2014, la enfermera 1 recibe a un paciente y le hace la recogida de datos dando la espalda a su esposa que lo acompaña
- Planta P, 3/7/2014, la enfermera 2, cuando le hago notar la gran cantidad de visitas de una habitación responde: “Ellos saben que no puede haber más de dos personas por paciente”
- Planta P, día 10/7/2014, la enfermera 5 recibe a un paciente en su ingreso para tratamiento de radioterapia; viene acompañado de su familia. No dice nada a sus familiares
- Planta P, 3/8, mucha visita en las habitaciones.
- Planta P, 4/8, la enfermera 2 apenas dirige la palabra a la familia de una paciente agónica.
- Planta A, 1/9, no oímos nada en el cambio de turno de un paciente que reconoce una gran adicción al tabaco y ha solicitado ayuda para superarlo.
- Planta A, 8/9, la enfermera 12 tiene una conversación con la hija de una paciente que está muy mal; la hija se queja de que está mucho peor que cuando vino de la planta de origen. Nos da la impresión de la enfermera en vez de calmarla se justifica.
- Planta B, 18/9, el enfermero 15 tiene una conversación en el pasillo con el hijo de un paciente; muestra más interés por seguir con su labor que por escucharlo.
- Planta B, 1/10, la enfermera 16 llama la atención a la familia de una paciente que se juntan en un grupo de seis en la habitación; luego afirma que las familias hacen más caso a los enfermeros que a ellas.
- Planta D, 30/10, la enfermera 37 recibe a un paciente en mal estado que viene acompañado; tras acabar el protocolo sale de la habitación sin decir nada a su acompañante.
- Planta D, 6/11, en una habitación individual con una paciente en estado terminal, la enfermera 35 ofrece a la familia que la llamen cuando lo necesiten.

## CATEGORÍA REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

- Planta P, 23/6/2014, ambas enfermeras, mientras cargan toda la medicación incluyendo la del turno de noche (cerca de una hora de tiempo) se quejan del poco tiempo que tienen para estar con el paciente. La enfermera 1 hace un comentario negativo sobre los turnos de doce horas. Observamos que el personal invierte mucho tiempo en el ordenador
- Planta P, 26/6/2014, el personal almuerza todo junto en el office; no queda nadie en el control. Escuchamos un cambio de turno al personal de tarde puramente biomédico.
- Planta P, 30/6, escuchamos cambio de turno biomédico. La enfermera 5 comenta que las noches suelen ser tranquilas.
- Planta P, las enfermeras 2 y 4, respecto de la situación de la paciente agónica comentan que se ha tardado mucho en informar a la familia de la situación real de la paciente.
- Planta A, 25/8, los dos enfermeros almuerzan al mismo tiempo; no queda nadie en el control.
- Planta A, 26/8, la enfermera 3 comenta que se han perdido algunos buenos hábitos – privacidad-. El cambio de turno que pudimos oír biomédico excepto un comentario sobre un paciente que estaba “raro, no quiso bañarse esta mañana”.
- Planta A, 28/8, el cambio de turno oral lo da un médico de la planta.
- Planta A, día 29/8, las enfermeras 6 y 7 hablan del turno de 12 horas y concluyen que implica más libranzas, que se sale más cansada y se valora al paciente más horas aunque se le acaba conociendo menos. Comen juntas quedando el control vacío.
- Planta A, 3/9, se admite que en los cambios de turno se les había olvidado comentar la situación del paciente con gran adicción al tabaco.
- Planta A, 4/9, la enfermera 10 reconoce que le gustan más los turnos de doce horas pero admite que: “hay que reconocer que los cuidados...”.

- Planta A, 8/9, las enfermeras 11 y 12 opinan sobre los turnos de doce horas: aguantan los turnos pero acaban muy cansadas; “se ha bajado el listón; el personal trabaja sin sentido crítico ni reflexión”.
- Planta B, 29/9. Conversación con enfermeras 13 y 22 así como con las dos auxiliares del turno sobre la tesis. Concluyen que el trato no es malo pero admiten la existencia de hábitos que limitan la capacidad de recordar que tratamos con seres humanos con sus miedos, inquietudes, desvelos.
- Planta B, 2/10, el enfermero 23 cree que la deshumanización es debido a los recortes de las políticas sanitarias que desmotivan al personal.
- Planta C, 9/10, la enfermera 28, tras estar largo rato escuchando la queja de una paciente, me comenta por fuera de la habitación que debería de tener más tiempo para ese tipo de cosas.
- Planta C, 15/10, la enfermera 32 hace un comentario acerca de la escasez de personal.
- Planta C, 16/10, el enfermero 34 habla sobre lo duro que resulta para algunas familias, llevarse a los suyos a casa en un estado muy distinto al que los trajeron; así mismo hace un comentario acerca de algo que aprendió de una compañera durante su formación y era la necesidad de reflexionar sobre la práctica.
- Planta C, 23/10. Tuvimos la oportunidad de hablar con una paciente joven, con amputación de una pierna y otras patologías, de buen nivel cultural: paciente conflictiva. Me cuenta que ella quiere poder decidir sobre su enfermedad; se niega a trasladarse a otra planta donde no le permitieron a su madre –en quien se apoya mucho- entrar antes del horario de visitas-. Admite que le gusta saber y que pregunta al personal su nombre ni su categoría. Se interesa vivamente por la tesis.

#### 4.1.4 Recapitulación de los resultados de la Observación

---

Habida cuenta del volumen de factores analizados, hemos decidido hacer una recapitulación de los datos extraídos de nuestras observaciones con el fin de facilitar su comprensión y permitir, luego, un cruce de datos que pueda resultar más sencillo.

#### TABLAS DE FRECUENCIAS

---

##### DIGNIDAD

La intimidad física suele estar preservada aunque, habida cuenta de la importancia que este factor tiene para la dignidad de los pacientes, no con la suficiente “contundencia” que debiera (lo hace, habitualmente, un 62% del personal observado); la intimidad espacial apenas pudo ser valorada porque el personal de enfermería no suele tener conversaciones de carácter íntimo con los pacientes. Cuando lo hace, no se suele buscar un lugar con las características deseables para este tipo de comunicación. El porcentaje de personal que llama a los pacientes por su nombre es escaso y es, sin embargo, muy elevada, la cifra de enfermeras que no van identificadas. Está muy interiorizado entre el personal el hábito de informar a los pacientes antes de realizar cualquier procedimiento; igualmente suele responder a las dudas que aquellos les plantean. Sin embargo, cuando se trata de dar la iniciativa al paciente, el porcentaje negativo es apabullante: a los pacientes no se les invita a opinar ni decidir.

##### COMUNICACIÓN

El aspecto relacionado con la comunicación muestra a un personal que no se detiene a hablar con el paciente por iniciativa propia (entre los que no lo hacen y lo hacen solo a veces suman un 96% de los resultados) y que no suele escuchar con atención; otros signos que muestran una comunicación de calidad (como mirar a los ojos o usar el humor) se concentran mayoritariamente en el rango de frecuencia “a veces” y el uso del contacto físico está limitado a un 7,8% de las veces que el personal seguido en nuestro estudio lo ponía en práctica.

### DISPONIBILIDAD

El personal estudiado no busca el encuentro con el paciente que no esté vinculado a una tarea o demanda por parte de aquel: la estadística deja pocas dudas al respecto; la atención rápida a las llamadas es un asunto ya comentado que puede tener una clara explicación en la organización de las plantas en cuanto a la respuesta a los timbres de los pacientes. Solo un 31% del personal hace una invitación explícita a los pacientes a llamarlos cuando fuera necesario.

### ENTORNO

El ámbito físico –vinculado al confort del paciente- es tenido en cuenta muy poco en el personal observado: el nivel de ruidos, la temperatura, la limpieza, el orden de la habitación o el estado de la cama puntuaron con un “no” en el 100, 86,3, 94,1, 94,1 y 74,5% de las observaciones. Hay que reiterar, en este punto, que las primeras horas del turno de tarde –entre las 15 y las 18,30, tramo horario en el que, generalmente, realizábamos nuestras observaciones- suelen ser horas tranquilas, horas en las que la mayor parte de la labor vinculada a la higiene: limpieza de habitaciones, baños, aseos, cambio de ropas de cama, etc., ya está hecha. El ámbito familiar muestra unos resultados en los que, exceptuando la flexibilidad horaria ya aclarada como elemento poco valorable en nuestro horario de observaciones, podemos afirmar que las familias son las grandes olvidadas en los cuidados que la enfermería brinda en las unidades de hospitalización estudiadas; en este sentido, el porcentaje de “noes” a las cuestiones: se acerca si están, los invita a preguntar, los invita a participar fueron de 94,1, 96,1 y 100%.

### REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

En el 82,4% de las observaciones realizadas, el personal no hacía comentario alguno sobre este aspecto.

## TABLAS DE CONTINGENCIA

---

### DIFERENCIAS POR PLANTAS

#### DIGNIDAD

La unidad A es la que, proporcionalmente, puntúa menos en la intimidad física; la intimidad espacial pudo ser poco valorada como para darle relevancia a los resultados. A, D y P son las que más habitualmente llaman por su nombre a los pacientes. En la identificación del personal encontramos significación estadística explicable por las grandes diferencias entre los “no” (muy predominantes) y los habitualmente. Respetando la proporcionalidad, es la planta D aquella en la que más personal va identificado. Sin grandes diferencias en cuanto a la información a los pacientes antes de los procedimientos al igual que en cuanto a la aclaración de las dudas por parte del personal. En este punto destacan las unidades D y C las que más “habitualmente” lo hacen. No hay, sin embargo, diferencias, a la hora de invitar a los pacientes a opinar y decidir: “no” general de todas las unidades.

#### COMUNICACIÓN

Prácticamente en ninguna unidad el personal se detiene a hablar; sin grandes diferencias, el personal, de forma mayoritaria, escucha a los pacientes con la frecuencia “a veces”, lo mismo que ocurre con el apartado “mira a los ojos”. Es la planta D aquella en la que más pudimos observar el uso del sentido del humor por parte del personal. Sin embargo, el uso del contacto físico se dio muy poco de forma habitual destacando B y C en las que se da una sexta y una quinta parte de las veces (igualmente poco).

#### DISPONIBILIDAD

No hay diferencias entre las plantas a la hora de intentar estar con el paciente sin que medie una demanda por su parte: todas puntúan en el “no”; en cuanto a la velocidad en la respuesta suscribimos lo dicho en anteriores ocasiones. Encontramos, sin embargo, significación estadística en el subgrupo invita a llamar, destacando el hecho de que son las plantas médicas

las que más puntúan en el “no” mientras que en el “habitualmente” hay cierto equilibrio entre las quirúrgicas.

#### ENTORNO

En los apartados que medían la preocupación por el confort –ruido, temperatura, limpieza, orden- hubo un resultado muy parecido con tendencia mayoritaria al “no”; en el apartado que valoraba la preocupación por el estado de la cama encontramos significación estadística debido a que, aunque de forma general destaca el “no” en todas las unidades, las únicas en las que obtenemos respuesta en el “habitualmente” son las dos quirúrgicas. En el ámbito de la familia y/o allegados, la similitud en la respuesta entre unidades desvela algo ya comentado como es que las familias no son tenidas en cuenta en los cuidados de enfermería de las plantas: no se acude al encuentro con ellos, no se les invita a preguntar y, mucho menos, a opinar. La flexibilidad horaria ya ha sido comentada.

#### REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

No existe comentario o reflexión del personal que pudiera haber sido incluido en nuestras observaciones.

## DIFERENCIAS POR EDAD

### DIGNIDAD

La intimidad física aparece como un apartado bastante respetado en los diferentes intervalos; destaca que el número tres –enfermeras más veteranas- no puntúa en el “no”. La intimidad espacial resulta igual que en otras categorías. Es la frecuencia “a veces” aquella en la que concentran la mayor parte de las respuestas de los intervalos en la categoría llama por su nombre y abundan los “noes” en va identificado: respetando la proporcionalidad son las enfermeras del intervalo tres las que van menos identificadas. La mayor parte del personal, sin diferencias de edad, informa antes de los procedimientos, al igual que responde las dudas que los pacientes pudieran expresar. Por el contrario, no se invita a opinar a los usuarios y, mucho menos, a decidir.

### COMUNICACIÓN

La mayor parte de las respuestas al apartado se detiene a hablar se decantan entre el “no” y el “a veces”; proporcionalmente es el segundo intervalo el que más puntúa en el “no” (74%). El apartado escucha con atención resultó estadísticamente significativo debido a que las respuestas fueron variando progresivamente del “no” del intervalo 1 al “habitualmente” del 3 (de lo que se deduce que son las enfermeras veteranas las que más tienden a escuchar). En el apartado mira a los ojos se repite la tendencia anterior –y la misma significación estadística-. Usa el humor: se concentran en el “no”, y usa el contacto físico: mayoría en el “a veces”.

### DISPONIBILIDAD

La mayoría de los intervalos de edad puntuaron en el “no” al analizar si intentaban estar siempre que podían al lado del paciente; el intervalo tres (enfermeras de más edad) suele responder más rápidamente que el resto; de igual manera ocurre al valorar si invitaban llamar.

### ENTORNO

En los apartados ruido, temperatura y limpieza tendencia generalizada al “no”; tanto en los apartados que representaban la preocupación por el orden como por la cama, tendencia al “no” destacando el grupo de enfermeras más veteranas como el único que puntúa –aunque con escasa representación- en la frecuencia “habitualmente”. En lo que respecta al entorno familiar, encontramos significación estadística en el apartado se acercan si están donde se acumulan los resultados en el “no” pero es, de nuevo, el grupo tres, aquel en el que hay algo de tendencia al “habitualmente”; los otros dos apartados –invita a preguntar e invita a participar- se decantan claramente por el “no” sin diferencias que significar. No pudimos valorar el apartado flexibilidad horaria.

#### REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

Tan solo de manera minoritaria aparece algo más de interés por el cuidado humanizado en las categorías 1 y 2.

## DIFERENCIAS POR GÉNERO

### DIGNIDAD

Con escasa significación estadística, valoraremos los resultados respetando la proporcionalidad entre uno y otro género. La intimidad física es más respetada por mujeres, quienes también destacan a la hora de llamar al paciente por su nombre –ya aclaramos lo de la intimidad espacial-. Sin embargo, los hombres van más identificados que las mujeres. Éstas informan más que los hombres y aclaran más las dudas que aquellos, sin embargo, no invitan a opinar y/o decidir en ninguno de los casos.

### COMUNICACIÓN

Las mujeres, en general, y respetando la proporcionalidad, se comunican con “más calidad” que los hombres: se detienen a hablar algo más que aquellos, escuchan con más atención, miran más a los ojos durante sus encuentros con los pacientes y usan más el contacto físico. Los hombres, sin embargo, usan más el sentido del humor a la hora de relacionarse con los usuarios.

### DISPONIBILIDAD

Ni unos ni otras están sin razón que los conmine a ello; el aspecto de las llamadas ya ha sido comentado. Son las mujeres las que, proporcionalmente, invitan a llamar más que los hombres.

### ENTORNO

El entorno físico se caracteriza por una ausencia generalizada de interés por parte de ambos sexos; respecto al familiar, los resultados son también muy parecidos con gran tendencia a la “no” tanto en acercarse si están como en el invitar a preguntar o participar.

### REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

No hay tendencia a la reflexión destacable –ni siquiera respetando la proporcionalidad- en ninguno de los dos grupos.

## 4.2

### Resultados de las Entrevistas

---

Para valorar el resultado de las entrevistas hicimos una reducción de datos y los codificamos, sintetizando las transcripciones literales, en una matriz. Al final de cada una de las entrevistas y con el fin de dar una visión más global sobre la opinión que, como grupo, tenía el conjunto de las supervisoras, decidimos hacer una tabla más que recogiera las ideas (parecidas o similares) que el grupo tenía sobre las preguntas formuladas. Pretendíamos de esta manera, no solo enriquecer el discurso individual de cada uno de ellos sino poder dar una idea aproximada de la opinión del colectivo y, por ende, de las políticas que, como representantes de la dirección, se llevaban a cabo en el centro. Para llevar a cabo lo dicho, decidimos, en primer lugar, mostrar las matrices con los aspectos más relevantes de lo dicho por cada entrevistado; a continuación, profundizamos en las declaraciones de los mismos haciendo un análisis aderezado con parte de la bibliografía y con las impresiones que sus declaraciones nos transmitían. Al igual que hicimos en los parámetros de la observación decidimos también codificar los apartados de la siguiente manera: JU (Jefe de Unidad); 01, 02, 03 ó 04, según el orden en que fue entrevistado; V1, V2, V3 para señalar las categorías en las que se estructuró la entrevista: Puesto de trabajo, Cuidados de Enfermería, Cuidados Humanizados, respectivamente; y una letra A, B, C, D o E para las subcategorías dentro de cada categoría.

Así, si viéramos JU02\_V3B, sabríamos que corresponde a la entrevista del segundo Jefe de Unidad, sobre el parámetro Cuidados Humanizados y en concreto sobre la subcategoría ¿qué son para ti los cuidados humanizados?

A continuación mostramos un esquema de las categorías y sus apartados, con el respectivo código:

V	CATEGORÍAS	1	PUESTO DE TRABAJO	A	¿Qué es lo más que te gusta de tu puesto de trabajo?
				B	¿Qué es lo menos que te gusta de tu puesto de trabajo?
		2	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	A	¿Cómo definirías los cuidados de enfermería?
				B	¿Qué influencia tiene tu trabajo en los cuidados en tu planta?
		3	CUIDADOS HUMANIZADOS	A	¿Por qué crees que aparece el concepto de cuidado humanizado?
				B	¿Qué son para ti los cuidados humanizados?
				C	¿Se fomentan en tu Unidad los cuidados humanizados?
				D	¿Crees que se fomentan desde la Dirección los cuidados humanizados?
				E	¿Qué mejoras propondrías?

Figura 4: Codificación de las categorías de las Entrevistas

INFORMANTE JU 01

JU 01		PUESTO DE TRABAJO		CUIDADOS DE ENFERMERÍA		CUIDADOS HUMANIZADOS				
DUE	J.U.	MÁS	MENOS	DEFINICIÓN	INFLUENCIA	APARICIÓN	¿QUÉ SON?	FOMENTO U.	FOMENTO D.	MEJORAS
33	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me gusta todo</li> <li>• Me gusta la parte asistencial (hago demasiada parte asistencial)</li> <li>• Las relaciones (pacientes, equipo)</li> <li>• La poca parte de gestión que te dejan hacer realmente me gusta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más libertad para gestionar tu unidad (que la tengo a nivel organizativo)</li> <li>• Que yo pueda cambiar un turno a un DUE, que lo puedo hacer</li> <li>• Horas de permiso porque se las quieres dar, tú no lo puedes hacer</li> <li>• Necesitas personal especializado ; llevan varios años que el 80 o 75% me lo mantienen</li> <li>• Porque aquí a todo el mundo lo tratas por el mismo rasero seas bueno o malo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implica todo, lo que es el cuidado físico, psíquico y familiar.</li> <li>• Cuando entres, le sonrias al paciente</li> <li>• Que entres con una cara agradable</li> <li>• Que le soluciones un poco a los familiares</li> <li>• Es el sentarte un ratito a alegrar</li> <li>• Entrar a la habitación y vacilar con él</li> <li>• La OMS decia que había que trabajar por pacientes</li> <li>• Los cuidados se mejoran muchísimo cuando son personalizados</li> <li>• Hago una cura perfecta y si vas de mal humor, es lo que se lleva de recuerdo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda, tienes que dirigir los cuidados y supervisarlos, yo creo que somos el pilar más importante en cuanto a los cuidados del paciente</li> <li>• Yo soy autoritaria y controladora</li> <li>• Tienes que dirigir y darle libertad a ellos</li> <li>• Tengo una auxiliar ahí que GAD se va y se han quejado por arisca</li> <li>• La parte asistencial si la controlo porque paso planta con los médicos</li> <li>• Lo ideal sería que cada enfermera pasara su lado pero no les da tiempo</li> <li>• Yo les anoto todo y ellos me lo miran en el libro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sé por qué aparecen</li> <li>• Eso de procedimientos, diagnósticos y todo ese rollo que está fomentando en las escuelas con lo cual quitas tiempo a que me sienten con tranquilidad porque como tengo que ir corriendo al ordenador</li> <li>• El año que viene intentaremos un estudio para cambiar un diagnóstico de la NANDA</li> <li>• No todo el mundo le enseñan lo mismo porque en las escuelas de enfermería van de mal en peor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La recuperación del 50% de los pacientes es la parte de humanidad que tú le das y de cariño</li> <li>• Mientras tú le estás haciendo la cura estás hablando con el paciente y le gastas una broma y sonrie y tal, el hombre se queda feliz</li> <li>• Pero eso de ¿qué tal abuelo, qué tal tú? Yo sigo tratándolos de usted.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal, GAD es bastante cariñoso con los pacientes</li> <li>• La imagen que damos es importante</li> <li>• No te das cuenta, hablas alto o te ries alto, el familiar eso no lo entiende</li> <li>• Es bastante difícil que ellos se mentalicen</li> <li>• La uniformidad</li> <li>• Luego está otro porcentaje que, pues el carácter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo creo que pasan</li> <li>• Con nuestra Dirección, se obligó a las plantas a trabajar por pacientes</li> <li>• Eso es una labor más de los supervisores que de la Dirección porque quien está aquí todo el día somos los supervisores</li> <li>• Los informes de alta aquí se hacen porque es un objetivo general pero que no dicen nada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas de comunicación de saber escuchar, de relacionarte</li> <li>• De esas técnicas que no son específicas de enfermería</li> <li>• Hay un montón que son sencillitos</li> <li>• Lo tienes que hacer porque va dentro de tu preparación como enfermero, como un reciclaje</li> <li>• Apoyados por la dirección, le tienes que dar facilidad al personal</li> <li>• Si la gente trabaja contenta se nota un montón</li> </ul>

Figura 5: Entrevista informante JU 01

## PUESTO DE TRABAJO

## JU01\_V1A. ¿Qué es lo más que te gusta de tu puesto de trabajo?

Llama la atención el hecho de que reconozca que hace “*demasiada*” parte asistencial y luego que haga referencia a “*la poca parte de gestión que me dejan hacer*”. Por otra parte, más adelante, admite que el trabajo con los pacientes ostomizados lo hace en horario laboral: “*se me va la mañana con ellos; cuando me doy cuenta son las tantas y yo sin hacer lo mío*”. Nos queda por saber a qué se refiere cuando habla de gestión y qué factores inciden en ese poco tiempo que le queda.

## JU01\_V1B. ¿Qué es lo menos que te gusta de tu puesto de trabajo?

En este aspecto podemos apreciar una serie de quejas que se contradicen casi sin acabar la misma frase; en cuanto al aspecto de la cualificación del personal, entendemos que habla más de personal formado y con experiencia para, seguidamente, admitir que en los últimos tiempos ha habido una preocupación por mantener, desde las direcciones, una buena proporción de personal de su unidad estable. En los últimos años hemos podido oír en multitud de ocasiones quejas parecidas respecto al personal; históricamente, hasta la aparición de las especialidades, en nuestro centro se ha considerado que el único personal especializado – entendiéndose por tal al personal con cierta experiencia en cuidados intensivos, por lo tanto no con una formación específica- era el perteneciente a dichas unidades (Coronarias, U.C.I., Prematuros, Recuperación de Quirófanos, etc.). A la hora de las contrataciones, se tenía en cuenta esta premisa haciendo malabarismos con las listas de contratación para lograr que este personal tuviera cierta preferencia al cubrir los huecos de dichas unidades. Se muestra, también, una preocupación por el tema de la motivación del personal y el hecho de que a todo el mundo se le trate por igual; resulta conveniente aclarar en este punto la existencia de unos criterios de evaluación que permiten establecer claras diferencias entre unos evaluados y otros

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

## JU01\_V2A. ¿Cómo definirías los cuidados de enfermería?

Por un lado, vemos algo que se repite en el resto de los entrevistados como es el hecho de que todas/os tienen clara la visión de los cuidados compartimentada entre los aspectos meramente técnicos (procedimentales) y el cuidado del paciente desde la perspectiva más emocional, perspectiva que engloba también a su entorno. De hecho, algunos aspectos recogidos responden a algunos de los criterios observados en el trabajo de campo: *“cuando entres le sonrías al paciente”, “que le soluciones un poco a los familiares”, “es el sentarte un ratito a alegrar”, “entrar a la habitación y vacilar con él”...*

## JU01\_V2B. ¿Qué influencia tiene tu trabajo en los cuidados en tu planta?

Hemos podido observar cómo en este ámbito hemos extraído, sin pretenderlo, información respecto al estilo directivo de cada uno de los entrevistados; y si bien es cierto que esta información no responde directamente a nuestros objetivos de investigación, nos ha parecido relevante analizarla porque de aquí se puede desprender una forma de entender la gestión de los cuidados, una cierta forma, por tanto, de transmitir cierta cultura de los cuidados. En este caso nos encontramos con una supervisora que se considera así misma autoritaria y que, sin embargo, parece que no puede hacer nada ante la presencia de una trabajadora *“arisca”* y que se va *“gracias a Dios”*. Considera a la supervisora el *“pilar más importante en cuanto a los cuidados”* aunque, una vez más, su labor parece demasiado centrada en la parte asistencial (*“esta parte la controlo porque paso visita con los médicos todos los días”*). Admite, al mismo tiempo, que cada enfermera debería pasar visita de los pacientes de su lado pero *“no les da tiempo”*. La solución es *“yo les anoto todo y ellos me lo miran en el libro”* en un estilo muy paternalista que fomenta la distancia entre enfermera y paciente relegando a la misma a una labor encorsetada por las tareas: *“Mermar la autonomía profesional disminuye la inclinación de los prácticos hacia la investigación in situ sobre la práctica y hacia la reflexión”* (Donald Schön, 1992, pág 275); al mismo tiempo, se transmite la sensación de que su propia valoración como Jefa de Unidad depende de ese *“control de la parte asistencial”*, una forma de

reivindicarse ante los médicos (e indirectamente, y sin pretenderlo, de mostrar sus prioridades a su personal perpetuando una forma de entender la gestión de los cuidados y de la misma profesión).

## CUIDADOS HUMANIZADOS

### JU01\_V3A. ¿Por qué crees que aparece el concepto de cuidado humanizado?

A pesar de admitir no saber por qué aparece el concepto de cuidado humanizado, llama la atención la confusión entre una parte de la teoría enfermera que desde hace años se enseña en las escuelas y el tema que nos ocupa; observamos cómo le sirve de pretexto para hacer una crítica al uso extendido del ordenador como elemento que, según su juicio, ha servido para distanciar aún más a las enfermeras de los pacientes. Paradójicamente, más adelante nos revela que, a raíz de una observación crítica hecha por sus enfermeras sobre el uso de escalas para medir determinados parámetros, se plantean la posibilidad de proponer el cambio de un diagnóstico de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), principal organismo que lidera, a nivel internacional, los códigos diagnósticos enfermeros.

### JU01\_V3B. ¿Qué son para ti los cuidados humanizados?

Reaparecen algunos de los elementos estudiados en la observación aunque sin que estén integrados en la cultura laboral diaria; tal y como están descritos parecen depender de la buena voluntad del personal aunque se reconoce su importancia fundamental para la evolución del paciente; una vez más se describe otro elemento del respeto al paciente detectado en la práctica diaria –el uso del tú o el usted- cuya aparición, según su apreciación, depende de la educación del profesional (aprovecha para hacer nueva crítica a la formación en las escuelas universitarias de enfermería).

### JU01\_V3C. ¿Se fomentan en tu Unidad los cuidados humanizados?

La reiteración en la buena voluntad del personal (“*el personal, gracias a dios, es bastante cariñoso con los pacientes*”) y la detección de elementos que inciden directamente en la humanización del cuidado –“*no te das cuenta, hablas alto o te ríes alto y el familiar eso no lo*

entiende”, “*la uniformidad es importante*”- chocan con la aceptación –“*es bastante difícil que ellos se mentalicen*” de su incapacidad para tratar estos aspectos (tratándose de alguien que se ha descrito así misma como autoritaria y a quien le gusta controlar mucho).

#### JU01\_V3D. ¿Crees que se fomentan desde la Dirección los cuidados humanizados?

Hay una confusión entre el concepto de trabajo por pacientes (que, sin duda, redundaría en una mejor atención al mismo) y el cuidado humanizado. Hace una crítica a los procedimientos informatizados que forman parte del protocolo del centro al mismo tiempo que admite que el fomento del cuidado humanizado debe de partir de los jefes de unidad.

#### JU01\_V3E. ¿Qué mejoras propondrías?

Este es quizás el aspecto que más nos ha sorprendido a tenor del desarrollo de la entrevista no solo porque demuestra un análisis de algunas de las principales carencias del personal de enfermería en su trato diario con el paciente sino porque propone mejoras que, de alguna forma, coinciden con algunas de las propuestas que haremos como aportaciones a la profesión en las conclusiones de este estudio. Es cierto que llama la atención que no da el valor suficiente a los mismos (“*hay un montón de cursos que son sencillitos*”) o que considera que esta formación no es específica de Enfermería (nosotros, sin embargo, consideramos que no siendo herramientas exclusivas de nuestra profesión sí que deberían de formar parte de la estructura curricular en la formación universitaria del colectivo):

*“No, y en, por ejemplo, una persona puede ser observadora o no ser observadora. Si eres enfermero tienes que ser observador, y si no sabes, te enseñan. Una persona puede ser empática o no; pero si eres enfermera tienes que ser empática, y, si no sabes, te enseñan. Y así, con todo. Hay un montón de cuestiones, dentro de nuestras herramientas personales, que son herramientas, además, profesionales, y que tienen que ser herramientas profesionales”* (Noviembre 2008, Enfermera L0, extracto de un grupo de discusión del proyecto de D.E.A.)

Llama también la atención que se haya detectado la necesidad de que esta formación forme parte fundamental del reciclaje del personal de enfermería ya que, al hacerlo, se valora su importancia; al mismo tiempo se hace hincapié en la necesidad de contar con el apoyo desde las direcciones para colaborar en aspectos como la cobertura del personal.

INFORMANTE J.U. 02

JU 02		PUESTO DE TRABAJO		CUIDADOS DE ENFERMERÍA		CUIDADOS HUMANIZADOS				
DUE	J.U.	MÁS	MENOS	DEFINICIÓN	INFLUENCIA	APARICIÓN	¿QUÉ SON?	FOMENTO U.	FOMENTO D.	MEJORAS
	30 22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empujar para hacer la enfermería que yo creo que debe ser</li> <li>• A mi me gusta la gestión y yo disfruto con lo que hago</li> <li>• Que se haga el mejor tipo de enfermería y lo más cerca, el estar lo más cercano al paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tener que decir que no a muchas cosas</li> <li>• La objetividad terrible que tienes que tener para ser justa como mando</li> <li>• Pelea continua para que las cosas se hagan de una forma ordenada</li> <li>• Las situaciones conflictivas con pacientes y familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar al lado del paciente</li> <li>• Cubrir aquellas necesidades que tiene el paciente en todos los ámbitos</li> <li>• Paliar todas aquellas necesidades, la soledad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La figura de la supervisora es fundamental para los cuidados que las enfermeras dan</li> <li>• Una persona que retome aquellas cosas que puedan salirse de la línea</li> <li>• Una persona que esté continuamente encima para que las cosas sean atendiendo a los protocolos establecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empiezas a ver que te vas mucho por lo tecnológico</li> <li>• La tecnología que tú quieras se la vas a aplicar a un señor al que no puedes olvidar que es una persona a la que tienes que cuidar de forma humana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A lo mejor, lo que necesito es que te sientes conmigo a hablar diez minutos o a que yo te cuente mi vida en cinco minutos</li> <li>• Perfecto, tenemos los medios técnicos maravillosos pero tengo cuidándome a un señor que ni me habla, me ladra y me maltrata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo creo que si, pero no se da todo lo que probablemente todos y cada uno de los pacientes que tenemos necesita</li> <li>• Yo creo que mi personal está muy cerca del paciente en el lado humano</li> <li>• El volumen de trabajo, son pacientes con muchos cuidados básicos y ni siquiera mientras estás dando de comer, puedes dedicarle esa atención que a lo mejor está necesitando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las direcciones tienen esa bandera, luego ya el día a día y los medios que tenemos a lo mejor dicen otra cosa</li> <li>• Directrices específicas yo casi diría que no</li> <li>• A lo mejor los objetivos tendrían que ir en base a otras cosas</li> <li>• Teóricamente el hospital tendría que trabajar igual</li> <li>• De entrada, la propia organización no es humana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidad horaria</li> <li>• Primero que nada tendría que haber una línea maestra en cuanto a organización</li> <li>• Si la técnica es buena para el paciente, es buena para su familiar</li> <li>• El acompañante facilita el trabajo, el paciente está más tranquilo</li> <li>• Lo tenemos en nuestras manos; otras personas que no dan cuidados tan directamente pueden encargarse para que podamos atender esa parte más humana</li> </ul>

Figura 6: Entrevista informante JU 02

## PUESTO DE TRABAJO

## JU02\_V1A. ¿Qué es lo más que te gusta de tu puesto de trabajo?

Nos encontramos ante un caso en el que, para la persona entrevistada, no existen dudas respecto a lo más que le gusta del puesto: “...que tú, de alguna manera, hiles una forma de hacer enfermería”; llama la atención que incluye en ese forma, las directrices que, desde las direcciones, pueden marcar una manera de gestión; también es significativo el hecho de que haga autocrítica: “...para que las cosas se hagan de una manera determinada, que puede estar equivocada o no”, y más adelante: “si, realmente, tú tienes una posición en el sentido de que, bueno, de que sabes lo que estás haciendo y, o por lo menos crees saberlo, y eres honesto con lo que estás haciendo y tal, yo creo que sí se pueden conseguir (cosas), es el puesto ideal”, una persona enamorada de su profesión: “si eres enfermero, si te gusta la enfermería...sientes los cuidados, sientes la enfermería, es un puesto en el que puedes hacer un montón de cosas porque esa enfermería sea lo más real posible y de la mayor calidad posible”.

## JU02\_V1B. ¿Qué es lo menos que te gusta de tu puesto de trabajo?

Describe claramente los conflictos de los puestos intermedios de grandes organizaciones con estructuras jerárquicas muy verticalizadas: hacia arriba –con los superiores-, hacia abajo –con el personal- (“eres el queso del sándwich, porque es verdad, porque es que tienes a todo, por arriba, por abajo...”) y con las familias: “...ante cualquier problema, obviamente, sea con quien sea, con cualquier categoría de compañeros, con la gente que son tus colaboradores, con los familiares, con los pacientes, eres la cara de cualquier problema que se plantee; tener problemas y enfrentarlos, que no siempre tienen una fácil solución, no es fácil...”.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

## JU02\_V2A. ¿Cómo definirías los cuidados de enfermería?

Una vez más –aunque de una manera más completa- se hace hincapié en el concepto de cuidado como el de un todo que engloba las necesidades del paciente, la visión holística del concepto: “*estar al lado del paciente y cubrir...todas aquellas necesidades que tiene el paciente en todos sus ámbitos*”, si bien nos parece oportuno destacar aquí que la frase empieza con estar al lado lo que entronca con el origen mismo de la tesis, con la frase que despertó el interés por nuestra investigación:

(...) Pero esa cercanía a la persona con sufrimiento, a la persona que padece, como paciente, como padecere, ¿no?, eso creo que, en ocasiones, este salto nos separa de esa competencia fundamental de la enfermería que es la de cuidar y cuidar no lo puedes hacer desde lejos, tienes que estar cerca del usuario (C1, entrevistas iniciales, 07/06/ 2011)

## JU02\_V2B. ¿Qué influencia tiene tu trabajo en los cuidados en tu planta?

Como todos los Jefes de Unidad, entiende que es un puesto cuya labor resulta fundamental hasta el punto de considerarlo esencial en el tipo de cuidados que de el personal “*la actitud que tenga la supervisora que es, obviamente, enfermera –reivindica sus orígenes muchas veces olvidados cuando largas estancias en el puesto se vinculan a una ausencia de autocrítica- ante los cuidados a dar, yo creo que determina mucho como van a ser los cuidados que den el resto de las enfermeras que trabajan con ellas*”. Hay un aspecto que tiene que ver con la visión que, desde estos puestos de gestión, se tiene de la responsabilidad del personal y que hace que nos planteemos la cultura profesional que ha predominado en nuestro entorno: “Está clarísimo que todo el mundo sale de la escuela con una formación y una capacitación pero bueno...yo creo que es fundamental el que haya una persona que, no solamente retome aquellas cosas que se puedan salir de la línea sino que esté continuamente encima para que las cosas sean como es debido. No como piense la supervisora sino atendiendo a los protocolos establecidos”. Estamos pues ante uno de los roles más claramente aceptados por los jefes de unidad entrevistados, el rol de supervisora como controladora del trabajo y el cumplimiento de las normas y protocolos.

## CUIDADOS HUMANIZADOS

## JU02\_V3A. ¿Por qué crees que aparece el concepto de cuidado humanizado?

“A ver, yo creo que fundamentalmente eso es lo que ha sido siempre el cuidado, los cuidados tienen que ser humanizados”. De esta forma tan clara abre la respuesta esta supervisora hasta que es preguntada acerca de por qué cree que (re) surge el concepto: “...pues pasas de lo básico de lo que pudo haber sido los inicios de los cuidados enfermeros, a tecnología, a...no sé a un devenir de montones de cosas hasta que al final yo creo que bueno pues sí, pues te paras o alguien ve realmente, o empiezas a ver que o bien te vas mucho por lo tecnológico o lo mejor no es eso pero no lo sé...”. Un argumento encontrado en repetidas ocasiones y que ha dado motivo a algunos estudios acerca del difícil equilibrio entre tecnología y cuidado humanizado.

## JU02\_V3B. ¿Qué son para ti los cuidados humanizados?

“Tienes que cuidar de forma humana no hay más”; “tengo cuidándome a un señor que es que ni me habla, me ladra y me maltrata: para nada sirve el escáner más maravilloso del mundo”. Hace referencia a algunos de los aspectos valorados en el trabajo de campo: comunicación, respeto, dignidad...aunque señala algunos más en otro momento: “lo que necesito es que te sientes conmigo a hablar diez minutos o a que yo te cuente mi vida en cinco minutos”. Es interesante esto último por cuanto que no solo hace referencia a la comunicación como herramienta y proceso fundamental del cuidado sino al tiempo dedicado “exclusivamente” a esa persona, aunque se trate de un rato (diez minutos). Más adelante hace referencia a otro aspecto valorado en nuestro trabajo de observación: el rol del acompañante: “el cuidado al paciente incluye a su familiar, o al señor que el paciente quiera, su cuidador, su amigo o quien sea, el vecino, ¿no?”. En este sentido, Khalaila & Litwin (2011) señalan: “The vast majority of caregivers in the study reported that they prefer family care” (pag: 1621).

## JU02\_V3C. ¿Se fomentan en tu Unidad los cuidados humanizados?

En este caso, de la misma manera que, de forma general, asocia la (re)aparición del concepto cuidado humanizado al dominio de la visión tecnológica (¿biomédica?) de nuestra

profesión, encontramos un factor esgrimido en multitud de encuentros: las cargas de trabajo: “...y es que el volumen de trabajo, y aunque esto parezca un tópico, es real, el volumen de trabajo...es que son pacientes con cuidados básicos, con mucho cuidado básico, que te requieran mucho tiempo, y entonces sí es verdad que tú dices, bueno, vale, tienes treinta y dos pacientes de los cuales probablemente veintiséis sean dependientes: perfectamente. Mientras tú estás bañándolo, mientras estás dando de comer, mientras tal, obviamente le estás dando ese tipo de cuidado pero es que probablemente necesite más tiempo cuando no lo bañes, cuando no, y ese cuidado es el cuidado que no le puedes dar...ni siquiera...puedes dedicarle esa atención que a lo mejor el paciente está necesitando”. Es evidente, y lo constatamos a diario en nuestro trabajo, que la organización no estimula el fomento de este tipo de atenciones, de esta parte tan vital del cuidado: “These are moment when we should not be multitasking and truly need to focus on the present, the task, or the person we are with. We need to take the time to care” (Authier, 2008: 5). Sin embargo, es importante recalcar que en este apartado hemos intentado valorar si se fomenta en la unidad, elemento integrante de la escala de la organización pero con cierto nivel de autonomía dentro de ese esquema como así mismo reconoce la persona entrevistada: “a pesar de todo yo creo que hoy en día...acabamos siendo soberanos en nuestra casa”.

#### JU02\_V3D. ¿Crees que se fomentan desde la Dirección los cuidados humanizados?

Existe la aceptación inicial de que, a priori, todas las direcciones de enfermería se preocupan por este aspecto: “yo creo que todas las direcciones de enfermería tienen esa bandera” para más tarde afirmar: “...hay momentos en los que la dirección o la empresa – curioso razonamiento que discierne entre la empresa y las direcciones- no te da esos medios para que tú cumplas con ese cometido...”. Cuando insistimos acerca de la presencia de políticas concretas que nos orienten en este sentido la respuesta varía: “directrices concretas, específicas yo casi diría que no...a lo mejor los objetivos –de carácter anual, son marcados por las direcciones- tendrían que ir en base a otras cosas” y acaba diciendo: “...de entrada ya la propia organización no es humana”.

## JU02\_V3E. ¿Qué mejoras propondrías?

En este aspecto la persona entrevistada esgrime argumentos muy claros que subrayan, por segunda vez, el papel pasivo de las direcciones en el ámbito de nuestro estudio: “...yo creo que, de entrada, tendríamos que tener eso, unas líneas organizativas” con el fin de unificar criterios que, según lo transcrito, varían mucho de una unidades a otras. Posteriormente empieza a describir, de manera más concreta, algunas medidas a tomar: “...los horarios...de ninguna forma yo le puedo decir a un señor que su mujer, su hijo, su madre se está muriendo o no...está enferma, y ya eso par él puede suponer una crisis...usted no puede estar aquí sino de doce a ocho...eso a mi me parece una aberración” para pasar luego a un tema que siempre nos ha preocupado y es la participación directa de los familiares o personas importantes para el paciente en los cuidados del mismo y las resistencias que la enfermería ha mostrado históricamente a este tipo de aperturas: “...vamos a ver, tú sabes hacer un baño, tú sabes bañar a un paciente correctamente, ¿cuál es el problema para que alguien vea tu baño?, si lo ve el paciente que es el que lo sufre, si la técnica es buena para el paciente es buena para su familiar, si su familiar lo baña en casa ¿por qué no lo va a bañar aquí?...el tema de los acompañantes es que, encima, nos facilita el trabajo, el paciente está más tranquilo, el familiar está más tranquilo...lo tenemos en nuestras manos”. Por último, deja constancia de los escasos recursos humanos de que disponemos para las actuales demandas de cuidados de nuestra sociedad (motivadas, principalmente, por el envejecimiento de nuestra población y los cuidados derivados de esta circunstancia): “...el que yo lleve al señor al escáner es importante, el que tenga material y lo ordene para, claro que sí, pero hay otras personas que no dan cuidados tan directamente que pueden encargarse de ese tipo de cosas para que los que damos cuidados podamos dar, atender más esa parte humana”.

INFORMANTE J.U. 03

JU 03		PUESTO DE TRABAJO		CUIDADOS DE ENFERMERÍA		CUIDADOS HUMANIZADOS				
DUE	J.U.	MÁS	MENOS	DEFINICIÓN	INFLUENCIA	APARICIÓN	¿QUÉ SON?	FOMENTO U.	FOMENTO D	MEJORAS
25	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formar equipo</li> <li>Llevar la responsabilidad de una planta y tener un personal unido a la hora de trabajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema funciona lentamente</li> <li>Pelearme para que me hagan cuatro escáners o que venga un solo fisioterapeuta o esperar una ambulancia cinco horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desde la cura de una vía hasta un todo con su familia, con el entorno, su problemática y su rollo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al principio mi forma era tener siempre al paciente lo más cuidado posible</li> <li>Creo que he tenido un equipo que me ha entendido</li> <li>Ahí es donde juego yo, de tal manera que en el momento que no pueden entonces entro yo y remato yo y voy yo y saco el apuro yo, pero generalmente ellos saben solucionar todo el problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿A qué te refieres, a lo de las valoraciones de enfermería?</li> <li>Pero bueno, eso es lo que hacemos directamente a diario, ¿no?</li> <li>Entiendo que ellos también se estresan, que hay un montón de presión, que no hay personal, y entonces se desbordan y se salen fuera del surco</li> <li>Pero bueno, yo tengo un equipazo, pocas veces me pasa pero si pasa, a mi me ha pasado muchas veces.</li> <li>Hay veces que son más los auxiliares, están más pegados a los pacientes y dan más con las familias que es donde más tropiezos hay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanizado es que tratamos al paciente como una persona con su entorno</li> <li>No lo trato como un treinta ocho barra, sino una persona que tiene un problema, que lo cuidamos en su totalidad con todo su entorno familiar, con su entorno psicológico estresante que está en un hospital metido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yo trato al paciente como si fuera yo, eso es lo que he inculcado a mis enfermeros</li> <li>Generalmente ellos solos saben como funcionan, también lo he inculcado yo, lo inculco todos los días</li> <li>Tenemos familias que se llevan a los pacientes a casa y semanas antes los enseñamos a cambiar pañales, cambios posturales, baños en cama, alimentación por la PEG</li> <li>La familia tiene que estar y si no la buscamos y si no, la asistente social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Te han dado más medios, poco más de medios</li> <li>Me tengo que adaptar a lo que tengo</li> <li>Me imagino que tendrán el mismo problema que yo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que me cubras al personal, que me funcionen los escáners, que me vengan las ambulancias y que yo tenga mi personal que quiero</li> <li>Yo no puedo estar pidiendo una caja de gasas porque el almacén no me sirve</li> </ul>

Figura 7: Entrevista informante JU 03

## PUESTO DE TRABAJO

JU03\_V1A. ¿Qué es lo más que te gusta de tu puesto de trabajo?

“*Formar equipo y llevar la responsabilidad de toda una planta*” para más adelante hacer hincapié en un aspecto interesante: “...y de tener un personal unido”.

JU03\_V1B. ¿Qué es lo menos que te gusta de tu puesto de trabajo?

De manera contundente y reiterada insiste en los “*efectos del sistema*” como factor más influyente en lo que menos le gusta de su puesto de trabajo: “*todo el sistema funciona lentamente y si quieres lograr algo tienes tú que luchar por él, pelear por él, llamar tú para que se te hagan todas las cosas...pero claro, el sistema funciona como funciona...eso quema, ¿eh?*”. Sigue dando ejemplos concretos: “...a mi me gustaría tener tres fisioterapeutas para mi, cuánto adelantarían los pacientes míos en vez de un cuarto de hora que le da X (fisioterapeuta que va a la planta) a mis pacientes les diera una hora diaria a cada uno, joder, no tenía ni pacientes ni crónicos...”. Preguntado acerca de si eso “*quema*” más que los conflictos con personal o familias dice: “...las familias hay familias de todo tipo pero...generalmente todo el mundo entiende y comprende las situaciones. Y problemas con el personal, yo pocos...muy pocos...y si tengo un caso puntual se arregla sobre la marcha”, solo que más adelante admite: “...este despacho si soltara todo lo que tiene que soltar, muchas broncas he echado yo aquí...”. Finalmente deja un apunte que nos remite a la primera de las entrevistadas: “...luchas más contra las posibles pegas que te pone el sistema que realmente con lo que tú verdaderamente te gustaría hacer; si lo tuvieras a tu mano pues lo harías como más fácil, todo más fluido, saldría todo mejor...”

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JU03\_V2A. ¿Cómo definirías los cuidados de enfermería?

Como hemos podido observar en el resto de las entrevistadas, existe una idea bastante clara acerca de la división entre la parte estandarizada de los cuidados –curas, medicación, pases de visita...- y el aspecto relacionado con el ámbito emocional que concierne al paciente y los que

le rodean: “...los cuidados de enfermería va desde la cura desde una simple vía hasta la un todo total del paciente” para más adelante especificar: “...vamos que no solo es una cura de una cura plana o un quitar puntos”. Lloyd (1990) habla del sanador y afirma que lo que le interesa a éste va mucho más allá de los casos reconocibles de personas que están enfermas; el sanador se ocupa de todo lo que está en pugna con estar bien, incluidos los sentimientos.

#### JU03\_V2B. ¿Qué influencia tiene tu trabajo en los cuidados en tu planta?

Nos encontramos con un Jefe de Unidad que refiere haber inculcado a su personal una forma de entender el cuidado a los pacientes: “...es mi forma de ser, yo trato al paciente como si fuera yo, como si fuera mi familiar, entonces eso es lo que he inculcado yo a mis enfermeros” para lo cual ha sido fundamental la creación de un equipo que responda a esa forma de entender el cuidado: “...creo que he tenido un equipo que me ha entendido desde el principio, que lo quiero así, que lo quiero con educación, que lo quiero con cariño y que lo quiero que lo trates así. Eso se ha logrado”. Al mismo tiempo intenta distanciarse de las formas autoritarias de gestión aceptando cierto grado de autonomía y competencia de su personal mientras reconoce ser firme cuando la situación lo requiere: “...yo dejo que los enfermeros hagan, no es que vigile, ¿vale?...yo estoy oyendo y también opino, igual que ellos, y opinamos entre todos...no me voy a meter con un profesional igual que yo...”; “...cuando alguno se me echa fuera del tiesto, oye ven aquí vamos a hablarlo, nos sentamos aquí y hablamos”. Nos llama la atención un comentario en este sentido que redundante directamente en el núcleo de nuestro estudio: “...muchas veces con los auxiliares también, ¿eh?, no solo con los enfermeros, y hay veces que son más los auxiliares que los enfermeros, los auxiliares dan más, o sea, dan más no, están más pegados a los pacientes a lo mejor por los baños, por cambios –posturales-, por tales y por cuales, y dan más, también, con la familia que generalmente es donde más tropiezos hay...”

### CUIDADOS HUMANIZADOS

#### JU03\_V3A. ¿Por qué crees que aparece el concepto de cuidado humanizado?

Como en el caso anterior no se entiende el adjetivo separado del sustantivo: “si, pero bueno eso es lo que hacemos directamente a diario, ¿no?”, si bien al principio no parece tener claro

el concepto: *“pero, ¿a qué te refieres, a lo de las valoraciones de enfermería y tal?”*. Más adelante, sin hablar directamente de este tema concreto hace referencia a algo ya visto en otras entrevistas y que alude a la actual situación laboral: *“...porque entiendo que ellos también se estresan, que hay un montón de presión, que hay un montón de historias, que no te cubren, que, que no hay personal, que lo tienen que hacer todo que viene todo y entonces se desbordan, entonces hay veces que ellos se desbordan y se salen fuera del surco...entonces es donde tengo que volver y meterlos aquí – en el despacho -, y decir tranquilo, bum, bum, bum, date un vuelta, tómate un café y vuelve, relájate, fúmate un cigarro y vuelve y después sigue...”*.

#### JU03\_V3B. ¿Qué son para ti los cuidados humanizados?

No parece tener dudas al respecto: *“no lo trato como un número, no lo trato como un treinta y ocho barra sino una persona que tiene un problema, que lo cuidamos en su totalidad con todo su entorno familiar, con su entorno psicológico estresante que está en un hospital metido y tal, ¿eso es humanizante?, pues eso, pues llámalo sí”*.

#### JU03\_V3C. ¿Se fomentan en tu Unidad los cuidados humanizados?

A lo largo de la entrevista, y debido a la no aceptación de que exista una posible disociación entre cuidado y cuidado humanizado, las referencias al fomento del cuidado – humanizado- en la unidad han sido constantes: *“...aquí traes un problema de base que hay que tratar, que hay que cuidar, que abres una cabeza, que hay que pre y post de la intervención con todo lo que tiene a su alrededor, que son familiares, niños y toda la historia ¿no? y todas las edades, entonces claro, todo eso tiene un entorno...”*. Con inclusión de la familia como elemento primordial y el ejercicio de una labor educativa sobre este entorno: *“...la familia es...el principal apoyo que tiene que estar al lado, ¿sabes?, nosotros, de hecho, tenemos familias que se llevan a pacientes y semanas antes enseñamos a cambiar el pañal, a cambios –posturales-, a baños en la cama, a todo eso hasta que se lo llevan a su casa...aparte de que la familia siempre está encima y siempre tenemos que estar dándole información porque quiere saber aunque no haya ningún cambio de un día para otro...la familia tiene que estar y si no la buscamos y si no la asistente social, ¿sabes?”*

### JU03\_V3D. ¿Crees que se fomentan desde la Dirección los cuidados humanizados?

Fomento direcciones: cree que no ha habido una preocupación específica aunque lo achaca a un problema del sistema –principalmente a una falta de recursos-: “*no, no, no, te han dado más medios, poco más de medios...he pedido una grúa han tardado diez años en traérmela pero yo entiendo que es un problema del sistema...¿Las direcciones se ha preocupado? Yo me imagino que tendrán el mismo problema que estoy diciendo yo, M., el sistema no me da más dinero para yo darte a ti más cosas, lo siento, confórmate con lo que tienes, pídelo, búscalo, yo qué sé...*”, lógicamente entendemos que estas últimas palabras responden más a una filosofía personal dentro de una esquema concreto –tengo que buscarme la vida como sea- que a instrucciones reales desde las direcciones: “*...las bandejas de cambios posturales eso me lo dio un laboratorio de regalo, eso no me lo dio el sistema, a ver, son cositas que yo he ido ganando poco a poco...*” o “*...yo no puedo estar un día pidiendo una caja de gasas ahí al lado porque el almacén no me sirve gasas porque en el almacén no hay gasas...entonces yo me tengo que ir a robar unas gasas allí...*”

### JU03\_V3E. ¿Qué mejoras propondrías?

Nos encontramos ante un Jefe de Unidad que entiende que necesita muy poco más de lo que tiene: “*yo dentro de mi esto, lo tengo todo...yo tengo, lo que tengo eso es suficiente para funcionar*” para luego concretar: “*que me cubras el personal, que me funcionen los escáners, que me vengan las ambulancias a su hora y que yo tenga mi personal que quiero, que es mi equipo, lo demás todo va bien, no necesito mucho más para tratar un paciente, su entorno, su familia y su humanización*”.

INFORMANTE J.U. 04

JU 04				CUIDADOS DE ENFERMERÍA		CUIDADOS HUMANIZADOS				
PUESTO DE TRABAJO				DEFINICIÓN	INFLUENCIA	APARICIÓN	¿QUÉ SON?	FOMENTO U.	FOMENTO D.	MEJORAS
DUE	J.U.	MÁS	MENOS							
23	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me gusta hacer labores asistenciales como coger una vía o ir a hacer un EKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es hacer de jefa pura que no siempre llueve a gusto de todos</li> <li>Ser un mando intermedio es muy complicado porque te exigen de arriba, te piden de abajo</li> <li>Tener que decir que no a cosas de las que no estoy convencida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordar al paciente en todo su contexto</li> <li>Si tú no tienes ese acercamiento al paciente pierdes mucho</li> <li>La técnica ocupa una parte importante pero sin dejar detrás las demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mi labor afecta al nivel de organización; si los marineros no reman para el mismo lado el barco se hunde</li> <li>Inculcarle a la gente que viva esto como si fuera algo suyo</li> <li>A nivel de gestión de todos los cuidados, a nivel de integridad dentro del equipo</li> <li>Tener todos los recursos materiales que necesitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemos dejado de ser humanos; igual han salido libros para motivar a la gente o hacerle entender que eso hay que recuperarlo</li> <li>Una cosa por la que yo luché los whatsapp</li> <li>No me digas que es que estás hasta aquí cuando si puedes sacar veinte minutos para hablar con el del sindicato</li> <li>Tenemos que ser un poco coherentes; tenemos la presión que tenemos pero hay días que cuando no existe esa presión hay gente que aprovecha para eso y otros para mirar el correo</li> <li>Una de las causas es los pocos RRHH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La importancia de hablar con el paciente, que exprese sus preocupaciones</li> <li>El aspecto personal</li> <li>Que veas a una persona alegre, que te salude</li> <li>Ser un poco más dulce; la persona que está ahí lo que necesita es alguien que le transmita positividad</li> <li>Esa percepción que él tenga de ti cuando entras en la habitación le genera confianza, seguridad</li> <li>Que veas su contexto, tanto de la familia como social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En esta unidad me siento contenta, orgullosa del equipo</li> <li>Puede haber algunas personas que son muy buenas en técnicas pero no tienen ese sentido pero que en el fondo se preocupan por el paciente</li> <li>Se le da unos cuidados humanizados y, de hecho, los pacientes te lo dicen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En algunas que yo he vivido un poco más en otras no</li> <li>Quizás no todo el apoyo para que se pueda prestar un trato humanitario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentando los recursos humanos</li> <li>Si todo el mundo está en el sitio donde quiere sus cuidados son más humanizados que si estás a contra gusto</li> <li>Yo no le puedo obligar a la gente, en cuanto a la familia, a que tenga que estar aquí antes de las doce a buscar a su madre, pero esa persona trabaja</li> </ul>

Figura 8: Entrevista informante JU 04

## PUESTO DE TRABAJO

## JU04\_V1A. ¿Qué es lo más que te gusta de tu puesto de trabajo?

Curiosamente nos encontramos con una Jefa de Unidad a quien lo que más le gusta podríamos decir que es la parte “social” del puesto: “...*me gusta la gestión pero la gestión no a grandes niveles sino siempre que tenga contacto con los pacientes...con el personal...*” mientras que reconoce, al mismo tiempo, que “*cuando tengo tiempo me gusta hacer labores asistenciales como ir y cogerle una vía o ir a hacer un electro, o se, no perder esa parte porque me parece que es muy importante*”. Nos parece interesante esta descripción por cuanto que da mucha importancia a “esa” parte asistencial de procedimientos que está tan alejada de lo que investigamos –la parte vinculada al paciente y su vivencia del proceso de enfermedad- (existe un cierto paralelismo con la primera supervisora entrevistada). Nos llama la atención que considere “*muy importante*” esa parte cuando, por ejemplo, bien podría ser tiempo invertido en la creación de protocolos para mejorar la humanización del cuidado. Al mismo tiempo nos invita a preguntarnos acerca del concepto de gestión que tiene.

## JU04\_V1B. ¿Qué es lo menos que te gusta de tu puesto de trabajo?

“...*el hacer de jefa pura cuando tienes que hacerlo que no siempre llueve a gusto de todos*”, precisando más tarde: “...*yo lo que menos me gusta quizás es tener que decir no a algunas cosas que pienso que son, que según mi criterio yo creo que opino diferente y muchas veces tengo que decir que no a cosas de las que no estoy convencida de decirlo quizás, podría decirlo así*”.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

## JU04\_V2A. ¿Cómo definirías los cuidados de enfermería?

“*es el abordar al paciente en todo su contexto, o sea, a nivel humanitario, a nivel social, no solo son hacer las técnicas de enfermería...puedes ser muy buen técnico pero si tú no tienes ese acercamiento al paciente, no tienes, para mí pierdes mucho*”. Una vez más la división entre los procedimientos y el ámbito emocional del paciente. En este caso encontramos un convencimiento muy arraigado de esta afirmación: “*De hecho, yo pienso que*

*cuando yo pierda, digamos, no sé si el sentido el humanitario con los pacientes y con la gente pues me voy de aquí y me dedico a otra cosa*”: “Es la historia de nuestras amabilidades lo que hace que este mundo sea tolerable” (Robert Louis Stevenson en Jamison, 1996: 148).

#### JU04\_V2B. ¿Qué influencia tiene tu trabajo en los cuidados en tu planta?

*“(mi labor)...es importante al nivel de organización, a nivel de gestión de todos los cuidados, a nivel de integridad dentro del equipo, eh, yo creo que a todos los niveles, o sea, si tú no haces una buena labor de, pues no solo gestionar los cuidados, el tener, como te digo yo, pues todos los recursos materiales...”*. En este contexto de la influencia que ejerce la Jefa de Unidad, se desprende una vez más la confusión entorno al concepto de gestión que engloba todos esos aspectos. Hay una frase que nos parece relevante y es la que tiene que ver con *“...el inculcarle a la gente que viva esto como si fuera algo suyo”*, y nos lo parece porque, aunque en este caso el ámbito de referencia es muy local –la unidad como lugar donde el personal ha de tener cierto control del material y demás recursos- hace referencia, sin pretenderlo, a un aspecto fundamental de la cultura laboral del sector público sanitario como es la falta de cuidado de los recursos de que se dispone. En un momento dado admite la importancia de hacer guardias pues le ayuda a conservar una visión global del entorno hospitalario: *“...se nota un montón cuando te piden cosas en las plantas donde las supervisoras hacen guardias y donde no...”*

### CUIDADOS HUMANIZADOS

#### JU04\_V3A. ¿Por qué crees que aparece el concepto de cuidado humanizado?

*“...igual aparece más este concepto porque ha tendido a desaparecer con el paso del tiempo en general”*. *“...yo pienso que hemos dejado de ser humanos, o sea, es sacar trabajo, en general, hay de todo, pero es saco trabajo, me voy...”* y un comentario interesante *“...hay gente nueva muy buena, no digo, pero, en general, la gente se ha metido en una dinámica con lo del turno –se refiere al turno de doce horas prácticamente implantado en todo el centro y con el que el personal está muy contento (bien es cierto que el argumento más utilizado en este sentido es el de la percepción de estar más tiempo fuera del centro, la percepción de más tiempo libre)- que saco el trabajo, reparto las pastillas, no sé qué, o sea, yo primero reparto y*

*ahora voy a ver al paciente que me dijeron que está mal, no señor, primero vemos al paciente y después repartimos, ¿entiendes?, entonces tú no me digas que estás hasta aquí cuando sí puedes dedicar veinte minutos para hablar con el del sindicato...”. Empiezan a aparecer explicaciones –vinculadas a las cargas de trabajo– que pueden justificar el abandono de la parte humanizada: haciendo referencia al protocolo de valoración que se hace en el ingreso del paciente nos cuenta: *Yo me acuerdo cuando tenías el papelón ese de valoración que mientras le hacías el electro le ibas preguntando, le cogías la vía, le preguntabas tal, entonces había como más acercamiento hacia el paciente ¿no?, y yo creo que se ha perdido mucho eso”. Dice más adelante: “una cosa que por la que yo lucho aquí en las habitaciones con los whatsapp”. Curiosa afirmación que se ve reflejada, también en lo dicho por una enfermera británica y que engarza con el debate veteranos *versus* jóvenes: ¿los jóvenes herederos de la sociedad que les ha tocado vivir?:**

Nursing takes a bigger proportion of young people out of schools than any other profession, and these people, however well-intentioned, are going to reflect the attitudes of society at large. "It is," said one lecturer in nursing who didn't want to be named, "not uncommon for a student nurse to have to be told that she should not text her friends while standing at a patient's bedside. Most of my colleagues," she said, "who teach pre-registration nursing find this is a huge problem." (Patterson, 2012: 2)

y hace una crítica a la falta de coherencia del personal: *“tenemos la presión que tenemos pero ya todos sabemos que hay días que, cuando no existe esa presión hay gente que igual se aprovecha para eso y otros no aprovechamos sino para ponerme a mirar el correo...entonces, lo que tenemos que ser coherentes...”* y encuentra también algunas explicaciones que dejan entrever, una vez más, la querencia por un pasado laboral que “siempre fue mejor”: *“antes siempre...nos ayudábamos todos muchísimo...yo ahora veo que se tiende al revés, o sea, son menos los que se ayudan”*.

#### JU04\_V3B. ¿Qué son para ti los cuidados humanizados?

*“...que tú entres en la habitación y ya que estás ahí echado en la cama que veas una persona alegre, con tal, que te salude, que buenos días, que tal, ¿sabes?...”* una vez más nos encontramos con aspectos ligados al encuentro con el paciente: *“...ser un poco más dulce...intentar que sea porque la persona que está ahí lo que necesita es alguien que le*

*transmita positividad, energía positiva no negativa, ya negativa con la suya tiene” para continuar: “...la importancia de hablar con el paciente, que exprese sus preocupaciones...”*

#### JU04\_V3C. ¿Se fomentan en tu Unidad los cuidados humanizados?

*“...en esta Unidad, en general, me siento, digamos, contenta, me siento orgullosa del equipo porque sí que se preocupan por los cuidados del paciente...se le da unos cuidados humanizados y, de hecho, los pacientes te lo dicen...”*, sin embargo hace una puntualización llamativa que ya pudimos observar en alguna otra de las entrevistas: *“...puede haber algunas personas, x, que son un poco más, quizás más, eh, que a lo mejor son gente muy buena en técnica pero no tienen ese sentido y, o que quizás no se les ve así pero que en el fondo se preocupan por el paciente...”*...buenos en la técnica...lo que pareciera ser requisito fundamental para ejercer como enfermera siendo “lo otro” importante, si se tiene, pero excusable si no.

#### JU04\_V3D. ¿Crees que se fomentan desde la Dirección los cuidados humanizados?

Es una pregunta a la que le cuesta responder: *“en alguna puede ser en algunas que yo he vivido un poco más, en otras no”* para más adelante afirmar: *“¿Desde las direcciones?, quizás no todo el apoyo para, para que se pueda prestar un trato humanitario, ¿no? En otras pues sí, o depende, depende del momento, no sé, es como un poco, la verdad es que es una pregunta que no te puedo contestar exactamente porque no he tenido casos concretos donde te pueda decir, pues sí, a mi me pasó esto y, ¿entiendes?...”*. Esta indefinición parece denotar, por un lado, la inexistencia de políticas de fomento del cuidado humanizado desde las direcciones y, por otro, una enorme dificultad para concretar el concepto de cuidado humanizado (de hecho, de las respuestas del resto de los entrevistados, se infería que las “únicas” políticas valorables eran las vinculadas a un aumento de los recursos económicos).

#### JU04\_V3E. ¿Qué mejoras propondrías?

En primer lugar y como hecho más destacado está las cargas de trabajo vinculadas a los recursos humanos: *“...aumentando los recursos humanos evidentemente porque una de las causas por la que no se da ese trato humano es porque hay pocos recursos humanos”*,

*“...muchas veces supone un gran esfuerzo, supone no desayunar para tú acompañar ¿sabes?...una vez aumentados, ya vería como distribuyo, como organizo, como mejorar o como reparto tareas...a mi, por ejemplo, el momento de explicar el alta a un paciente...yo pienso que es una parte de enfermería importante el que el paciente llegue a entender como toma la medicación, que llegue a pues detectar como le puede dar un dolor y como abordarlo...y, claro, eso no se hace por falta de tiempo evidentemente...”*. Cabe preguntarse si la actual distribución de tareas de las enfermeras está condicionada mayoritariamente por labores que emanan de su propia disciplina. Más adelante, como una segunda afirmación, destaca la importancia de que el personal pueda trabajar donde se sienta mejor –algo, a todas luces, impensable en el actual sistema de contratación-: *“...yo creo que si todos trabajamos un poco por ver un poco las inquietudes de la gente, no sé, los gustos, las preferencias y tal, no sé, igual es muy difícil llegar hasta ahí, estoy hablando de lo que sería ideal; otra cosa es sentarte y ver ¿no?, que yo creo que se podría prestar un trato más humanitario, más cercano al paciente...”*; cabe, también, preguntarse, si aspectos como la humanización del cuidado debieran estar vinculados a las preferencias del personal en cuanto a su ámbito de trabajo –factor al que reconocemos como de gran relevancia motivacional-.

### 4.2.1 Estudio comparativo de los informantes

Puesto de trabajo					Cuidados de Enfermería		Cuidados Humanizados				
J.U.	T.DUE	T.JU	Mas	Menos	Definición	Influencia	Aparición	¿Qué son?	F U.	F D.	Mejoras
01	33	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me gusta la parte asistencial (hago demasiada parte asistencial)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca libertad para gestionar tu unidad (que la tengo a nivel organizativo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implica todo, lo que es el cuidado físico, psíquico y familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toda, yo creo que somos el pilar más importante en cuanto a los cuidados del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No sé por qué aparecen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La recuperación del 50% de los pacientes es la parte de humanidad que tú le das; mientras le haces la cura estás hablando y le gastas una broma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El personal, GAD es bastante cariñoso con los pacientes; luego está otro porcentaje que, pues el carácter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yo creo que pasan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charlas de comunicación de saber escuchar, de relacionarte; va dentro de tu preparación como enfermero un reciclaje</li> </ul>
02	30	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empujar para hacer la enfermería que yo creo que debe ser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La objetividad terrible que tienes que tener para ser justa como mando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cubrir aquellas necesidades que tiene el paciente en todos los ámbitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La figura de la supervisora es fundamental para los cuidados que las enfermeras dan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empiezas a ver que te vas mucho por lo tecnológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A lo mejor, lo que necesito es que te sientes conmigo a hablar diez minutos o a que yo te cuente mi vida en cinco minutos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yo creo que si, pero no todo lo que todos y cada uno de los pacientes que tenemos necesita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las direcciones tienen esa bandera, luego ya el día a día y los medios que tenemos a lo mejor dicen otra cosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una línea maestra en cuanto a organización; Flexibilidad, el acompañante facilita el trabajo. Lo tenemos en nuestras manos</li> </ul>
03	25	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llevar la responsabilidad de una planta y tener un personal unido a la hora de trabajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema funciona lentamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desde la cura de una vía hasta un todo con su familia, con el entorno, su problemática y su rollo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yo he inculcado a mis enfermeros que el paciente siempre se sienta protegido y querido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pero bueno, eso es lo que hacemos a diario, ¿no?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanizado es que tratamos al paciente como una persona con su entorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalmente ellos solos saben como tienen que funcionar, lo inculco todos los días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Te han dado más medios, poco más de medios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que me cubras al personal, que funcionen los escáners, que vengan las ambulancias y que yo tenga mi personal que quiero</li> </ul>
04	23	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me gusta hacer labores asistenciales como coger una vía o ir a hacer un EKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es hacer de jefa pura que no siempre llueve a gusto de todos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordar al paciente en todo su contexto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A nivel de gestión de todos los cuidados, a nivel de integridad dentro del equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemos dejado de ser humanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que veas a una persona alegre, que te salude, ser un poco más dulce; la importancia de que el paciente, exprese sus preocupaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algunas personas son muy buenas en técnicas pero no tienen ese sentido pero en el fondo se preocupan por el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quizás no el apoyo para que se pueda prestar un trato humanitario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentando los recursos humanos; si todo el mundo está en el sitio donde quiere sus cuidados son más humanizados</li> </ul>

Figura 9: Comparativo de los informantes

## PUESTO DE TRABAJO

El primer dato que podemos observar es que, en todos los casos, estamos hablando de personal sumamente veterano en el desarrollo de su trabajo; sin embargo, es llamativo el hecho de que haya grandes diferencias entre el tiempo invertido como Jefes de Unidad (la última es la que lleva menos) y aquel empleado como enfermeras asistenciales: aquí se invierten los roles y es la última enfermera entrevistada quien lleva más tiempo que las demás (casi el doble). Curiosamente, son aquellas que han desarrollado por más tiempo su labor asistencial (usamos este término para referirnos exclusivamente al trabajo como enfermera de base y como forma de diferenciarlo del trabajo de gestión, de formación o investigador; sin embargo, las Jefas de Unidad o Supervisoras hacen también trabajo asistencial, -de hecho así está recogido en el documento que, en este centro, contempla las tareas asignadas a dicho puesto- las que más hincapié hacen sobre ello cuando responden a la primera cuestión de qué es lo que más les gusta de su puesto actual. Con respecto a lo que menos les gusta, hay cierto paralelismo entre las respuestas de J01 y J03 quienes, de alguna manera, se quejan de las barreras propias del sistema

(...) Lo que echo de menos, que uno tenga la libertad suficiente como para, para gestionar, para una gestión completa, es decir que yo no dependa tanto de que, de que, oye, pues, fulanito, porque nos guste o no nos guste, eso de que un enfermero sirva, un enfermero de planta sirva para cualquier planta eso no me lo creo yo (J01).

Y las de J02 y J04, que describen algunas situaciones propias del puesto que resultan incómodas:

(...) La objetividad terrible que tienes que tener en cada momento para ser justa como mando y que no se te vayan las cosas de las manos y luego el que, bueno, a quien tienes que premiar lo premias y a quien tienes que decirle por aquí no y esto es, hay que tomar medidas pues hacerlo y eso, obviamente no, no es bien visto por todo el mundo; a la gente le gusta que le aplaudas pero no que le digas las cosas negativas (J02).

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En cuanto a la definición, hay casi completa unanimidad en la respuesta siendo esta muy “académica” por otro lado, muy ajustada al cánon. Así mismo, todos coinciden en la importancia vital que el puesto de Jefe de Unidad tiene para el correcto desarrollo organizativo de la Unidad así como para la gestión de los cuidados. De alguna manera, esperábamos esta respuesta ya que nos ayuda a incidir en el tema central de nuestro estudio: el cuidado humanizado. Si los Jefes de Unidad son, entre otras cosas, gestores de cuidados, éstos (en todos sus ámbitos) han de estar incorporados a las rutinas de sus enfermeras.

## CUIDADOS HUMANIZADOS

Curiosamente, aparece cierta coincidencia entre las respuestas de J02 y J04; mientras que J01 y J03 no tienen claro cuando ni por qué aparecen, los dos primeros apuntan incluso algunas opciones que pudieran justificar dicha aparición: *“entonces había como más acercamiento hacia el paciente, ¿no?, y yo creo que se ha perdido mucho eso...”* (J04) o bien: *“pues pasas de lo básico de lo que pudo haber sido los inicios de los cuidados enfermeros, a tecnología, a...no sé a un devenir de montones de cosas hasta que al final yo creo que bueno pues sí, pues te paras o alguien ve realmente, o empiezas a ver que o bien te vas mucho por lo tecnológico”* (J02). Llama la atención, sin embargo, que a pesar de la conciencia de que hay “algo” que se ha perdido con el desarrollo de nuestra profesión, las opciones de respuesta pasan por la descripción de hábitos o conductas que no están, en ninguno de los casos, incorporadas a las rutinas diarias de los cuidados. La sensación que se transmite es que se habla de algo que tiene que ver con la cercanía o el alejamiento del paciente pero que se trata de algo no protocolizado, no incorporado a la cultura laboral de la enfermería, algo, en definitiva, que parece depender de cada profesional, de sus valores, de sus creencias, lo que deviene en respuestas poco profesionalizadas a los conflictos que surgen: *“(...) La tendencia de los profesionales de la salud va encaminada a dar consejos , a poner soluciones inmediatas, a indicarle al paciente que no está bien que demuestre determinada actitud (llanto, tristeza, enfado, incertidumbre)”* (Cánovas, 2008: 126). No se habla de algo inserto en los planes de cuidados, no de algo observado, reflexionado, tratado y evaluado: parecen hablar de algo

innato, inherente a la vocación, no del diagnóstico realizado por una experta en cuidados que incorpora ciertas actividades a su rutina. Parecen, en definitiva, hablar de algo que hacemos mientras prestamos cuidados a los pacientes. Y si embargo, todos, sin excepción, otorgan gran importancia a la parte humanizada de los cuidados:

Yo creo que, que la recuperación del cincuenta por ciento de los pacientes es la parte de humanidad que tú le das y de cariño que le das los pacientes. (nos interrumpimos otra vez)...por eso te digo que tú puedes hacer una cura medianamente bien, ¿eh?, pero mientras tú le estás haciendo esa cura medianamente bien, estás hablando con el paciente, y yo que sé, y le gastas una broma y sonríe y tal, el hombre se queda feliz, ¿me entiendes? (J01).

Y recogen, además, muchos de los aspectos analizados en nuestro trabajo de campo: *“a las personas que me enseñaron, ¿sabes?, en los sitios donde estuve, la importancia de hablar con el paciente, que exprese sus preocupaciones”* (J04). Respecto al fomento que, desde sus unidades, hacen los Jefes de Unidad del cuidado humanizado, se desvela, una vez más, lo poco incorporado que está a la conciencia profesional: *“el personal que tengo es, gracias a Dios, es bastante, bastante cariñoso con los pacientes y bastante tal. Luego está otro porcentaje que, pues el carácter”* (J01). Sin embargo, parece existir unanimidad en cuanto al poco fomento que hay del cuidado humanizado desde las direcciones aunque se pueda reconocer que hayan podido incorporar algunas ayudas (en forma de recursos humanos o materiales) y que esa haya podido ser su “bandera” para luego no manifestarse en la labor diaria de estas unidades.

En la última de las cuestiones abordadas, y a pesar de lo que podíamos esperar a tenor de lo observado a lo largo de las entrevistas, las respuestas fueron muy enriquecedoras. Especialmente las dadas en las dos primeras entrevistas: en el caso de la J01 porque apunta a la formación posgrado como forma de mejorar la formación del personal en algunos ámbitos: (...) *“resultados de este estudio sugieren que es necesario realizar una seria reflexión sobre la educación de los enfermeros que están en formación en las universidades y sobre aquellos que están en la práctica, ejerciendo la profesión”* (Paván, Ferreira y Ferreira, 2007: 33).

Bien es cierto que, una vez más, se concede a esa formación un valor muy *sui generis* pero ahí esta la aportación:

Yo creo que al personal se le debería de, de dar, eh...o charlas o seminarios pero en su, no obligarlos, de lo que es son comunicación, de saber escuchar, eh, no sé, de relacionarte de todas esas técnicas que, que no son, digamos, específicas de enfermería sino que te sirven para cualquier tal y eso te ayuda a que tú cuando te relacionas con el paciente, no sé si me entiendes lo que te quiero decir, que hay un montón de, que son sencillitos, pues eso yo creo que es una de las cosas en que más fomentaría al personal, eh, eh, en, cuando estén trabajando y es como un reciclaje, no es que tú lo hagas hoy y pasan y cuarenta años y no lo vuelves a hacer, no: este año haces uno, pero además que sean, no quiero o no quiero, no, es, lo tienes que hacer porque es algo que va dentro de tu preparación como enfermero como tu reciclaje<sup>6</sup>. Lo mismo que te obligan a hacer el RCP cada x años, pues esos cursos que hoy haces uno de, de comunicación, el año que viene haces otro de, de relación y de tal, pues eso yo creo que sería una cosa importante para fomentar la humanización no solo cara al paciente, cara al paciente, cara al familiar, cara a los compañeros de trabajo (J04).

Mientras que en otro orden de cosas, J02 aporta soluciones en un doble ámbito: por un lado las direcciones: *“yo creo que, primero que nada tiene que haber una línea maestra en cuanto a eso organización, de organización”* y, por otro, la propia organización, el colectivo, la autocrítica: *“de entrada ya la propia organización no es humana [...] si la técnica es buena para el paciente, es buena para su familiar, si su familiar lo baña en su casa, ¿por qué no lo va a bañar aquí?, siempre y cuando el paciente lo quiera, entonces, ¿por qué no puede estar aquí el familiar?”*

En definitiva, podemos hablar de modelos distintos de gestión pero con similitudes que se manifiestan especialmente en cuanto a la descripción de los cuidados de enfermería, la importancia de las Jefes de Unidad en la gestión de los mismos y el escaso fomento del cuidado humanizado desde las direcciones. La descripción del cuidado humanizado se observa poco desarrollada y nada incorporada a la rutina diaria más allá de un afán más voluntarioso que profesional de que los pacientes sean tratados cariñosamente. Todos apuntan a la necesidad de un aumento de los recursos humanos aunque el enfoque que se da a esta carencia sea distinto: mientras que para alguna se traduciría en más tiempo, para otras se traduciría en redistribuir los trabajos liberando a los que hacen labores asistenciales de cargas no propias de los mismos.

---

<sup>6</sup>“(…) Mediante el estudio podemos descubrir nuevos conocimientos” (Benner, 1984 en Kredert, 2006: 85).

## 4.3

### Resultados del Grupo de Discusión

---

Como ya comentamos en otro capítulo, para llevar a cabo el grupo de discusión decidimos presentar algunos de los resultados obtenidos de la hoja de registros, según las categorías de nuestro estudio, y tratados estadísticamente –mediante tablas de frecuencias- a un conjunto de enfermeras de las plantas observadas así como a sus respectivos supervisores. A cada una de las tablas, en las que recogíamos lo dicho por cada uno de los participantes respecto al parámetro en cuestión, añadimos un comentario posterior más extendido y profundo aderezado con algunas referencias bibliográficas. Con el fin de facilitar una visión global sobre lo mucho que se dijo decidimos hacer una recapitulación de las principales ideas emanadas del grupo.

CATEGORÍA DIGNIDAD

CD1A. Privacidad: intimidad física

<b>DIGNIDAD: Privacidad -intimidad física-</b>	
1	Diferencias si se hubiera hecho por la mañana. Cree que los más jóvenes lo respetan menos; los mayores lo llevan por educación ("a lo mejor yo tengo gente más despistada"). Justifica por las cargas de trabajo. "En mi planta creo que soy la única que toca a la puerta cuando entra"
2	No cree que el turno influya en la valoración. Los más jóvenes lo respetan más que los más viejos y lo hacen por formación, los más viejos por educación
3	Es un aspecto más cuidado en los últimos años. No creen que influyan los medios; cree que hay que tenerlo interiorizado. Piensa que has de tenerlo en tu educación y que se machaca en la formación
4	Cree que el resultado debería de ser mejor. Debe estar incorporado al valor de la persona y, si no, el supervisor o la enfermera lo corrige. Reivindica el rol de los veteranos como formadores de los nuevos que no lo tienen interiorizado
5	Piensa que es un buen resultado teniendo en cuenta el ritmo actual de trabajo. Hace referencia a otras categorías profesionales
6	Cree que los más jóvenes lo respetan menos. Hace referencia, también, a los médicos. Cree que si está interiorizado no depende de las cargas de trabajo. Cree que el resultado debería ser mejor.
7	Cree que el resultado sería distinto medido por la mañana (dice que en el momento del estudio había mucho personal nuevo). Cree que depende de los medios. Piensa que cumplen nuevos y viejos aunque estos son más cuidadosos. Nombra a otras categorías profesionales.
8	Cree que el resultado es escaso; que influyen las cargas de trabajo y que no depende de la edad. Critica a los médicos

Figura 10: Grupo de discusión: intimidad física

About half the patients and over half the staff associated dignity with appearance: being dressed appropriately and not having their bodies exposed, for example: "Just not showing your body to other people I think. Just keeping it covered all the time". (Mrs. Z)" (Baillie, 2009: 29).

Aunque con ciertas diferencias el grupo acepta que, en general, el personal más veterano respeta más este parámetro que las nuevas hornadas de enfermeras. Las razones para unos y otros, sin embargo, son muy diferentes: mientras que los veteranos lo hacen por educación: *“generaciones muy anteriores yo creo que va más en tu educación como individuo más que en tu formación como profesional”* (2), los más nuevos responden más a un concepto inculcado en su formación académica: *“el derecho a la intimidad de los pacientes es algo que te inculcan, es un hábito que adquieres desde la escuela. Tú empiezas la carrera y la primera palabra que te dicen es que el paciente tiene derecho a su intimidad”* (8). Hay coincidencia en que el resultado sería distinto si se hubiera hecho el seguimiento en el turno de mañana. No creen que los recursos influyan en la preservación de este parámetro aunque sí aceptan que no está interiorizado por la mayoría del personal; en este sentido, se reivindica el rol formador de las enfermeras más expertas. Se hace alusión -como en otros momentos de la reunión- a otras categorías profesionales-.

Pensamos que el discurso en torno a si el personal más respetuoso es el más veterano o el más nuevo, no profundiza en la verdadera importancia del hecho de que no es un aspecto totalmente interiorizado por el personal: *“...yo no he visto en mi planta tocar a la puerta, creo que soy la única que toca una puerta cuando entra”* (1). O también: *“...entonces tú ves que destapan y yo, yo, cojo, le pongo la toalla y los miro como diciendo, es lo que tienes que hacer...”* (6), ni en las causas que puedan explicar este hecho. Nos parece, sin embargo, positiva la actitud de mejora del grupo por cuanto que observamos que este parámetro se respetaba habitualmente -un 62,7% de las ocasiones- algo que podría haber zanjado el debate muy pronto.

## CD2A. Respeto: llama por su nombre

<b>DIGNIDAD: Respeto –llama por su nombre–</b>	
1	No cree que el resultado esté equivocado; sin embargo no ve la necesidad de usarlo continuamente. Piensa que el tiempo que el paciente lleve ingresado influye en la facilidad para recordar su nombre.
2	Una cosa es aprenderse el nombre del paciente y otra llamarlo por el mismo al entrar. Considera que a lo mejor ya lo he llamado varias veces antes por su nombre y no es necesario hacerlo cada vez.
3	Cree que el resultado es penoso y que variaría de haber sido medido por la mañana. Piensa que es necesario llamar al paciente por su nombre siempre y que no se puede achacar a los médicos un fallo tan importante puesto que también lo cometen compañeros enfermeros.
4	Piensa que el resultado no es achacable a su planta donde asegura, su personal se sabe el nombre de los pacientes. Con los pacientes nuevos basta con mirar el nombre en su hoja para llamarlo antes de entrar. Afirma que, de haberse medido por la mañana, el resultado cambiaría (entiende que si ya lo he llamado con su nombre una vez es suficiente).
5	Refiere que en su planta, al tener el nombre de cada paciente en su medicamento, acabas por aprendértelo muy rápidamente. No cree que haya que acabar y empezar cada frase con el nombre del paciente. Piensa que es un buen resultado teniendo en cuenta el ritmo actual de trabajo. Hace referencia a otras categorías profesionales
6	Cree que el resultado cambiaría si se hubiera medido en turno de mañana (cuando ya te has dirigido al paciente por su nombre). Entiende que es más difícil que esto se de en plantas de corta estancia.
7	Cree que el resultado sería distinto medido por la mañana. Nombra a su antigua supervisora –también a la actual- quien tenía una gran memoria para recordar el nombre de todos los pacientes.
8	Cree que influye el tiempo de estancia; nombra a los médicos aunque acepta que algunos compañeros tampoco se saben el nombre de los pacientes. Piensa que llamar al paciente por su nombre indica que el cuidado está humanizado ya que el paciente entiende que la enfermera se sabe su nombre en todo momento.

Figura 11: Grupo de discusión: llama por su nombre

Nos encontramos de nuevo con la sensación, por parte del personal, de que el resultado hubiera sido diferente de haberse medido en el turno de mañana: “...si una enfermera que está desde por la mañana a lo mejor al principio entra pues Don Manuel o Manuel o tal, y luego, igual, ya entra repetidas veces y entonces igual, dime, ¿qué querías?, porque ya has entrado cuatro o cinco veces” (6). A esto responde una de las participantes cuando dice: “...te indica como que el cuidado está personalizado. Es decir, si sabe mi nombre a las nueve de la mañana y se acuerda de mi nombre a las cuatro de la tarde, sabe quién soy yo, cómo estoy y

*dónde estaba”* (8). Hemos podido observar, en bastantes casos, una respuesta que nos parece claramente defensiva y que hace alusión al número de veces que llamamos al paciente por su nombre llevando esta circunstancia hasta el paroxismo, en un hipotético modelo de comunicación que no se corresponde con la realidad: “...*de todas formas es imposible que tú entres en una habitación y digas continuamente Don Pedro, Don Pedro, Don Pedro, Don Pedro...*” (5); o, también: “*pero si tú estás hablando con una persona, tú no le estás, yo no te estoy diciendo B, hola, B...*” (1). No parece asumido por el personal el hecho de que llamar a alguien por su nombre afecta de manera fundamental a la percepción que éste siente que se tiene sobre su persona como individuo único diferente del resto y no como otro paciente más. Alguno de los elementos que Paterson y Zderad (1979) reconocieron como comportamientos de la enfermera fundamentales para proveer confort fueron: me propuse reconocer a los pacientes por su nombre. Yo también me presentaba. Los nombres apoyan la internalización de la identidad personal, de la dignidad y de la valía.

## CD2B. Respeto: se identifica

<b>DIGNIDAD: Respeto –se identifica-</b>	
1	La gente la mayoría les parece incómodo.
2	La mayoría de la gente piensa en la ficha como un incordio y no como algo necesario. El otro día me fijé y la única identificada era yo, y cuando le dije a todo el mundo: tienen que ponerse la ficha, todo el mundo me miró como diciendo: esta viene fuerte de la baja.
3	Es un dato terrorífico para mi. Y aparte de que te presentes por la mañana...hay un chorro de familiares que constantemente tiene que saber quién eres.
4	La tengo encima, está partida y entonces me la meto en el bolsillo. Sí me identifico, ¿eh?, me presento como supervisor. Está claro que hay que llevarla.
5	A mí me parece súper incómodo el sistema que tiene para identificar a una persona. Yo la tengo en un cordón y el cordón lo llevo metido en el bolsillo. No me estoy excusando, estoy diciendo por qué no la llevo.
6	El sistema del cordón es muy incómodo.
7	El sistema del cordón es bastante incómodo.
8	Yo no llevo la ficha pero yo, en todos mis pacientes, lo primero que hago es, me llamo X, voy a estar de ocho a ocho, pregunte por mí. Incluso creo que deberían de utilizar los uniformes y cambiar el sistema, que no todo el personal lleve el uniforme blanco.

Figura 12: Grupo de discusión: se identifica

(...) Un 36,6% de los pacientes califican como negativa la relación que la enfermera establece con el paciente, puesto que al brindar la atención no se identifica adecuadamente, por lo que se recomienda crear conciencia de la necesidad de presentarse antes de realizar un procedimiento, pues esto ayuda a establecer una relación de confianza” (Espinoza et al, 2011: 60).

El análisis de este aspecto del cuidado humanizado nos llevó a un par de conclusiones bastante asentadas entre el personal: es necesario ir identificados pero el sistema actual es

incómodo. En este punto, es necesario aclarar que se trata de una ficha con fotografía, nombre, apellidos y número de identificación además de la categoría profesional. Está plastificada y posee una pequeña trabilla a la que, además, se le suele incorporar un cordón para llevar colgada. Es evidente que hay un aspecto de la identificación que nosotros no pudimos medir y es el del primer encuentro del personal con el paciente –a la entrada del turno-, pero no es menos cierto que todos aceptan la necesidad de que ese primer contacto no sustituye la necesaria identificación del personal: *“y aparte de que te presentes por la mañana al paciente, también es verdad que te llega un familiar a las tres horas, que no te conoce...”* (3); *“sí, sí, eso es matador, ¿usted es el enfermero?”* (5). Durante la discusión, surge también un tema relacionado con la identificación de las categorías profesionales vinculado a los uniformes (durante un tiempo, los distintos profesionales estaban uniformados con colores blancos a los que se añadía una doble raya en el cuello de la camisa para diferenciar a unos de otros). Un aspecto interesante que nos lleva a pensar acerca del automatismo que conforma nuestra rutina diaria surge antes de pasar al siguiente tema: *“porque valorar, lo que se valora es que el personal estuviera identificado solamente, no lo que piensan respecto a la necesidad de ir identificados”* (2). Es curioso porque esta cuestión la aborda una de las supervisoras invitadas al grupo en algo que bien podría enmarcarse dentro de sus muchas tareas: recordar al personal la importancia y el sentido de algunas de las normas del centro. A su vez, esta idea nos conecta plenamente con una parte del sentido último de nuestro trabajo: la reincorporación a nuestra praxis de algunos elementos olvidados de un cuidado de calidad para lo cual resulta imprescindible una labor de información al personal de la importancia de esos elementos.

## CD3A. Estilo informativo: informa antes de...

<b>DIGNIDAD: Estilo informativo –informa antes de-</b>	
1	En mi planta tampoco se pasa ni un consentimiento que no sea de enfermería...es el médico el que tiene que ir allí, informar y decirle.
2	¿Y quién me puede explicar a mí las dudas que tengo acerca de un procedimiento? El señor que me lo va a hacer. Pro es muy diferente que tú le expliques en qué consiste un cateterismo a que tú le des el papelito del consentimiento informado. Me parece muy bien que tú lo intentes ayudar.
3	Lo que es increíble es que tenga (el paciente) la hora programada y esté ese papel sin firmar con el paciente que va a ir mañana a las once.
4	Ellos (los médicos) con todo lo que ha pasado, las historias que has pasado, ya ellos, ellos han aprendido que tienen que pasar el consentimiento.
5	Yo trabajé en la planta X, que se asume como parte del ingreso pasar el consentimiento para el cateterismo.
6	En mi planta desde hace veinticinco años nosotros entregábamos el consentimiento. Eso se quedó así.
7	Lo hemos tomado como parte de información aunque pertenece al médico pero porque también el dar el consentimiento muchas veces los pacientes no saben a qué vienen.
8	

Figura 13: Grupo de discusión: informa antes de...

Según Torralba (1998), la necesidad de seguridad se relaciona directamente con la necesidad de comunicación y de información. Cuando la persona del enfermo (sic) está informada debidamente...entonces adquiere cierta seguridad y sabe a qué atenerse. La desinformación genera, por lo general, inseguridad y falsas expectativas.

Nos encontramos con una categoría muy bien evaluada en la observación –el 88,2% de las enfermeras informaban antes de realizar cualquier procedimiento- y no sabemos si fue eso lo

que desvió la conversación hacia un tema, el de los consentimientos informados, que desvela algunos de los lastres que la profesión arrastra desde hace algún tiempo: la persistencia de hábitos heredados históricamente: *“la sangre sí la van a informar (consentimientos para las transfusiones) pero lo demás en X (la planta a la que pertenece) desde hace veinticinco años entregábamos el consentimiento, eso se quedó así...”* (6), aunque también la evolución en la profesión hacia una mayor delimitación de esas costumbre: *“si tú asumes esa responsabilidad, el error es tuyo...te estás metiendo en un fregado muy gordo”* (2). Simultáneamente -y aunque no es motivo de estudio en esta investigación- el asunto tratado vuelve a conectar, por otras vías, con nuestra tesis: el espacio que el paciente ocupa en el esquema organizativo sanitario: *“lo que es increíble es que tenga la hora programada y esté ese papel sin firmar con el paciente que va a ir mañana a las once”* (3).

## CD3C. Estilo informativo: invita a opinar y decidir.

<b>DIGNIDAD: Estilo informativo –invita a opinar y decidir–</b>	
1	El paciente no decide nada sinceramente. Tal como están las unidades, con las cargas de trabajo y el personal si no te organizas no acabas nunca el trabajo. Yo no te digo que puedas hacer excepciones. Yo no creo que sea porque seamos autoritarios, yo creo que es porque el sistema no te lo permite.
2	El modelo médico que tenemos sigue siendo un modelo paternalista.
3	Creo que seguimos siendo un poquito autoritarios. Estamos cambiando un poquito, también es verdad. El trabajo hay que organizarlo. Pienso que nosotros podemos cambiar eso con un granito de arena. Es que el paciente a veces te allana mucho el trabajo porque como lo conozcas un poquito...
4	También le podemos dar un folletito al señor: ¿a qué hora quiere que le ponga la vía?, ¿quiere todo incluido? Para conocer al paciente hay que estar.
5	El dato es aplastante. Que los horarios están por algo. ¿Pues no me ha dicho el paciente que tal que no?, si quiere estas cosas que vaya a la privada. El paciente que quiere decidir, decide. Ese es el problemático.
6	Yo creo que el cien por cien, creo que no siempre. Han cambiado mucho las cosas de un par de años a ahora. No puede ser que el paciente sea quien lleve las directrices. A veces, si le escuchamos...que igual con la prisa nos negamos...podemos adaptarnos.
7	Yo creo que se le invita a opinar y decidir. En mi planta se hace. Depende de las técnicas. Dentro de las posibilidades pudo darte opciones.
8	Le damos opciones pero no lo dejamos decidir. Al final lo vas a hacer donde a ti mejor te conviene, en el momento que mejor te conviene y depende de la necesidad que tú tengas. (Hablando del paciente que exige) Es chungo, ten cuidado porque es chungo

Figura 14: Grupo de discusión: invita a opinar y decidir

Helen Erickson (1983) afirma que un paciente es una persona que se somete a un tratamiento e instrucción; los clientes, por el contrario, participan en sus propios cuidados. En un intento por establecer una clara diferencia entre un concepto y otro mantiene que el cliente es una persona a la que se considera miembro legítimo del equipo de toma de decisiones, que siempre ejerce un cierto control sobre el régimen planificado y que se implica en la planificación e implantación de sus propios cuidados en la máxima medida posible. Nos

hallamos ante un parámetro cuya observación resultó apabullante: en el cien por cien de los casos, no pudimos objetivar conductas que invitaran al paciente a opinar o decidir acerca de su proceso. Parece existir bastante acuerdo respecto a un sistema (aquel en el que nos desenvolvemos) que no facilita precisamente la labor: “*yo creo que seguimos siendo un poquito autoritarios*” (3)-, y es por eso que apostamos por invitar a los participantes a opinar sobre la posibilidad de cambiar esa tendencia desde nuestro ámbito de influencia. La visión general es que resulta difícil debido a la propia organización del trabajo: “*se tiene que bañar ya, le vamos a hacer la prueba en breve...está todo estipulado por horarios*” (5), o como especifica una de las participantes: “*Al final lo vas a hacer donde a ti mejor te conviene, en el momento que mejor te conviene y depende de la necesidad que tú tengas*” (8). Una organización de la que participamos activamente: “*¿pues no me ha dicho el paciente que tal que no?, si quiere estas cosas que vaya a la privada, es una frase muy usual*”. Constatamos que la posibilidad de que el paciente opine sobre su proceso implica variar las rutinas y protocolos establecidos lo que genera conflictos en los equipos de trabajo porque sus demandas los obligan a repensar el orden de sus prioridades. E implica, también, cambiar valores y creencias: es muy habitual que el equipo confunda autonomía con independencia. Somos conscientes de que fomentar la autonomía no puede ser sinónimo de fomentar la anarquía: una organización sanitaria con una idiosincrasia tan poliédrica, sometida a influencias multicausales –desde las propias de la enfermedad hasta las dinámicas e inercias de la misma organización- ha de funcionar con un sistema de normas que regularice de alguna manera las prácticas. Sin embargo es importante que la autonomía del paciente no puede ser vivida con tanto rechazo, con tanta hostilidad: “*(...) la autonomía consiste más bien en vivenciar como propios los vínculos para decidir desde allí, con conocimiento de causa y con responsabilidad*” (Gordillo, 2008: 241). A pesar de lo visto la evidencia nos muestra que un paciente que participa es un paciente más motivado en su proceso de curación; es un paciente empoderado: “*(...) el término empoderar se refiere a participación, adquisición de conocimientos, asociación (en relación de igualdad) y toma de decisiones compartidas* (Garcimartín, 2012: 5). A pesar de esto, algunas voces creen que la situación ha mejorado con el paso del tiempo: “*yo creo que se le invita a opinar y decidir dentro de la medida de lo posible*” (7), o también: “*han cambiado mucho las cosas de un par de años a ahora...antes había una hora para el alta...ahora pensamos que, oye, que la gente tiene su vida...*” (8). Y

aunque con precauciones y temor a los cambios: “*no pude ser tampoco que el paciente sea quien lleve las directrices...*” (8) para lo que podemos hacer uso, incluso, del sarcasmo: “*¿le viene bien que le ponga la medicación de las cuatro a las cuatro o a las cinco?*” (2), se oyen voces que invitan al optimismo: “*nosotros podemos cambiar eso con un granito de arena y si no lo curo por la mañana lo curo por la tarde, eso depende de ti*” (3). Nos preguntamos en este punto si ese temor, si esa resistencia por parte del personal es debido a que vive las demandas del paciente como un desafío, cuando sería más positivo que pudieran experimentarlo como un reto, un signo del cambio de una sociedad más y mejor informada (Llauradó, 2013). Ese “tiempo incierto” (Alberdi, 2001) que concurre en todo cambio de paradigma puede ser vivido, también, como una nueva oportunidad para afrontar nuestra forma del cuidado con todas las opciones que la incertidumbre, con todo su espacio por ocupar, genera: “You hold,” she said, “such a privileged position, because you are with patients at the most vulnerable time in their lives. They will share with you things they've never shared with anybody” (Patterson, 2012: 3).

Un aspecto muy interesante que surge, paralelo, en la discusión, es el tema de la presencia. Ante nuestra propuesta de reflexionar sobre el conocimiento del paciente como paso primero en este modelo de relación que es el cuidado pudimos oír: “*es que el paciente a veces te allana mucho el trabajo porque como lo conozcas un poquito*” (3), a lo que respondieron alternativamente: “*hay que estar*” (4), y: “*tienes que interactuar*” (2).

## CATEGORÍA COMUNICACIÓN

## CC1. Se detiene a hablar

<b>COMUNICACIÓN: –se detiene a hablar–</b>	
1	
2	
3	No creo que el turno de doce horas tenga la culpa. Yo creo más que tenga la culpa pues eso, que las plantillas no se adecuan. Yo creo que con el tiempo que tenemos se pueden hacer cositas. Pero claro, también es verdad que tiene que estar inherente a ti.
4	Ahí estoy de acuerdo (con el resultado).
5	Yo con el turno de doce horas estoy encantado. Tú entras (a la habitación) estableces la conversación, la conversación te va dando un montón de información pero a la ves tú sigues haciendo tu actividad. ¿Qué está matando la calidad? El whatsapp, tú vas por el pasillo y ves al enfermero, sales de la habitación,,eso ha matado la calidad, mata la comunicación, mata todo.
6	
7	Durante cualquier actividad que tú haces aprovechas para hablar con el paciente, eso es información.
8	En ese estudio, ¿dejas en algún sitio reflejado el turno laboral que tenemos?, la sobrecarga laboral que hay y eso. Estamos programados para que, mientras tú le pones el suero, estás viendo que la vía no le está yendo, que el otro está...Eso es una falta de respeto (hablando del uso desmedido del móvil en el entorno laboral).

Figura 15: Grupo de discusión: se detiene a hablar

“Dignity is that they treat you with respect; that they talk to you even when you are in a wheelchair, instead of overlooking you.” (patient 3) (Van Gennip, Pasman, Ossterveld-Vlug, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2013: 1086). Nos hallamos ante un parámetro que generó poco debate a pesar de que el resultado fue muy pobre: la medición de elementos que hablaran de una comunicación de calidad nos muestra a un colectivo que ejerce esa función –la

comunicativa- asociada, generalmente, a otras actividades: *“Tú entras, estableces la conversación, la conversación te va dando un montón de información pero a la vez tú sigues haciendo tu actividad”* (5), lo que habla de una hábito muy extendido: *“Estamos programados para que, mientras tú le pones el suero, estás viendo que la vía no le está yendo, que el otro está...”* (8). Los participantes adujeron que son las cargas de trabajo las principales responsables de esta situación: *“¿En ese estudio, ¿dejas en algún sitio reflejado el turno laboral que tenemos, la sobrecarga laboral que hay y eso?”* (8).

Y ya he explicado que el movimiento por el movimiento es la forma propia del conservadurismo en el momento presente: que las cosas anden tan deprisa que no quede margen de tiempo para replantearse las. La urgencia elimina el pensamiento crítico. No hay tiempo, llegaríamos tarde (Ramoneda, 1999: 225).

En este sentido: *“Con una sonrisa, con una caricia que yo le haga al paciente, así sea poquito, ¿cierto? en ese momento es lo que yo le puedo ofrecer.”* (Alcaraz, Zapata, Gómez, Tavera, 2010: 49). Pudimos observar, también, cómo determinados aspectos son vinculados directamente a tu personalidad y no a tu formación: *“si tú no eres una persona que habitualmente estableces ese contacto visual, no con el paciente sino con nadie, te va a costar”* (3), o también: *“y si eres muy introvertido que tú el respeto y poco más y no pasas de ahí es imposible que hagas nada de esto, ¿eh?”* (5). Entendemos que es ahí, precisamente, en la formación académica, donde han de desarrollarse estas como otras destrezas:

Quizás la habilidad más importante que debería ser enseñada a todas las personas es la capacidad de ver, escuchar y comprender realmente a los otros. La comunicación se da en toda relación humana, ya que el lenguaje es una necesidad vital dentro de cualquier grupo (Cotos y Tejada, 2014: 33).

En cualquier caso, el debate nos lleva también a plantearnos cómo organiza la enfermería su tiempo y, sobre todo, cómo establece sus prioridades: *“yo creo que con el tiempo que tenemos se pueden hacer cositas”* (3). En cualquier caso, la realidad observada –tanto en nuestro estudio como en el material bibliográfico– revelan que nuestra organización choca frontalmente con las necesidades de aquellos a los que cuidamos: *“Patients expect attention from others, and do not want to be considered just a number”* (Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, Elliot, 2009: 1894).

Un aspecto llamativo de este parámetro es la escasa participación de los Jefes de Unidad – no dijeron nada tres de los cuatro invitados- a pesar de que surgió un tema –el uso de los teléfonos móviles en el entorno de trabajo, algo que hemos podido, también, constatar- que entendemos que les afecta sobre manera puesto que deben ser ellos, ante la posible falta de racionalidad de su uso, quienes recuerden al personal sus deberes en el trato con los pacientes.

## CATEGORÍA DISPONIBILIDAD

## CDI1. Intenta estar siempre que puede

<b>DISPONIBILIDAD: –intenta estar siempre que puede–</b>	
1	¿Qué es lo que hacemos cuando una enfermera tiene cinco minutos libres? Ir al office, tomar un café o fumar un cigarro. En mi planta se cambió lo de sacar la medicación de veinticuatro horas y no se hizo porque pensáramos en ir a hablar diez minutos con el paciente, se hizo para poder tener mejor organizada nuestra carga de trabajo.
2	Debería de haber un cinco por ciento que refleja a aquellos profesionales que buscan un ratito, aunque sea un minuto, para hablar. Tú organizas curas, medicación, baños, pero dentro de esa organización...no le buscas un hueco para esa comunicación..Por la noche tienes más tiempo porque tienes menos tareas. Como enfermera no tienes la introspección de que yo tengo que dejar dos horas para hablar diez minutos con cada uno de los pacientes al margen de todo lo demás.
3	Ese día, los veinticuatro (pacientes) no te van a demandar los tres minutitos para hablar. A veces tú vas rompiendo la generalidad. Yo creo que no lo tenemos integrado. Por la noche afloran muchos cuadros de ansiedad y angustias. Como no buscamos los diez minutos, son estrategias (sacar información mientras hacemos procedimientos).
4	La estructura y el funcionamiento que tenemos en el sistema no te da tiempo de sentarte con veintisiete, treinta y tantos pacientes. Vamos al office (cuando hay tiempo libre). Cuando damos el cambio...tenemos una parte de cómo es el paciente, qué es lo que lleva, qué familia lleva, qué apoyo tiene. Si hay una luz encendida, sí (te paras), si no, no.
5	Nuestro paciente es muy dependiente; tú coges esa información (del cambio de turno) pero no te sientas a hablar con él). Tú no vas a hablar con la señora directamente, tú aprovechas una vez que entras en la habitación. Hemos buscado formas de adaptarnos al trabajo y obtener la información que necesitamos. No lo tenemos integrado y buscamos alternativas. La noche sirve mucho para esos temas.
6	Muchas veces queremos estar y no podemos. No está dentro de la organización. El paciente también capta en nosotros cuando vamos tan apurados que es incapaz de decirnos algo.
7	La hora (de nuestra observaciones) son las cuatro de la tarde, hora de almorzar cuando ya tienes un paciente curado, bañado...Aprovechas las técnicas para hablar. La noche es el mejor momento.
8	Por regla general somos autómatas. Para eso sirve este estudio, para darnos cuenta de que trabajamos como máquinas, que ya lo que es la humanidad la estamos perdiendo por el camino.

Figura 16: intenta estar siempre que puede

“It was useful, I explained, to learn that the nurses didn't seem to think things like food and drink had anything to do with them. And to learn that it wasn't a good idea to press your buzzer” (Patterson, 2012: 1). Estamos antes una categoría que generó mucho debate (a lo que contribuyó el resultado de la observación: no observamos, en ningún caso, esta tendencia a la cercanía, a la presencia) en un parámetro en el que hemos intervenido más de lo habitual planteando cuestiones que obligaran a una reflexión algo más allá. Sirva de ejemplo estas dos

respuestas iniciales: *“lo de intentar estar siempre que puede tenemos que valorar los recursos humanos de que disponemos. Muchas veces queremos estar y no podemos”* (6), o: *“la hora (de la observación) son las cuatro de la tarde, hora de almorzar de la enfermera cuando ya tienes un paciente curado, bañado y las cosas hechas...”* (7). Nos hallamos ante una primera respuesta que apunta a una escasez de recursos y una segunda que, sin querer, redundante en la falta de interiorización de algunos hábitos en nuestra práctica cuando afirma que ya tiene las cosas hechas. Ahondando en esta idea tenemos esta declaración que nos resulta muy paradigmática: *“¿Qué es lo que hacemos cuando una enfermera tiene cinco minutos libres? Ir al office, tomar un café o fumar un cigarro”* (1). Aprovechamos para plantear si las cargas de trabajo justificaban el cien por cien hallado en la observación, y la respuesta fue clara aunque con matices: *“debería haber un cinco por ciento que refleja aquellos profesionales que buscan un ratito”* (2), *“o estoy de acuerdo”* (5), *“yo no, estoy de acuerdo”* (3). La razón principal que se aduce es la actual organización del trabajo: *“La estructura y el funcionamiento que tenemos en el sistema no te da tiempo de sentarte con veintisiete, treinta y tantos pacientes”* (4):

It is increasingly identified in the literature that bureaucratic demands, such as increased workloads and reduced staffing levels, result in situations where the relationship basis of nursing is unable to be sufficiently developed for nurses to anticipate patients' needs (Maben et al. 2006, citado en Henderson, Van Eps, Pearson, James, Henderson & Osborne, 2007: 147).

Y aunque parece que el personal ha elaborado estrategias de comunicación para salvar este escollo: *“aprovechas las técnicas también para hablar”* (7) o: *“tú no vas a hablar con la señora, tú aprovechas una vez que entras en la habitación”* (5), esas estrategias muestran claras fallas por cuanto que se trata de una información obtenida de forma accidental lo cual hicimos constar al preguntar acerca de si esa información obtenida emergía tan solo porque algo llamaba la atención –en lo que dimos en llamar la metáfora del semáforo–: *“no, no, vamos a ver, es un estímulo que tú has encontrado; es como ir por la calle y encontrar un semáforo en rojo: oye, para, hay un semáforo en rojo”* (5), *“pero si está en verde sigo...”* (4). Nos planteamos que las herramientas a utilizar deberían de establecer un punto de partida inicial en color ámbar, para luego poder diagnosticar si estamos ante un verde o un rojo. En un

estudio en Atención Primaria de varios centros en Sevilla sobre los valores que priorizaba el personal de enfermería acerca de su profesión se podían valorar estos resultados:

Valores priorizados: El valor que ocupa el primer lugar, es la empatía, que la han escrito en veintisiete veces. En segundo lugar, con el mismo número de veces, nos encontramos con el respeto y la humanidad escritos en veintiuna ocasiones cada uno. El tercer lugar, lo ocupan indistintamente, el conocimiento científico técnico y la comunicación, que lo han escrito diecinueve veces cada uno (Guerra, 2007: 59).

En cualquier caso, podemos ver cómo el parámetro disponibilidad entendido como la presencia de la enfermera cerca del paciente con el único y definitivo fin de conocer para poder entender, diagnosticar y actuar, no está incorporado a la práctica diaria de las enfermeras: *“tú recoges esa información -del cambio de turno- pero no te sientas a hablar con él”* (5), *“pero no está dentro de la organización”* (6), *“pero no lo tenemos integrado”* (3), *“no lo tenemos integrado”*. En este sentido, una posibilidad, una propuesta: “Ensure that all hospitals introduce “intentional rounding”, where nurses visit patients at least once an hour to ask them about their needs” (Patterson, 2012: 1).

En otro orden de cosas tenemos que incluir algo que, aunque no forma parte de nuestro estudio, sí ha salido en algunas ocasiones como es el debate acerca de los turnos de doce horas que puede formar parte de la discusión acerca de la organización y el rendimiento del personal. En este sentido, estas son las palabras de una periodista británica que, tras varias intervenciones quirúrgicas por un cáncer de mama, decidió publicar en el año 2012, cinco días seguidos, diferentes artículos sobre la Enfermería y el cuidado en el Reino Unido:

The shifts, too, have changed. There used to be three shifts a day, with an overlap at lunchtime, which ward sisters encouraged nurses to use to chat to the patients. Now, and presumably in order to save money, there are usually just two. This means that many nurses work three 12-hour shifts a week. It also means that by the end of those shifts they're pretty tired (Patterson, 2012: 3).

## CATEGORÍA ENTORNO

## CE2A. Entorno familiar: se acerca si están

<b>EL ENTORNO: Entorno familiar –se acerca si están-</b>	
1	
2	
3	
4	
5	La familia la focalizas para determinadas cosas (el informe de altas), para otras no. Eso no sucede, por mi parte no sucede. Si el paciente es consciente, es coherente con todo lo que ha sucedido tú al familiar, a menos que él tenga algo, te genere algo, oye, buenas tardes, buenas tardes y poquito más
6	
7	Si estuvieras en primaria o un paciente que es altable, que le tienes que dar una serie de cuidados pues entonces si implicaría a la familia pero si no, mi atención sería mi paciente. Te reclaman ellos a ti.
8	Refleja la realidad, normalmente no vamos a hablar con la familia.

Figura 17: Grupo de discusión: se acerca si están

In this study, family members appreciated when clinicians treated the patient and family with compassion and dignity, kept the patient and family informed and answered their questions, kept the patient comfortable, were attentive, individualized the care for the patient and family, and provided access for family and friends (London & Lundstedt, 2006: 158).

A tenor de los resultados, podríamos afirmar que, en el entorno observado, la familia es la gran olvidada en nuestros cuidados –no tratándose esta de la única red de apoyo afectivo

valorada en nuestro estudio-. Aunque se acepta la no interacción con la misma si no son reclamados para ello: “*La familia la focalizas para determinadas cosas (el informe de alta), para otras no*” (5) se evidencia por parte de la enfermeras una falta de visión de la familia como extensión fundamental del paciente: “*Si estuvieras en primaria o un paciente que es altable, que le tienes que dar una serie de cuidados pues entonces sí implicaría a la familia pero si no, mi atención sería mi paciente.*” (7). Observamos, también, una falta de intervención, en el parámetro, de los cuatro Jefes de Unidad, lo que hace extensiva nuestra reflexión a todo el equipo de trabajo: Henderson (1955) afirmaría que el paciente y su familia constituyen una unidad. Como ya afirmamos al comienzo de este trabajo cuando intentábamos explicar que para la observación, la creación de unas fichas con parámetros bien diferenciados desvirtuaba, de alguna manera, la existencia en consonancia de todos y cada uno de ellos, aquí tenemos algo que corrobora lo dicho y aúna comunicación y relación con la familia: “(...) la experiencia obtenida representa un aprendizaje(...) para influir favorablemente en el cuidado de interacción y lograr que el paciente y su familia se responsabilicen en el cuidado de la salud” (González, 2007: 135).

## CATEGORÍA REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

<b>LA REFLEXIÓN: ¿Es posible el cambio?</b>	
1	Tú sabes en la actualidad lo que nos quita a enfermería muchísimo tiempo, creo yo, para estar a la lado del paciente? La informatización
2	
3	Si quieres ser una enfermera que quieres cuidar, ser más cercana, más humana...si tú lo llevas lo vas a dar. Y si lo transmites te van a copiar. No será fácil pero, ¿queremos hacerlo? Pues entonces no importa. La informatización es parte del siglo veintiuno. Pero es verdad (quita mucho tiempo para estar al lado del paciente)
4	Hay que cambiar el sistema, las estructuras, ay que cambiar muchas cosas para que después nosotros podamos empezar a cambiar lo nuestro. No podemos olvidarnos de que nosotros tenemos que cambiar. La comodidad. Si hay una enfermera que todos los días va picoteando, la compañera a la mejor picotea contigo un día y la otra picotea. Poco a poco, no es fácil.
5	Esto se puede cambiar; no tienes que esperar que venga de arriba, es decir, tiene que partir de ti. Lo que pasa es que existe la comodidad. Todos los avances tecnológicos intentan individualizar al ser humano. No son malos, tienes que saber controlarlos.
6	Lo intentamos pero es más difícil a la gente que lleva mucho tiempo.
7	Tiene que partir de la persona. El ordenador quita tiempo para estar junto al paciente.
8	Deberíamos de tomar parte, hay mucha gente que no toma parte en el asunto. Y cambiar lo mínimo cuesta un montón. Solo en la mera distribución del trabajo, si la enfermera tomara asunto podríamos cambiar mínimo sacar los diez minutos esos. Después está la estructura. A la gente joven es fácil. La plataforma (informática_ sobre la que trabajamos es horrible. La función de enfermería se está volviendo más a hacer un secretariado.

Figura 18: Grupo de discusión: ¿Es posible el cambio?

Reflection is crucial for the nurse to preserve human dignity. Na°den and Eriksson (2004) use the concept 'varied reflection', which derives from nurses' moral consciousness and is reflected in their behaviour and actions towards patients. Nurses are able to integrate thoughts, feelings and actions by reflecting upon their own actions in daily caring situations (Ekebergh et al. 2004). They then become more capable of meeting patients with respect and from the patient's life situation. Without this kind of reflection dignity may occur by accident, but not as a conscious professional nursing action. The environment must permit the nurse to work in close (Anderberg, Lepp, Berglund & Segesten, 2007: 640).

Intentamos en este último apartado que los asistentes a la reunión expresaran libremente su opinión sobre las posibilidades reales de cambio en aras de un cuidado más humanizado. Pero pretendíamos, también, ir un poco más allá de la realidad observada y provocar una reflexión acerca de las posibilidades “reales” de cambiar algunas inercias desde nuestra posición en la organización. Convencidos como estamos del compromiso que la enfermería tiene con la sociedad –“La profesión enfermera tiene el deber político y el compromiso social de influir y participar activamente de las políticas sanitarias y sociales para hacer una adecuada redistribución de los recursos” (Germán, Hueso y Huérfano, 2011: 227)- intentábamos, en definitiva, invitar a nuestros informantes para que intentaran repensar la realidad cotidiana desde una óptica distinta: “A dialogue that goes beyond defining what is meant by caring and gets at the heart of what nursing is today and where it wants to be in the future” (Corbin, 2008: 164). Y podemos afirmar que fue un cierre muy esperanzador: “Los valores, y las actitudes emergentes en el seno del colectivo, necesitan ser desarrolladas de forma personal, y en equipo. Con métodos reflexivos que ayuden a establecer criterios que puedan implementarse en la práctica profesional” (Ramió, 2005: 309). Por un lado se enfocó el problema de la institución: “*Hay que cambiar el sistema, las estructuras, hay que cambiar muchas cosas para que después nosotros podamos empezar a cambiar lo nuestro*” (4) como poco facilitadora de una política de humanización de los cuidados:

Y ya he explicado que el movimiento por el movimiento es la forma propia del conservadurismo en el momento presente: que las cosas anden tan deprisa que no quede margen de tiempo para replanteárselas. La urgencia elimina el pensamiento crítico. No hay tiempo, llegaríamos tarde (Ramoneda: 1999: 225).

Y se asumió la dificultad intrínseca al cambio: “*Deberíamos de tomar parte, hay mucha gente que no toma parte en el asunto. Y cambiar lo mínimo cuesta un montón*” (8): Se alude a la voluntad de querer formar parte del cambio participando en la deliberación y las propuestas (Román, 2006). Sin embargo, no se desechó la opción del cambio desde el individuo: “*Si hay una enfermera que todos los días va picoteando, la compañera a la mejor picotea contigo un día y la otra picotea*” (4): “La transformación empieza por las enfermeras, quienes deben reenfocar sus lentes en la práctica de enfermería” (Pinto, 2006: 86). Se hizo alusión muy clara y extendida al enorme problema que tiene el personal para compatibilizar el trabajo junto al paciente y la transcripción de los datos al ordenador: “*¿Tú sabes en la actualidad lo que nos*

*quita a enfermería muchísimo tiempo, creo yo, para estar a la lado del paciente? La informatización*” (1), y si bien, hubo matizaciones al respecto: *“La informatización es parte del siglo veintiuno. Pero es verdad (quita mucho tiempo para estar al lado del paciente)”* (3). Esto podíamos leer en una de los artículos que analizamos para nuestro trabajo de investigación –el texto es originario de Colombia–: *“Se observa un giro profesional importante pues el tiempo dedicado al cuidado con el paciente o el usuario cada día es menor, en comparación con el tiempo dedicado a los procesos administrativos, con lo que se desvirtúa el rol profesional (Romero, 2007: 116). Quedó meridianamente claro que los actuales medios de que se dispone suponen un enorme inconveniente para el personal (en nuestro trabajo de campo fuimos testigos de cómo, por ejemplo, las enfermeras tomaban las constantes de los pacientes a mano para luego ir a volcar esos datos al ordenador). Nos parece este un asunto de vital interés para la Dirección de Enfermería del centro por cuanto que entendemos que depende de este órgano gestor brindar las herramientas necesarias para lograr los objetivos planteados lo que supone, además, un gesto* La cosa quedó meridianamente expuesta por una de las participantes que dijo: *“La función de enfermería se está volviendo más a hacer un secretariado”* (8), para luego afirmar: *“yo estudié enfermería porque quería ser enfermera”* (8): *“Cuando el conocimiento, las habilidades y la experiencia no son reconocidos y valorados, los enfermeros no estarán dando el máximo de sus capacidades. En estas circunstancias, la habilidad para influir en la evolución del paciente será limitada”* (Tapp, Stansfield & Stewart, 2005: 124). Es de destacar, también, la afirmación de la misma enfermera acerca del grado de implicación de la propia enfermera en la organización de su trabajo: *“Solo en la mera distribución del trabajo, si la enfermera tomara asunto podríamos cambiar mínimo sacar los diez minutos esos.”* (8), algo que ya pudimos constatar: *“Nursing care requires reflective practitioners”* (Austgard, 2008: 318)

### 4.3.1 Recapitulación de los resultados del Grupo de Discusión

---

El hecho de que hayamos evaluado una serie de aspectos de las distintas categorías, arroja, como es lógico, distintos resultados en función de las opiniones de los miembros del grupo. Sin embargo, por un lado, es cierto que hay una serie de ideas que se dan con frecuencia en estas intervenciones, y, por otro, aparecen aspectos no valorados que consideramos pertinente recopilar como compendio de esta reunión:

1. Muchos de los participantes consideran que los resultados serían muy distintos de haberse recogido la información en el turno de mañana.
2. En general, consideran que la institución y las cargas de trabajo no fomentan la aparición de un trabajo humanizado, un trabajo donde el paciente sea el protagonista en la gestión de su proceso de enfermedad.

If their identity as nurses and the meaningfulness of their work is tied to developing a trusting relationship with patients, and they are in a setting where this is not a priority or not possible, this sets them up to be frustrated and dissatisfied with their work (Canam, 2008: 301).

3. Sin embargo, hemos de incorporar aquí el hecho de que cuando se les cuestionaba sobre la existencia de otros factores que pudieran explicar ese abandono, aceptaban que el personal no tiene interiorizados aquellos elementos que muestran una preocupación por el cuidado humanizado; en general, creen que aquellos rasgos de humanización que suelen emanar de iniciativas individuales, no forman parte de la rutina de trabajo, no están incorporados a esa praxis diaria –lo que incluye al personal y a los jefes de Unidad como máximos exponentes del cuidado que la Enfermería brinda en las unidades de hospitalización-.
4. En el análisis crítico que proponíamos con este grupo de discusión, se sigue vislumbrando cierta tendencia –detectada ya en el trabajo de investigación- a incorporar a otros elementos o categorías laborales al mismo, en una dinámica bastante extendida del colectivo que tiende a zafarse de las cotas de responsabilidad que, como tal, le corresponden: “Además, propone (Pollack-Latam, 1991) consecuencias de las

actitudes críticas: potencial de crecimiento del cuidador y potencial de crecimiento del receptor del cuidado (Letelier y Velandia, 2010: 150).

5. Aparece cierta polémica con respecto a las diferentes formas de organización de las unidades así como con el actual turno de doce horas. Este hecho desvela la falta de políticas de consenso por parte de las direcciones de Enfermería del centro; políticas que permitieran y fomentaran el necesario diálogo, que recogieran las distintas opiniones y que intentaran aunar criterios comunes. Pudimos observar como en algunas plantas se divide el personal por pacientes mientras que en otras todos los llevan a todos; así mismo, algunas unidades, debido a la cada vez más asfixiante burocracia, han optado por dejar a una enfermera encargada de toda esa labor lo que suscita la sensación de estar cada vez más lejos del usuario. La necesaria incorporación de toda la información que las enfermeras generan –y que antes se perdía- al soporte informático, no se ha visto acompañada de los medios materiales para ello.
6. Al igual que nos ocurrió en las entrevistas, detectamos a un personal poco o nada escuchado, cuyos pensamientos, sensibilidades, inquietudes no son recogidos por no formar parte ese elemento comunicativo –y, por qué no, motivacional- de las políticas del centro: "Puede ser la recarga, no es que ellos lo hagan conscientemente: Yo pienso que es la recarga que le generan las instituciones al personal de salud la que hace que la gente deje de lado cosas importantes como la atención humanizada" (E9p2). (Beltrán-Salazar, 2010: 243).
7. Por último, y a pesar de lo dicho, nos hemos encontrado a una personal altamente motivado para el cambio, dispuesto a intentar mejorar en su trabajo diario.

## 4.4

### Triangulación de las fuentes de datos

---

A continuación y para acabar este capítulo de los resultados, estableceremos una triangulación entre tres de las cuatro fuentes de datos. Hemos intentado acercarnos a nuestra investigación enriqueciéndonos con las múltiples miradas que nos proponían los diferentes instrumentos utilizados. Cada una de estas estrategias, al brindarnos la visión del fenómeno desde la unicidad de su perspectiva, ha permitido no solo servir como elemento de validación sino, además, ampliar y profundizar nuestra comprensión del fenómeno estudiado: “La triangulación es menos una estrategia para validar los resultados y los procedimientos que una alternativa a la validación que incrementa el alcance, la profundidad y la consistencia en las actuaciones metodológicas” (Flick, 2004: 244).

Para llevar a cabo esta triangulación hemos utilizado una matriz en la que hemos aunado instrumentos de recogida de datos –Observación, Entrevistas y Grupo de discusión- y elementos del cuidado humanizado: Dignidad, Comunicación, Disponibilidad, Entorno y Reflexión. Respecto al parámetro Reflexión, y como ya se ha explicado en el capítulo correspondiente, anotábamos cualquier comentario que las enfermeras que acompañamos hicieran acerca de cualquiera de los aspectos del cuidado humanizado que estudiamos (tanto los comentarios o reflexiones espontáneas como aquellos derivados de los pocos cambios de turno de los que pudimos ser testigos). Con la finalidad de profundizar en este parámetro decidimos incorporar datos de las Entrevistas y el Grupo de discusión entendiendo que, de esa manera, las personas que se acercasen a nuestro estudio podrían tener una visión más completa y, con ella, una mejor interpretación de los resultados pues, a los datos hallados, se sumaba la explicación que los mismos protagonistas del estudio daban a dichos resultados.

	OBSERVACIONES	ENTREVISTAS	GRUPO DE DISCUSIÓN
DIGNIDAD	<p>-Se respeta la intimidad física (más las mujeres que también llaman más por su nombre a los pacientes).</p> <p>-En general poco identificados (más los hombres; menos las más veteranas).</p> <p>-Generalmente se informa antes de...</p> <p>-No se invita a opinar ni decidir.</p>	<p>“La uniformidad es importante” JU01</p> <p>-“Una cosa que por la que yo lucho aquí en las habitaciones con los whatsapp” JU04</p>	<p>-“Y aparte de que te presentes por la mañana al paciente” (3)</p> <p>--“Sí, sí, eso es matador, ¿usted es el enfermero?” (5) (No va identificado)</p> <p>-“Si sabe mi nombre a las nueve de la mañana y se acuerda de mi nombre a las cuatro de la tarde, sabe quién soy yo” (8)</p> <p>-“Yo creo que seguimos siendo un poquito autoritarios” (5)</p> <p>“creo que soy la única que toca una puerta cuando entra” (1).</p> <p>“...entonces tú ves que destapan y yo, yo, cojo, le pongo la toalla y los miro como diciendo, es lo que tienes que hacer...” (6):</p> <p>-“No pude ser tampoco que el paciente sea quien lleve las directrices...” (8)</p>
COMUNICACIÓN	<p>- Pobre calidad de comunicación: las mujeres más veteranas escuchan más y miran más a los ojos; los hombres usan más el humor.</p>	<p>-“Que al entrar sonrías al paciente”JU01.</p> <p>-“Es el sentarte un ratito a alegar” JU01.</p> <p>-“Que te sientes conmigo a hablar diez minutos” JU02.</p> <p>-“Que veas una persona alegre” JU04.</p>	<p>-“Tú entras, estableces la conversación, la conversación te va dando un montón de información pero a la vez tú sigues haciendo tu actividad” (5).</p> <p>-“Aprovechas las técnicas también para hablar” (7).</p>
DISPONIBILIDAD	<p>-No se busca el encuentro. Las enfermeras más veteranas responden antes a las llamadas e invitan más a llamar.</p>	<p>-“Estar al lado del paciente” JU02.</p> <p>-“Si tú no tienes ese acercamiento al paciente, no tienes, para mí pierdes mucho” JU04.</p>	<p>-“¿Qué es lo que hacemos cuando una enfermera tiene cinco minutos libres? Ir al office, tomar un café o fumar un cigarro” (1).</p> <p>-“Hay que estar” (4).</p> <p>-“Muchas veces queremos estar y no podemos” (6)</p> <p>-“Pero no está dentro de la organización” (6).</p> <p>-“Pero no lo tenemos integrado” ,no lo tenemos integrado” (3).</p> <p>-“Es que el paciente a veces te allana mucho el trabajo porque como lo conozcas un poquito” (3)..</p>

	OBSERVACIONES	ENTREVISTAS	GRUPO DE DISCUSIÓN
ENTORNO	-No se tiene en cuenta a la familia.	-“Que le soluciones un poco a los familiares” JU02. -“Hablas alto o te ríes alto” JU04. -“El cuidado al paciente incluye a su familiar” JU03. -“Flexibilidad horaria” JU02. -“La familia es su principal apoyo” JU03.	-“La familia la focalizas para determinadas cosas (el informe de alta), para otras no” (5). -“Si estuvieras en primaria o un paciente que es altable, que le tienes que dar una serie de cuidados pues entonces sí implicaría a la familia pero si no, mi atención sería mi paciente.” (7).
REFLEXIÓN	-No hay reflexión en la práctica. -Los “cambios de turno” biomédicos.	-“No les da tiempo” JU01. -“El volumen de trabajo...” JU04. -“La propia organización no es humana” JU02. -Faltan líneas organizativas desde las direcciones” JU02. -“Ellos se estresan; hay un montón de presión” JU03. -“Una de las causas por la que no se da ese trato humano es porque hay pocos recursos humanos” JU03.	-¿Dejas en algún sitio reflejado el turno laboral que tenemos, la sobrecarga laboral que hay y eso?” (8). -“Yo creo que con el tiempo que tenemos se pueden hacer cositas” (3). -“La estructura y el funcionamiento que tenemos en el sistema no te da tiempo de sentarte con veintisiete, treinta y tantos pacientes” (4). -“Hay que cambiar el sistema, las estructuras(3). -“Deberíamos de tomar parte,(...).Y cambiar lo mínimo cuesta un montón” (8). -“La función de enfermería se está volviendo más a hacer un secretariado” (8).

Figura 19: Triangulación de las fuentes de datos

## 4.5

### Discusión de los resultados

---

En este punto, trataremos de articular los elementos utilizados para dar cohesión a una serie de ideas emanadas de aquellos sobre nuestro trabajo de investigación.

Por un lado, podemos afirmar que la pertinencia de nuestro trabajo queda respaldada al reflejar y confirmar lo que sabemos desde hace un tiempo respecto a la calidad de nuestros cuidados: se trata de una serie de procedimientos realizados al paciente sin que este tenga opción alguna de participar en los mismos. Cuidados diseñados por unas organizaciones –y aplicado con presteza por el personal que las conforma- para las que el paciente ha acabado por transformarse no en el centro de su labor sino en un medio para llevarla a cabo. El trabajo de las enfermeras ha derivado en una serie de rutinas protocolizadas que las obliga a ir de un sitio a otro sin apenas tiempo para detenerse con el paciente, sin apenas tiempo para pensar. Unas rutinas no emanadas mayoritariamente de la enfermería en cuya organización aquella apenas influye, como así reconocía una de las participantes en el grupo de discusión.

Creemos que la aportación de nuestro trabajo a lo ya existente tiene una doble perspectiva. Por un lado, respecto al diseño de nuestra investigación, la observación nos mostró si las enfermeras daban un cuidado humanizado en su labor diaria mientras que desde el prisma de la organización, las opiniones vertidas por las supervisoras en las entrevistas respecto al cuidado humanizado nos brindaban esa otra perspectiva de la atención al paciente más orientada hacia las jefaturas, confirmándonos no solo el desconocimiento sobre el concepto en sí sino la falta de promoción del mismo.

Por otro lado, la aportación que el grupo de discusión tuvo como elemento de validación de los resultados: al comienzo de nuestro trabajo, en el proceso de elaboración y diseño de las fichas para la recogida de datos, tuvimos algunas dudas respecto a la adecuación del procedimiento para lo que pretendíamos medir, observar. Sin embargo –y es ahí donde está la aportación- al presentar algunos de nuestros resultados al grupo de discusión (formado por el mismo personal al que observamos), éste no hacía sino confirmar la validez de nuestras mediciones a través de la observación.

Respecto al resultado obtenido y la relación de este con un perfil competencial más próximo a la atención humanizada del paciente, destacaremos solo algunos elementos que, sobre los mismos, afloraron en nuestro trabajo:

- **DIGNIDAD.** El parámetro más complejo de definir y estructurar por las múltiples ramificaciones de sus significados. A pesar de esta variedad, toda la bibliografía consultada destaca como aspectos fundamentales del respeto a la dignidad –y con él del cuidado humanizado- en el entorno sanitario la privacidad, el derecho a conocer a quienes lo tratan y el derecho a opinar.
  - a. Nos llama la atención el concepto de privacidad y su aplicación en las unidades observadas. En un proceso de humanización como el que pretendemos en el que las familias forman una parte fundamental del trabajo, seguimos sin entender esa tendencia a sacarlos fuera de la habitación cuando, sin indagar en los lazos que unen a unos y otros –paciente y familiar- las enfermeras van a realizar un procedimiento.
  - b. Así mismo, no parece haber conciencia de la necesidad de buscar entornos donde poder hablar con el paciente determinados aspectos para los que se precisa cierto grado de intimidad.
  - c. Otro aspecto fundamental es la falta de identificación del personal. Recordemos lo dicho al respecto en la ley que regula el marco legal de nuestra profesión: “Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución”.
  - d. No damos la opción a los pacientes de opinar y mucho menos de participar en el proceso que sigue durante su estancia en el centro; una vez más nos recuerda el marco de nuestra profesión: “1c Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten”

- LA COMUNICACIÓN. Si no nos aseguramos de que el paciente entiende lo que le decimos, y para ello deviene fundamental propiciar una comunicación de calidad, tendremos que aceptar, también, ciertas consecuencias: por un lado, el paciente nunca tendrá capacidad para aceptar lo que se le propone pues no puede aceptarse lo que no se entiende; por otro lado, y como consecuencia de lo anterior (ya reflejado en el apartado previo), el paciente estará incapacitado para decidir sobre un proceso cuyos vericuetos desconoce. Además, una comunicación pobre dificultará enormemente la capacidad del paciente para revelar preocupaciones, sensaciones, sentimientos: para abrirse a la enfermera (recordamos en este punto una idea repetida a lo largo del trabajo acerca de la dificultad que tuvimos para dividir en subcategorías los parámetros pues, según volvemos a ver, viven íntimamente relacionados en la práctica diaria).
  
- LA PRESENCIA. No podemos hablar de humanización de los cuidados si no estamos: y nuestro trabajo refleja que no estamos. La mayoría del personal no se acerca al paciente si no tiene una tarea que hacer: estar cerca del paciente no se considera una tarea: Watson (2007) en su Teoría Humanista afirma que el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente mediante una relación interpersonal enfermera-paciente (citado en González-Ruiz, Oviedo-Córdoba, Bedoya-Idrobo, Benavides-Peñaloza, Dalmero-Arvilla, Vergara-Ascanio, 2013: 37).
  
- EL ENTORNO. El paciente necesita a su familia tanto como aquellos a él. Las familias son un elemento facilitador del proceso del paciente durante su estancia en un centro. Solo entendiendo esto podremos entender la necesidad de flexibilizar los horarios y hacer partícipes a las familias del proceso de curación de su allegado.



## 5

## CONCLUSIONES

Llegamos al capítulo final de este trabajo de investigación en el que intentaremos ofrecer las conclusiones de los resultados obtenidos y, al mismo tiempo, intentar dar respuesta a los interrogantes planteados con los objetivos y el problema de investigación. Intentaremos explicar qué ha podido significar nuestro trabajo para el colectivo de enfermería y para nosotros mismos.

Uno de los aspectos relevantes para nuestro estudio radica en la decisión de optar por una investigación de corte cualitativo para su abordaje. Intentar averiguar si existía una práctica humanizada de los cuidados fue, además de nuestro objeto de estudio, un medio que nos brindó la opción de intentar comprender y descifrar los significados que se esconden tras la práctica diaria de esas enfermeras –que, de alguna manera, explican, también, determinados hallazgos- y hacerlo como testigos privilegiados de esa realidad solo puede ser entendido desde un enfoque teórico como el elegido. Nuestro rol como investigadores desde adentro pero, al mismo tiempo, alejados de un entorno como el de la hospitalización, nos brindó una perspectiva inimaginable desde el principio. El diseño elegido, nos permitió acompañar a todas estas enfermeras y observarlas en el desarrollo de su labor, y nos permitió, más tarde, enfrentarlas a los resultados obtenidos de esa observación. Esta es una de las decisiones que arrojó más luz a nuestro trabajo ya que, además de confirmar nuestros hallazgos, brindó la oportunidad a las enfermeras –representado en el grupo de discusión- de opinar sobre su labor a través de los datos recabados. Como dijimos al principio, nuestra investigación estuvo siempre condicionada, más allá de la subjetividad propia de nuestra orientación cualitativa, por nuestro sentido de pertenencia al colectivo. Haber tenido la opción de dar voz a la enfermería a través del grupo de discusión es otra de las decisiones globales de nuestro diseño metodológico que más y mejor responde al compromiso ideológico que sentíamos tener con la profesión que ejercemos.

Como recordaremos, el problema de investigación que planteamos fue si aplican las enfermeras de nuestro contexto asistencial hospitalario, en su práctica diaria, los cuidados humanizados. A tenor de los resultados obtenidos podemos afirmar que algunos aspectos del cuidado humanizado están muy interiorizados (como por ejemplo, informar antes de un procedimiento o preservar la intimidad física) y, sin embargo, otros no: la identificación del personal, la invitación al paciente a opinar y participar de su proceso, la necesidad de estar presentes cerca del paciente, etc. Desconocemos las razones de estos resultados y, aunque no son objeto de nuestra tesis, nos parece interesante apuntar en este sentido como una posible vía de investigación en el futuro. Por lo tanto, no podemos realizar afirmaciones categóricas sobre los cuidados humanizados en ningún sentido –se aplican o no-. Sí podemos decir que todo el personal observado y entrevistado entiende que el paciente es el centro de los cuidados aunque la práctica diaria revela lo contrario en muchos de sus ámbitos.

Respecto a los objetivos de la investigación estas son las conclusiones obtenidas.

## OBJETIVO 1

IDENTIFICAR LA PRESENCIA, EN LA PRÁCTICA DIARIA, DE ELEMENTOS QUE MUESTREN PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS DEL CUIDADO HUMANIZADO TALES COMO:

### LA DIGNIDAD DEL PACIENTE

- Privacidad: la intimidad física, la preocupación por preservar al paciente de la humillante experiencia de la exposición del cuerpo a las miradas ajenas, era tenida en cuenta de forma mayoritaria (recordemos que en el grupo de discusión se generó un debate interesante acerca de si la preservación de la intimidad física era algo asumido de forma natural –por educación- en las enfermeras más veteranas mientras que en las generaciones más jóvenes era menos valorado y, llegado el caso, se mantenía como reflejo de una formación académica). Sin embargo, las pocas ocasiones en las que fuimos testigos de conversaciones entre enfermera y paciente echamos en falta la preocupación porque existiera un espacio donde poder hablar con un mínimo de intimidad. En ambos casos es preciso recordar en este punto que nuestro trabajo se

llevó a cabo durante los turnos de tarde cuando todas las técnicas y procedimientos que implican higiene están ya realizados.

- Respeto: ya vimos cómo generalmente, el personal llama a los pacientes por su nombre si bien no suele ir identificado de forma mayoritaria.
- Estilo informativo: mientras que generalmente se informa a los pacientes antes de cualquier procedimiento –hecho este que, contrariamente a otros muchos parámetros está perfectamente interiorizado- y se aclaran sus dudas, no se invita al paciente a expresar su opinión ni a decidir sobre su proceso.

#### LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

La comunicación es un proceso para el que se necesitan, al menos, tres elementos: un emisor, un mensaje y un receptor. Una vez definidos los elementos que la conforman existe una condición que deviene imprescindible para que dicho proceso pueda llevarse a cabo como es el hecho de que el mensaje emitido llegue claramente al receptor para que éste pueda descodificarlo, interpretarlo y luego, a su vez, emitir el suyo si así lo estima. Hemos visto cómo una comunicación que respete este esquema lleva implícita una serie de elementos sin cuya presencia aquella se empobrece y se desvirtúa. Esos elementos observados en el parámetro comunicación nos llevan a concluir que la calidad de la comunicación entre las enfermeras y los pacientes no es la adecuada: sirva como ejemplo que solo el treinta por ciento de las personas observadas escuchaba atentamente –el propio personal admite que simultanea la escucha con la realización de otras tareas- o que el setenta y cuatro por ciento mira a los ojos, a veces. O que solo el tres coma nueve por ciento se detiene a hablar con el paciente mientras le habla. Las declaraciones del propio personal en el grupo de discusión sobre este tema ahonda sobre la debilidad de este parámetro de los cuidados humanizados.

#### LA PRESENCIA

Aunque suelen responder rápido a las llamadas –en primera instancia los auxiliares de enfermería como ya comentamos- entre los que no invitan al paciente a llamar y los que lo hacen a veces hay un sesenta y ocho por ciento (según la metáfora del semáforo

extraída del grupo de discusión solo se detienen si hay algo que les ha llamado la atención, si se han percatado de la existencia de una luz roja).

#### EL ENTORNO

Debido a nuestra presencia en el campo en los turnos de tarde la preocupación por el factor confort solo pudo ser evaluada esporádicamente, sin apenas representatividad. Por el contrario, y a pesar de las voces de las supervisoras durante las entrevistas, la conclusión que sacamos es que las familias son las grandes olvidadas de la asistencia hospitalaria en nuestro centro.

## OBJETIVO 2

COMPROBAR SI EXISTE REFLEXIÓN SOBRE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS EN LA PRÁCTICA DIARIA.

Ningún comentario espontáneo. Entendemos que difícilmente se puede hablar de humanización cuando no es un concepto que forme parte de la cultura laboral de la organización. Los cambios de turno a los que pudimos asistir incidían siempre sobre los mismos aspectos: los pacientes pendientes de ingresar, las órdenes médicas pendientes de transcribir, etc. Entre las causas de las que hablaron tanto supervisoras como personal de enfermería podemos destacar desde una escasa dotación de personal con los consiguientes aumentos en las cargas de trabajo hasta un aumento de las labores burocráticas del personal pasando por la falta de asunción de “esa otra labor” para con el paciente que pudiera incorporarse a las rutinas si se logra interiorizar entre el personal. Participar más en la distribución y organización del trabajo –según comentarios recogidos en el grupo de discusión- fue uno de los elementos destacados por el personal que podrían contribuir a mejorar el sentido que, en nuestra organización, se otorga a los cuidados.

### OBJETIVO 3

AVERIGUAR SI SE FOMENTA UN MODELO DE CUIDADO EN EL QUE EL PACIENTE SEA EL PROTAGONISTA DE SU PROCESO.

Con los datos sacados del tratamiento estadístico y las declaraciones hechas por el personal y las propias supervisoras podemos concluir que en el clima actual de organización laboral de nuestro centro no se tiene al paciente como centro y protagonista de nuestro trabajo. Las entrevistas con las supervisoras nos sirvieron para concluir que, aunque intuían que el cuidado humanizado tenía que ver con un cuidado del paciente teniendo en cuenta su totalidad – holísticamente- eran incapaces de precisar qué y, sobre todo, cómo, se podía brindar un cuidado de esas características. Por ende, pudimos deducir que el fomento de un cuidado en el que el paciente es protagonista no se da tampoco desde los lugares de la organización con más capacidad de influencia –las direcciones-. Las declaraciones de las supervisoras revelaron, también, algo ya visto en la bibliografía consultada: se percibe la humanización en los cuidados como algo inherente a la persona; algo que se tiene o no se tiene.

## 5.1

### Alcance y limitaciones del estudio

---

Somos conscientes de que el motivo de nuestro estudio es susceptible (como de hecho así ha sido) de ser estudiado desde múltiples enfoques y bajo diferentes paradigmas. Señalaremos ahora algunos aspectos que, con la experiencia de esta investigación, serían susceptibles de ser perfeccionados con el fin de ser utilizados en futuras aproximaciones al tema y que están vinculados, especialmente, con los procedimientos para la recogida de datos.

#### LA OBSERVACIÓN

Aunque creemos en la idoneidad de la observación como instrumento para perseguir la práctica profesional en busca de respuestas y aún habiendo reflejado en varias ocasiones la sensación de que el personal se mostraba cómodo en nuestra presencia, es muy probable que una observación participante y más prolongada en el campo hubiera modificado la calidad de nuestra presencia en el mismo y, por tanto, la percepción del personal y, con ella, sus respuestas.

#### LAS ENTREVISTAS

Las supervisoras hospitalarias de nuestro entorno han ocupado históricamente un rol muy poco agradecido. Con escaso reconocimiento, no muy bien pagadas y en medio de unas estructuras organizativas extremadamente verticales, se han debatido entre la fidelidad a la empresa y las demandas del personal. Es por esto que las respuestas obtenidas en nuestras entrevistas y, sobre todo, las sensaciones tras las mismas –en especial la percepción de lo poco que son escuchados los Jefes de Unidad- nos hicieron pensar en que entrevistas en profundidad nos hubieran dado una visión más profunda del problema y hubieran aportado más luz al mundo de dicha categoría profesional.

#### EL GRUPO DE DISCUSIÓN

A lo largo de la transcripción del grupo de discusión hicimos referencia a cómo, ocasionalmente, se nos escapaba el control sobre el mismo, sobre todo cuando las dinámicas propias de la discusión desviaban la misma fuera de nuestro foco de interés. Así mismo, esa falta de experiencia que nos llevaba a una necesidad imperiosa de seguir la ortodoxia, nos impedía ver la posibilidad de otras vías de estudio ante la aparición de datos inesperados que entendíamos estaban fuera de nuestro campo.

#### DIARIO DE CAMPO

Nuestra necesidad de control absoluto sobre el proceso de la investigación, que con el tiempo fuimos asumiendo como imposible e indeseable, nos llevó a vivir un desequilibrio entre lo objetivo y lo subjetivo –de tanto valor para un trabajo como el nuestro-. La traducción de lo dicho nos lleva a afirmar que las notas de campo pudieron haber sido más intensas, menos descriptivas, de no haber estado tan preocupados por cumplimentar correctamente los datos de las fichas.

En definitiva, entendemos que el alcance de nuestro estudio está limitado por la población y muy circunscrito a nuestro entorno. Estudios posteriores podrían modular el alcance de nuestros datos y enriquecerlo para otras investigaciones.

## 5.2

### El futuro

---

Creemos que esta investigación ha servido para mostrar una realidad que, aunque de carácter local, comparte sus conclusiones con multitud de estudios de diferentes países y culturas. Sin embargo, algunos comentarios recogidos en el grupo de discusión nos dibujan un cuadro que invita al optimismo: los protagonistas de nuestra investigación, las personas que nos permitieron acompañarlos muchos días de sus jornadas laborales aceptaron los resultados como válidos y se mostraron entusiasmados con la posibilidad de conocer el resultado final de este trabajo. Desde que empezamos, antes del año 2011, hemos podido observar cómo la preocupación por la humanización en los cuidados es fuente de interés en diferentes ámbitos. Así, nuestro centro será el organizador de las Primeras Jornadas Regionales de Humanización de los Cuidados. Pero hay más:

- En el número 3 de la revista *Enfermería en Desarrollo* (e.d.) del Sindicato de Enfermería SATSE (2014) se hace referencia a una noticia según la cual la Comisión de Cuidados del Área Sanitaria I del Principado de Asturias ha promovido una iniciativa para mejorar el trato a los pacientes. El proyecto está enmarcado dentro de una campaña de ámbito nacional en torno a la web [diferenciate.org](http://diferenciate.org). La campaña, llamada “12 meses, 12 gestos” pretende implicar a profesionales tanto de Atención Primaria como de Especializada. Los paralelismos con los parámetros que decidimos investigar son muchos por lo que, como medida comparativa los adosaremos al lado de las medidas de esta iniciativa en cursiva para diferenciarlos de aquellos. Los 9 puntos de que consta esta campaña son:
  1. Mirar a los ojos y sonreír (*calidad de comunicación*)
  2. Presentarnos y preguntar (*identificación-respeto-dignidad*)
  3. Respeto en el trato
  4. Agradecimiento (al cuidador principal, familia, etc.) (*se involucra al entorno del paciente en el cuidado*)
  5. Pedir permiso (para los procedimientos, para entrar en las habitaciones, los domicilios) (*Intimidación física-Dignidad*)

6. Respeto a la intimidad (física)
  7. Acompañar (*Presencia*)
  8. Escuchar a la otra parte (*Calidad de la comunicación*)
- Otros ejemplos pueden ser la celebración, en el año 1996, de las primeras Jornadas Nacionales de Humanización organizadas por el Centro de Humanización de la Salud y la Universidad de Málaga (EUE Ronda)
  - El Área Sanitaria del Norte de Málaga, dentro del proyecto “12 meses, 12 causas” ha establecido un Decálogo de Humanización de los cuidados (la cursiva es nuestra):
    1. Presentarse (*respeto*)
    2. Llamar al paciente por su nombre y mirarle a la cara (*comunicación-dignidad*)
    3. Comunicarse en un lenguaje comprensible (*dignidad*)
    4. Desechar el uso de el/la cama 432-a (*dignidad*)
    5. Autonomía del paciente: Participación en la toma de decisiones (*dignidad*)
    6. ¡Sonreír! ¡Qué gran invento! (*estilo comunicativo*)
    7. Cercanía y contacto físico: dar la mano (*estilo comunicativo*)
    8. Respetar la dignidad de las personas : creencias, ideas, deseos y opiniones (*dignidad*)
    9. Utilizar palabras mágicas: Hola, Adiós, Perdón, Por favor y Gracias.
    10. Respetar la intimidad (*dignidad*)
  - El Hospital Universitario San Juan de Alicante tiene una Comisión Hospitalaria de Humanización desde hace años
  - El cada vez más conocido proyecto HU-CI, Humanizando los Cuidados Intensivos, que nace oficialmente el 16/febrero del año 2014. El proyecto trabaja en 9 acciones de mejora:
    1. Comunicación: información a pacientes/familias, así como entre los profesionales
    2. Burn out de los profesionales sanitarios

3. Horarios de visita/UCI e puertas abiertas; flexibilización de horarios de visita, satisfacción y participación familiar en los cuidados
4. Narrativa en UCI (pacientes y familiares): recuperar la historia clínica
5. Medicina integrativa: musicoterapia, actividades, fisioterapia, etc.
6. Mejoras arquitectónicas en la UCI para facilitar un traio más humanizado
7. Secuelas post UCI, tanto psicológicas como depresión como manejo del dolor, etc.
8. Habilidades formativas: resiliencia, trabajo en equipo, relación de ayuda (counselling), empatía, escucha
9. Manejo de situaciones terminales: “Código muerte”, limitación soporte vital, unidades paliativos.

El interés está, pues, ahí. Se requiere ahora una reflexión profunda de la práctica. Una reflexión realista, ajustada a los cánones y capacidades de la organización. Se precisa pues:

1. Comprensión del significado. ¿De qué hablamos cuando hablamos del cuidado humanizado? Como vimos en las entrevistas a las supervisoras, aunque éstas sabían que el cuidado humanizado es un cuidado centrado en todos los ámbitos del paciente, eran incapaces de concretar esas ideas. Algunos comentarios del personal apuntaban en esa misma dirección.
2. En segundo lugar diagnosticar en dónde se están deshumanizando las prácticas. Cada centro es similar a los demás y, a la vez, único en sus características, su cultura, su historia. Se trata de un ejercicio en el que resulta fundamental la participación de los actores principales de esta obra: el personal de enfermería. Resulta importante entender que, sin la participación reflexiva y crítica de aquellas que brindan los cuidados, cualquier proyecto está avocado al fracaso.
3. Por último, poner en marcha las medidas que se estimen oportunas. Estamos convencidos de que la creación de comisiones en los hospitales que velen por la implantación y el seguimiento de las prácticas humanizadas, abre muchas opciones de

mejora y facilita, a su vez, la posibilidad de crear líneas de investigación que, en consonancia con la humanización de los cuidados, permitan profundizar en la comprensión del fenómeno y la puesta en marcha de medidas concretas para su implantación.



## BIBLIOGRAFÍA



- Acosta Revollo, A. C., Mendoza Acosta, C. A., Morales Murillo, K., Quiñones Torres, A.M. (2013). *Percepción del paciente hospitalizados sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una ips de tercer nivel*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Cartagena de Indias.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (España). (2004) Libro Blanco. Proyecto de la Titulación de Enfermería.
- Alberdi Castell, R. (2001). Los enfermeros y la sociedad: desarrollar el compromiso profesional. *XIII Congreso Neumosur Enfermería*. Cádiz.
- Alcaraz López, G., Zapata Herrera, M., Gómez Gómez, M., Tavera Agudelo, E. (2010). Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Investigación y Educación en Enfermería* 28 (1): 44-53.
- Allué, M. (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A.-L., Segesten K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 59 (6):635–643.
- Ariza Olarte, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería Universitaria* Vol.9 (1): 45-51.
- Anguera Argilaga, M.T. (1988). *Observación en la escuela*. Barcelona: Editorial Graó.
- Arredondo-González, C. P., Siles-González J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de enfermería* 18 (1): 32-36.
- Austgard, K. I. (2008). What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22: 314–319.
- Authier, P. (2008). Take time to care. *Nursing Administration Quarterly* 32 (1): 5.
- Axpe Caballero, M.A. (2005). Una aproximación a los criterios de rigor metodológico de la investigación etnográfica en el campo de la educación. *Témpora, número extraordinario*. Páginas: 77-103.
- Báez-Hernández, F.J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., Medina-López, O.M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Revista Aquichán* 9 (2): 127-134.
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study.. *International Journal of Nursing Studies* 46: 23–37.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Beck, Ulrich (1998). *La invención de lo político. Para una teoría de la modernización reflexiva*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beltrán-Salazar, O. (2011). Dilemas éticos en el cuidado enfermero. *Index de Enfermería* 20 (1-2): 36-40.

- Beltrán-Salazar, O. (2010). Cuando las enfermeras están ausentes. *Index de Enfermería* 19 (4): 240-244.
- Berenguer, A., Fernández de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., Saura, S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol). 2014: 1-224.
- Burhans L.M., Alligood, M.R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(8):1689–1697.
- Bustamante, C., Ferreira, N. (2011). Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos. *Notas de Enfermería*. Volumen 17: 11-14.
- Callejo Gallego, J. (2002). Observación, entrevista y Grupo de Discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista española de Salud Pública*, 76: 409-422.
- Cánovas Tomás, M. A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Tesis doctoral. Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Murcia.
- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte* 25 (1): 172-178.
- Ceballos Vásquez, P. A. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería XVI* (1): 31-35.
- Chadwick, A. (2012). A dignified approach to improving the patient experience: Promoting privacy, dignity and respect through collaborative training. *Nurse Education in Practice* 12:187-191.
- Chernicharo, I. M., Silva, F. D., Ferreira, M., A. (2011). Humanização no cuidado: concepções de profissionais de Enfermagem. *Esc Anna Nery* 15 (4):686-693.
- Chernicharo, I. M., Silva, F. D., Ferreira, M., A. (2013). Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem* 66(4): 564-70.
- Cibanal Juan, Luis (1991). *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Collière, M-F. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista ROL de Enfermería* 22 (1): 27-31.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*". Madrid: McGraw-Hill.
- Corbin, J. (2008). Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008): 163–165.
- Cotos Alva, R., Tejada Rivera, H. Experiencias de la persona adulta hospitalizada respecto al cuidado brindado por la enfermera en el servicio de cirugía del Hospital III Essalud de Chimbote. Perú. (2014). *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería* 4 (1): 27-34.

- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., O'Shea, R. (2011) What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing* 67(12): 2561–2573.
- Cristina Casate, J., Katia Correa, A. (2012). A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista Escuela Enfermería* 46 (1): 219-226.
- Crocker C., Timmons S. (2009). The role of technology in critical care Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 65 (1): 52–61.
- Cuellar Saavedra, J. E. (2006). Dignidad humana. Una reflexión crítica sobre el antropocentrismo a favor de la responsabilidad solidaria. *Avances en enfermería XXIV* (1): 8-16.
- Czikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad. El flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Dalla Nora, C.R., Roque Junges, J. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Revista de Saúde Pública* 47(6):1186-1200.
- Davis, A. J. (2009). El cuidar y la ética del cuidado en el siglo XXI. *Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona*.
- Daza de Caballero, R., Medina, L., S. (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fé de Bogotá, Colombia. *Cultura de los cuidados X* (19): 55-62.
- Daza de Caballero, R., Torres Pique, A. M., Prieto de Romano, G. I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, Participación y Afecto. *Index de enfermería* 48-49: 18-22.
- De la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería* (25)1: 106-112.
- Delgado Rodríguez, J. (2012). Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional. *ENE Revista de Enfermería* 6 (1): 36-43.
- De Souza Corbani, N.M., Passarela Brêtas, A.C., Cassuli Matheus, M.C. (2009). *Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?* Revista Brasileira de Enfermagem, maio-jun; 62(3): 349-54.
- Devisch, I., Wynn, F. (2010). Meeting a patient as a singular event. *Aporia* 2 (1): 18-23.
- Díaz Sánchez, V. (2007). Análisis de un relato como guía de cuidado enfermero. *Index de enfermería* 16 (56): 45-49.
- Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Dowling, M. (2008). The meaning of nurse–patient intimacy in oncology care settings: From the nurse and patient perspective. *European Journal of Oncology Nursing* 12: 319–328.

- Dutra de Sousa, L., Calcagno Gomes, C., Santos Da Silva, M. R., Pinto Dos Santos, C., Tarouco Da Silva, B. (2011). A familia a unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. *Ciencia y Enfermería XVII* (2): 87-95.
- E. van Gennip, I., W. Pasman, H. R., Oosterveld-Vlug, M. G., Willems, L. E., Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *International Journal of Nursing Studies* 50: 1080–1089.
- Eloy Martínez, Tomás (1995). *Santa Evita*. Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Enns, C., Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing* 58(4): 339–347.
- España. Ministerio de Ciencia e Innovación. B.O.E. núm. 174. 2008.
- España. Jefatura del Estado. B.O.E. núm. 280. 2003.
- Espinoza Medalla, L., Huerta Barrenechea, K., Pantoja Quiche, J., Velásquez Carmona, W., Cubas Cubas, D., Ramos Valencia, A. (2011). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Ciencia y desarrollo* 13: 53-60.
- Evans, D. (2001). *Emoción. La ciencia del sentimiento*. Madrid: Santillana Ediciones Generales.
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *An.Sist.Sanit.Navar.* 30 (3): 7-22).
- Fernández Núñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí La Recerca*. Universitat de Barcelona. Institut de Ciències de L'Educació.
- Ferreira, M. A. (2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 59 (3): 327-330.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Foucault, Michel (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI de España editores.
- Foucault, Michel (1979). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: siglo XXI de España editores.
- Frampton, S., Wahl, C. (2012). Partnering with families. Those who know the patient best can help bridge the gap between hospital and home. *American Journal of Nursing* 112 (10): 11.
- França, J.R.F.S., Costa, S.F.G., Lopes, M.E.L., Lóbrega, M.M.L., França, I.S.X. (2013). *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 21(3): 1-7.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- G. Paterson, Josephine, T. Zderad, Loretta (1979). *Enfermería Humanística*. México: Editorial Limusa.
- Galeano, E. (1989). *El libro de los abrazos*. Madrid: Siglo XXI de España editores.

- Gallardo Jiménez, N., Najarro Infante, F. R., Dulce García, M. A., Pérez Fernández, M. C., Fernández Fernández, A. (2010). Calidad en la atención e información: opinión de los familiares. *Revista Páginas en Enfermería* 1 (3): 21-24.
- Galván Mora, L. R. (2008). *Enigmas y dilemas de la práctica docente. La apropiación de la cultura escolar en el oficio de enseñar*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.
- Garcimartín Cerezo, P. (2012). *Estrategias utilizadas por las enfermeras para facilitar el empoderamiento del paciente en los hospitales*. Máster Oficial. Universidad de Barcelona.
- Gattino Luciana, S., E. Guevara, L., Isoglio, R., Lanza Castelli, G., Lungo, T., Perticarari, M. (2011). *Cuadernos de trabajo. Serie investigación* nº2: 5-103. Universidad Nacional de Córdoba.
- Germán Bes, C., Hueso Navarro, F., Huércanos Esparza, I. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global* 23: 221-231.
- Giacomelli Prochnow A., Guedes dos Santos J. L., Soares de Lima S. B., Luzia Leite J. (2009). La etnografía utilizada en una investigación en enfermería: La construcción de una "descripción densa". *Index de Enfermería* 18 (1): 47-51.
- Gil Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Perfil Profesional Enfermero.
- González Ortega, Y. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Revista Aquichán* 7 (2): 130-138.
- González-Ruiz, G., Oviedo-Córdoba, H., Bedoya-Idrobo, L., Benavides-Peñaloza, G., Dalmero-Arvilla, N., Vergara-Ascanio, C. (2013). Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta. *Memorias* 11(20): 31-39.
- Gordillo Álvarez-Valdés, L. (2008). ¿La autonomía fundamento de la dignidad humana? *Cuadernos de Bioética* XIX (2): 237-253.
- Griffin-Heslin, V.L. (2005). An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing*. 13, 251–257.
- Guarín Berrío, G., Castrillón Agudelo, M.C. (2009). El mundo de la enfermera: “uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. *Investigación y Educación en Enfermería*. 27(2): 226-234.
- Guerra Martín, M. D. (2007). Teoría y método. Priorización de valores enfermeros. Estudio de un distrito sanitario de Sevilla. *Cultura de los cuidados* XI, 21: 55-62.
- Guest Editorial. Is caring a lost art in nursing? (2008). *International Journal of Nursing Studies* 45:163–165.
- Hargreaves, A. (1994). Profesorado, cultura y postmodernidad. (Cambian los tiempos, cambia el profesorado). Madrid: Ediciones Morata.

- Harrefors, C., Savenstedt, S., Axelsson, K. (2008). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Science* 23: 353-360.
- Heller, Agnes (1982). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Editorial Fontamara.
- Henderson, A., Van Eps, M.A., Pearson K., James C., Henderson P., Osborne Y. (2007). Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal of Advanced Nursing* 60(2): 146-153.
- Hernández Vergel, L.L., Zequeira Betancourt, D.M., Miranda Guerra, A de J. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 26(1): 30-41.
- Hernández Yáñez, J. F. (2010). *Enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Houellebecq, M. (2011). *El mapa y el territorio*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Hudacek, Sharon S. (2007). Dimensions of Caring: A Qualitative Analysis of Nurses' Stories. *Journal of Nursing Education* 47 (3): 124-129.
- Ibarra Mendoza, X., Siles González, J. (2006). Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados X* (20): 129-135.
- J. Canam, C. (2008). The Link Between Nursing Discourses and Nurses' Silence. Implications for a Knowledge-Based Discourse for Nursing Practice. *Advances in Nursing Science* 31, 4: 296-307.
- Jacobson, N. (2007). Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine* 64: 292-302.
- Jamison K., R. (1996). *Una mente inquieta. Testimonio sobre afectos y locura*. Barcelona: Tusquets editores.
- Kapuscinski, R. (2006). *Encuentro con el otro*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Khalaila, R., Litwin, H. (2011). Modernization and future care preferences: a cross-sectional survey of Arab Israeli caregivers. *Journal of Advanced Nursing* 67(7): 1614-1624.
- Kredert Araujo, S.L. (2006). *Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería: estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina Humana. Lima.
- Kuerten Rocha, P., Lenise do Prado, M., de Gasperi, P., Sebold, L.F., Waterkemper, R., Bub, M.B. (2009). El cuidado y la Enfermería. *Avances en Enfermería XXVII* (1): 102-109.
- Kvale, K., Bondevik, M. (2007). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22: 582-589.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Landeros-Olvera E., Morales-Rodríguez, M. C., Martínez-Reyes, M. C. (2010). Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico. *Index de Enfermería* 19 (2-3): 187-190.
- Letelier Valdivia, M., Velandia Mora, A.L. (2010). Profesionalismo en Enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. *Avances en Enfermería* XXVIII, 2: 145-158.
- Levi, Primo (1987). *Si esto es un hombre*. Barcelona: Personalia de Muchnik Editores.
- Llauradó Sanz, G. (2013). La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. *ENE Revista de Enfermería* 7 (1): 1-5.
- Lloyd, G.E.R. (1990). *Las mentalidades y su desenmascaramiento*. Madrid: siglo XXI de España editores.
- London, M. R., Lundstedt, J. (2006). Families speak about inpatient End-of-Life Care. *Journal of Nursing care quality* 22 (2): 152-158.
- López Alonso, S. R., Gala Fernández, B., Rodríguez Gómez, S., Rodríguez Morilla, F. (2007). Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. *Index de Enfermería* 16 (56): 7-9.
- Lundgren, S.M., Berg, L. (2011). The meanings and implications of receiving care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 25: 235–242.
- Lynne Griffin-Heslin, V. (2005). An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing* 13: 251–257.
- Marcelo, C., Vaillant, D. (2009). *Desarrollo profesional docente. ¿Cómo se aprende a enseñar?* Madrid: Narcea S.A. de ediciones.
- Marina, J. A. (2006). *Anatomía del miedo. Un tratado sobre la valentía*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Marina, José A. (2010). *Las culturas fracasadas. El talento y la estupidez de las sociedades*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Marriner Tomey, A., Raile Alligood, M. (1999). *Modelos y Teorías en enfermería*. Harcourt Brace de España: Madrid.
- Martínez Riera J. R., Sanjuán Quiles, Á. (2009). ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?. *Revista de Administración Sanitaria* 7(4):661-82.
- Martínez Riera J. R. (2012). Crisis y enfermeras. *Revista ROL Enfermería* 35(2):108-119.
- Medina, José L. (1999). *La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes S.A. de Ediciones.
- Mejía Lopera, M. E. (2008). Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index de enfermería* 17 (4): 231-235.
- Muñoz Hernández, Y., Coral Ibarra, R., Moreno Prieto, D., Pinilla Pinto, Suárez Rodríguez, Y. (2009). Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. Vol 18 N° 4.

- Oliveira, M<sup>a</sup> E., Fenili, R. M., Zampieri, M<sup>a</sup> F., Martins, C. R. (2006). Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global* 8: 1-7.
- Olshansky, E. (2007). What do we mean by compassion and caring in nursing and why does it matter anyway? *Journal of Professional Nursing*, 23, No 5: 247–248.
- Pagano, M. P., Ragan, S. L. (1992). *Fundamentals of Interpersonal Communication*. California: SAGE Publications.
- Palencia Esperanza, E., Castellanos, L. (2008). Valores humanos y el ejercicio profesional de enfermería en el área de cuidados intensivos pediátrica. *Enfermería Global* 12: 1-7.
- Paterson, J.G., Zderad, L.T. (1979). *Enfermería Humanística*. México D.F.: Limusa.
- Patterson, C. (2012, 10 de abril). A crisis in nursing: six operations, six stays in hospital and six first-hand experiences of the care that doesn't care enough. *The Independent*, Independent voices: 1-3.
- Patterson, C. (2012, 11 de abril). "Reforms in the 1990s were supposed to make nursing care better. Instead, there's a widely shared sense that this was how today's compassion deficit began. How did we come to this? *The Independent*, Independent voices: 1-4.
- Patterson, C. (2012, 12 de abril). How can a profession whose raison d'être is caring attract so much criticism for its perceived callousness? Does nursing need to be managed differently? Or is the answer to develop a new culture of compassion? *The Independent*, Independent voices.
- Patterson, C. (2012, 13 de abril). The nurses who taught an ailing hospital how to care. *The Independent*, Independent voices.
- Patterson, C. (2012, 14 de abril). Day five: my ten-point plan for change. *The Independent*, Independent voices.
- Paván Bisón, R.A., Ferreira Furegato, A.R., Ferreira Santos, J.L. (2007). La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. *Index Enfermería* 16 (56): 30-34.
- Peitchinis, J.A. (1982). *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes en los servicios asistenciales*. Madrid: Editorial Alambra.
- Perelló Oliver, S. (2009). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Pérez Fernández, M.C., Najarro Infante, F-R, Dulce García, M. A., Gallardo Jiménez, N., Fernández Fernández, A. (2010). Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Revista Páginas en Enfermería* I (3): 15-20.
- Pinedo Velásquez, M. T. (2011). *La humanización de los cuidados: reto de la enfermería del siglo XXI. Haciendo visible lo invisible, el papel de enfermería frente al sufrimiento espiritual del paciente*. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Pinedo Velásquez, M. T. (2011). Tesis doctoral: *Significado de las Romerías populares y las prácticas simbólicas en torno al proceso salud-enfermedad en Elche: un aporte fenomenológico*. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

- Pinto Afanador, N. (2006). La filosofía del cuidado para transformar la investigación y la práctica. Ponencia en el II Encuentro del Cuidado, Corporación universitaria de Santander (UDES). *Avances en Enfermería XXIV*, 1: 81-88.
- Popkewitz, Thomas S. (1987). *Formación del profesorado. Tradición. Teoría. Práctica*. Valencia: Servei de Publicacions Universitat de València.
- Quero García, M., Molina Fernández, N. (2010). Humanización de los Cuidados: Una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enfermería Docente* 92: 20-22.
- Quintero T, M. T., Gómez G., M. M. (2010). Cuidar nuestra razón de ser. *Index de enfermería* 19 (1): 69.
- Quintero, M.T., Gómez, M. (2010). El cuidado de enfermería significa ayuda. *Revista Aquichán* 10 (1): 8-18.
- Ramió Cofre, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis doctoral. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona.
- Ramírez Perdomo, C. A., Parra Vargas, M. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería XXIX* (1): 97-108.
- Ramonedá, J. (1999). *Después de la pasión política*. Madrid: Grupo Santillana de Editores.
- Regina Waldow, V., Figueiró Borges, R. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm* 24(3):414-418.
- Rivera Álvarez, N.L., Triana, A. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería XXV* (1): 56-68.
- Rockwell, E. (2009). La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Rodríguez Porras, J., M. (2003). *El factor humano en la empresa*. Bilbao: Ediciones Deusto.
- Román Maestre, B. (2006). La importancia de la ética de las organizaciones en el cuidar. *Sintesis bioética Enfermería* 13 (4): 1-3.
- Román Maestre, B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Med Paliat*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.002>.
- Romero Ballén, N. M. (2007). El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Avances en Enfermería XXV*, 2: 112-123.
- Romero-Massa, E., Contreras-Méndez I., Pérez-Pájaro Y., Moncada A., Jiménez-Zamora, V. (2013). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Revista de ciencias biomédicas*. 2013;4(1):60-68.
- Rudolfsson, G., von Post, I., Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 44: 905-915.

- Rytterström, P., Cedersund, E., Arman, M. (2008). Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: A phenomenological–hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 46: 689-698.
- Sahlsten, M. J. M., E. Larsson, I., Sjöström, B., E Plos, K. A. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 23: 490–497.
- Salgueiro, Ana M. (1998). *Saber docente y práctica cotidiana*. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Sandín Esteban, M., P. (2003). *Investigación cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España.
- Sanjuán Quiles, A. (2007). Enfermería en la sociedad: relación Teoría/Práctica. *Cultura de los cuidados* XI, 21: 33-39.
- Savater, F. (1999). *Las preguntas de la vida*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Schön, Donald A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Temas de educación Paidós.
- Sennett, Richard (2008). *El artesano*. Barcelona. Editorial Anagrama.
- Sindicato de Enfermería (2014). Gestos para cuidar. *Enfermería en Desarrollo* 3, septiembre: 22-23.
- Soldevilla-Cantueso, M.A., Solano-Corrales, D., Luna-Medina, E. (2007). La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Revista de Calidad Asistencial* 23 (2): 52-56.
- Solomon, Robert, C. (2007). *Ética emocional. Una teoría de los sentimientos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Stake, R.E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata [1995].
- Stayt, L. C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* 57(6): 623–630.
- Suárez Ortega, M. (2005). *El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Laertes Educación.
- Suhonen R., Papastavrou E., Efstathiou G., Lemonidou C., Kalafati M., Da Luz M.D.A., Idvall E., Berg A., Acaroglu R., Sendir M., Kanan N., Sousa V.D., Katajisto J., Valimaki M., Leino-Kilpi H. (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing* 67(9): 1895–1907.
- Tapp, D., Stansfield, K., Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica enfermera. *Revista Aquichán* N°1, 5: 114-127.
- Tierney, A. J. (2008). Seeing the person. *Journal of advanced Nursing* 62: 139.
- Todorov, Tzvetan (1995). *La vida en común. Ensayo de antropología general*. Madrid: Santillana S.A. Taurus.
- Torralba I Roselló, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Editorial MAPFRE.
- Tuan, Y. F. (2007). *Topofilia*. Barcelona: Editorial Melusina.

- Valles Martínez, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vargas Toloza, R., E. “Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención”. *Ciencia y cuidado* Vol.4 (4), (2007): 21-27.
- Vecillas Sevilla, M. T. de J. “La dignidad en los cuidados de salud”. *Ética de los cuidados*. 2008 enero-junio 1 (1).
- Verdú, V. (2003). *El estilo del mundo. La vida en el capitalismo de ficción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Wallis, L. (2012). Hospital noise puts patients at risk. *American Journal of Nursing* 112 (4): 17.
- Walsh K, Kowanko I. (2002). Nurses’ and patients’ perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 8: 143–151.
- Woolhead, G., Tadd, W., Boix-Ferrer, J. A., Krajcik, S., Schmid-Pfahler, B., Spjuth, B., Stratton, D., Dieppe, P. (2006). Tu or Vous? A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education and Counseling* 61: 363–371.
- Wu H.-L., Volker D.L. (2012). Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 68(2): 471–479.
- Yanez Quintana, B., Santana Cabrera, L., Hernández Montesdeoca A., Molina Tercero, A. (2011). Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Medicina intensiva* 35 (1): 62-63.
- Yousefi, H., Abedi, H. A., Yarmohammadian, M. H., Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing* 65(9): 1891–1898.
- Zabalegui, A. (2002). Más allá del dualismo cualitativo-cuantitativo. *Enfermería Clínica* 12, (2):74-79.
- Zarzycka D., Slusarska B. (2007). The essence of nursing care: Polish nurses’ perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 59(4): 370–378.
- Zizek, S. (2008). *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.



