



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MÁSTER EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**Título:**

**CONTACTO FÍSICO EN EL ÁMBITO SANITARIO. UNA  
MIRADA DESDE LA ÉTICA DEL CUIDADO.**

**TOUCH IN HEALTHCARE. A LOOK FROM THE ETHICS  
OF CARE.**

**Alumno: José Antonio Benítez Morales**

**Tutor: Carmen Delia Medina Castellano**

**Sevilla, 2 de Septiembre de 2019**

# Resumen

---

**Introducción:** La relación sanitario-paciente en muchos casos se ha convertido en un intercambio frío, en el que la información parece fluir sólo en sentido profesional-usuario. El contacto físico humano ha sido relegado a la cola de la prioridad frente a objetivos demasiado enfocados a resultados político-económicos.

**Objetivo:** El objetivo principal de este trabajo es analizar la percepción sobre el contacto físico en el ámbito sanitario; así mismo, se pretende identificar, evaluar de forma crítica y reunir las principales evidencias disponibles sobre los beneficios del contacto físico en el bienestar global del paciente.

**Metodología:** Se desarrolló un estudio descriptivo mediante un cuestionario autocumplimentado sobre el contacto físico humano, dirigido a profesionales sanitarios. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** En la revisión fueron incluidos siete estudios que suman 1400 pacientes. Se encontraron signos de mejora en los mismos con la implementación del contacto físico humano principalmente en el dolor y ansiedad en personas atendidas por diversas patologías.

Tras el análisis del cuestionario se observa una tendencia a una visión positiva de los profesionales sanitarios sobre los beneficios del contacto físico humano, así como una actitud favorable ante el mismo.

**Conclusiones:** El contacto físico humano es un factor clave en la mejora del bienestar global del paciente. Los profesionales sanitarios son conscientes de ello, encontrando el principal escollo para su aplicación en la falta de tiempo. Por ello, y por la insatisfacción con respecto a la formación recibida, se propone el desarrollo de un programa formativo para educar a profesionales sanitarios en la importancia de un cuidado humano de calidad y la mejora en la optimización del tiempo disponible.

**Palabras clave:** contacto físico, ética del cuidado, educación.

# Abstract

---

**Introduction:** The health-patient relationship in many cases has become a cold exchange, in which information seems to flow only in a professional-user sense. Humane touch has been relegated to the last positions of the priority queue in favor of objectives too focused on political-economic results.

**Objective:** The main objective of this work is to analyze the perception about touch in the health field; it is also intended to identify, critically evaluate and gather the main available evidence on the benefits of physical contact in the patient's overall well-being.

**Methods:** A descriptive study was developed through a self-filled questionnaire on humane touch addressed to health professionals. The results were analyzed with the SPSS statistical program.

**Results:** Seven studies involving 1400 patients were included in the review. Signs of improvement were found in them with the implementation of humane touch mainly in pain and anxiety in people treated by various pathologies.

After questionnaire's analysis, there is a tendency towards a positive vision of health professionals about the benefits of humane physical contact, as well as a favorable attitude towards it.

**Conclusions:** Humane physical contact is a key factor in improving the overall well-being of the patient. Health professionals are aware of this, finding the main obstacle to its application in the lack of time. Therefore, and because of the dissatisfaction with regard to the education received, we propose the development of a training program to educate health professionals about the importance of quality humane care and the improvement in the optimization of the time available.

**Key words:** touch, ethics of care, education

# Índice

---

1. INTRODUCCIÓN .....	8
1.1. Justificación .....	8
1.2. Marco teórico .....	10
1.2.1. Bioética del cuidado.....	10
1.2.2. Seres humanos, seres sociales.....	11
1.2.3. Cuidados invisibles, cuidados humanos.....	12
1.2.4. Contacto físico .....	14
1.2.5. Tacto y comunicación .....	16
1.2.6. Tacto y cultura .....	17
1.2.7. Beneficios del contacto físico en la salud de los pacientes.....	18
2. OBJETIVOS.....	19
3. METODOLOGÍA .....	19
3.1. Cuestionario .....	20
3.2. Población estudio.....	21
4. RESULTADOS .....	21
4.1. Muestra .....	21
4.2. Cuestionario .....	23
4.2.1. Contacto físico en general.....	23
4.2.2. Beneficios del contacto físico .....	25
4.2.3. Actitud y aptitud para el establecimiento del contacto físico.....	27
4.3. Resultados cruzados con variables muestrales .....	31
4.3.1. Edad .....	31
4.3.2. Género.....	32
4.3.3. Profesión .....	35
4.3.4. Unidad/servicio/especialidad .....	39
4.3.5. Sector .....	44
4.3.6. Localización.....	44

4.4. Resultados cruzados entre ítems .....	47
5. DISCUSIÓN.....	49
5.1. Muestra .....	49
5.2. Cuestionario .....	50
5.3. Resultados cruzados con variables muestrales .....	58
5.4. Resultados cruzados entre ítems .....	65
6. CONCLUSIONES .....	66
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	67
8. REFERENCIAS .....	69
ANEXO 1: Cuestionario basado en una escala tipo Likert para profesionales sanitarios sobre contacto físico en el ámbito sanitario .....	74
ANEXO 2: Características de la muestra.....	79
ANEXO 3: Resultados del cuestionario.....	82
ANEXO 4: Correlaciones entre ítems.....	87
ANEXO 5: Ítems cruzados.....	88

# Índice de Figuras

---

<b>Figura 1</b> .....	23
<b>Figura 2</b> .....	24
<b>Figura 3</b> .....	24
<b>Figura 4</b> .....	25
<b>Figura 5</b> .....	25
<b>Figura 6</b> .....	26
<b>Figura 7</b> .....	26
<b>Figura 8</b> .....	27
<b>Figura 9</b> .....	27
<b>Figura 10</b> .....	28
<b>Figura 11</b> .....	28
<b>Figura 12</b> .....	29
<b>Figura 13</b> .....	29
<b>Figura 14</b> .....	30
<b>Figura 15</b> .....	30

# Índice de Tablas

---

<b>Tabla 1</b> .....	20
<b>Tabla 2</b> .....	23
<b>Tabla 3</b> .....	31
<b>Tabla 4</b> .....	31
<b>Tabla 5</b> .....	32
<b>Tabla 6</b> .....	33
<b>Tabla 7</b> .....	33
<b>Tabla 8</b> .....	33
<b>Tabla 9</b> .....	34
<b>Tabla 10</b> .....	34
<b>Tabla 11</b> .....	34
<b>Tabla 12</b> .....	35
<b>Tabla 13</b> .....	35
<b>Tabla 14</b> .....	36
<b>Tabla 15</b> .....	37
<b>Tabla 16</b> .....	38
<b>Tabla 17</b> .....	39
<b>Tabla 18</b> .....	39
<b>Tabla 19</b> .....	41
<b>Tabla 20</b> .....	42
<b>Tabla 21</b> .....	43
<b>Tabla 22</b> .....	45

<b>Tabla 23</b> .....	45
<b>Tabla 24</b> .....	46
<b>Tabla 25</b> .....	47
<b>Tabla 26</b> .....	59
<b>Tabla 27</b> .....	63

# 1. INTRODUCCIÓN

---

En el transcurso de las últimas décadas hemos ido viendo cómo a pasos agigantados, junto a la revolución tecnológica, científica y biomédica, se han ido olvidando pilares fundamentales en el mantenimiento de una sociedad moral y éticamente prudentes y diligentes, cuanto menos. Si bien es cierto que la prevención, el tratamiento, el pronóstico y los resultados de muchos procesos patológicos han visto mejoradas con creces sus estadísticas de eficacia, efectividad y eficiencia(1), ¿qué ha ocurrido con el trato directo con el paciente?, ¿dónde ha quedado la humanidad?

Esta falta de compromiso humano ha ahondado más en la herida que mantiene distanciados a pacientes y profesionales de la salud. El proceso de cuidado sanitario hacia el paciente ha degenerado, en no pocos servicios, hasta llegar a convertirse en un mero proceso técnico, artificial y sistemático, en el que los pacientes son tratados como números, o al menos así lo pueden sentir ellos, canalizados en función del tiempo disponible con arreglo a los presupuestos de los que se disponga para cada área.

El hecho de que la efectividad de un servicio se mida en función de resultados finales en términos de salud y en términos económicos hace un flaco favor a esta causa, haciendo que el trato humano bidireccional de profesionales a pacientes, pero más importante y potente en exigencia para los primeros, haya quedado relegado a una especie de excelencia profesional, cuando realmente debe ser una exigencia ligada a la formación académica que capacita al profesional para desarrollar su labor sanitaria.

## 1.1. Justificación

En el sentido que apuntábamos más arriba, la relación sanitario-paciente en muchos casos se ha convertido en un intercambio frío, en el que la información parece fluir sólo en sentido profesional-usuario, y pocas veces al revés. Nos olvidamos de que atendemos a personas, y que han de ser tratadas como tal, acorde a su dignidad e integridad personal.

Incluso en unidades tan altamente tecnificadas como la UCI y en las que la prioridad es mantener estables a los pacientes y ayudarles a salir de una situación crítica que compromete gravemente su vida o su salud, la necesidad de re-humanizar la asistencia se hace patente tanto para los familiares como para los profesionales que en ellas trabajan(2).

Son varios los estudios que demuestran que el cuidado de pacientes por parte de sanitarios formados y centrados en la humanización en su actuar profesional consiguen mejores resultados, mayor satisfacción, y mejora la adherencia de los pacientes a sus planes de cuidado(3,4).

Es por todo ello que los sanitarios deben mirar y escuchar a cada paciente en la totalidad de su ser personal con el objetivo de minimizar sus miedos, ayudarle a mantener la esperanza o a encontrar una fuente de la misma, sin que eso entrañe mentir sobre su situación real, explicar síntomas y diagnósticos en un lenguaje adecuado para cada persona, para transmitirle coraje y resistencia(5). En definitiva, se trata de atender a los pacientes como lo que son, personas con las que nos sentimos identificados como humanos, lo que conlleva proporcionar un trato acorde a esa naturaleza que descubrimos en el otro y que es también la nuestra. Hacerlo permitirá sentar las bases para una adecuada relación terapéutica centrada en el paciente.

La bioética del cuidado, que pone al paciente en el centro del engranaje de todo su proceso de salud-enfermedad, se antoja como la base indispensable sobre la que construir una “rehumanización” de la sanidad y de los profesionales sanitarios. Un cuidado que devuelva a la persona al eje sobre el que se han de articular el resto de actuaciones que compongan cada caso.

Y dentro de ella, y como parte fundamental muchas veces olvidado, el contacto físico con el paciente se convierte en una herramienta irremplazable de humanización y cuidado. Un contacto físico que ha sido relegado a un segundo plano con el paso del tiempo y a medida que la tecnificación y la frialdad que la caracteriza ha ido ganando terreno.

Por ello, vamos a desarrollar este trabajo, con la mirada puesta en aportar algunas evidencias de la efectividad e idoneidad del contacto físico con el paciente en la mejora de su proceso y su percepción sobre la calidad del cuidado en el marco de la ética del cuidado, como obligación exigible dentro de la capacitación de todo personal sanitario; así como en analizar el estado actual de la percepción y aplicación del contacto físico en el ámbito sanitario.

## **1.2. Marco teórico**

### **1.2.1. Bioética del cuidado**

Como dijimos anteriormente, las características teórico-prácticas de la ética del cuidado la hacen la base perfecta sobre la que dejar crecer el tallo de este trabajo.

Como muy acertadamente apunta García Moyano(6): *“La ética del cuidado podría convertirse en la respuesta buscada por nuestra profesión, ya que responde a la pregunta fundamental: ¿cuál debería ser la naturaleza de la relación con la persona enferma, y cuáles son las responsabilidades dentro de esta relación?”*

Más que una teoría sobre cómo poner en práctica determinados principios, conocimientos o normas morales, la ética del cuidado constituye en sí misma un modelo relación que involucra valores como la preocupación por el otro y por su bienestar. En el contexto clínico sólo es posible verla de manera práctica en el modo en que los profesionales se relacionan cotidianamente con las personas a las que atienden. La ética del cuidado, como bioética, nace del reconocimiento del otro como un igual, al que me acerco porque descubro su necesidad y al que escucho para tratar de ayudarlo.

Vemos cómo desde esta perspectiva bioética el cuidado y la persona son los ejes del engranaje que permiten que el sistema siga funcionando. Tras la llegada de la tecnificación biomédica y de los avances biotecnológicos y la progresiva conquista de derechos por parte de los pacientes, especialmente en lo que se refiere al reconocimiento y ejercicio de su autonomía personal, hemos visto cómo la ausencia de cercanía entre profesional y paciente y los aspectos que determinan una adecuada relación terapéutica se han dejado de lado. La cultura del cuidado basado en la evidencia ha ido ganando terreno(7), al tiempo que la empatía, la escucha activa, la confidencialidad, el acompañamiento o el contacto físico, son algunos de estos aspectos cuya presencia se ha visto sensiblemente mermada.

Podríamos decir que la sensibilidad hacia el otro y su entorno, la capacidad para centrarse en los problemas reales son características estructurales que definen a la bioética del cuidado en su desarrollo práctico. Pero la que más importa para este trabajo es el concepto y la idea del “paciente”, del ser, del otro, como un ser social por naturaleza, un ser relacional que necesita del contacto adecuado con los otros para que su bienestar pueda

ser completo(6), para que se dé una adecuada relación sanitario-paciente, persona-persona.

Y dentro de esta relacionalidad, el contacto físico juega un papel protagonista a la hora de poder establecer una relación terapéutica sana, adecuada y duradera con el paciente, potenciando los aspectos humanos de empatía, confidencialidad o acompañamiento que caracterizan a los profesionales que basan su práctica en la ética del cuidado, y mejorando el bienestar del paciente a un nivel más amplio y profundo que la simple aplicación de técnicas sistemáticas ausentes de calidez humana.

### **1.2.2. Seres humanos, seres sociales**

Los humanos somos seres relacionales y gregarios. Muchos son los beneficios que se reportan de las prácticas sociales, y los perjuicios de verse privado de una adecuada interacción social y con el medio.

En general, los humanos tenemos una habilidad natural para interactuar unos con otros. Esta eficiencia en acciones conjuntas depende de una sinergia entre la colaboración planificada y la coordinación emergente, un mecanismo subconsciente basado en un vínculo estrecho entre la ejecución de la acción y la percepción. Este vínculo admite fenómenos como la adaptación mutua, la sincronización y la anticipación, que reducen drásticamente los retrasos en la interacción y la necesidad de instrucciones verbales complejas, y resulta en el establecimiento de intenciones comunes, la columna vertebral de la interacción social. Desde una perspectiva neurofisiológica, esto es posible, porque el mismo sistema neuronal que apoya la ejecución de acciones es responsable de la comprensión y la anticipación de la acción observada de otros(8).

Investigaciones recientes sobre el papel de la oxitocina en las relaciones sociales sugiere que aproximarse a otros convierte la situación en menos aterradora y más gratificante cuando se trata de un acto valioso para el que lo realiza(9).

Otros estudios han mostrado la contribución de la interacción social al funcionamiento cognitivo. Este efecto se atribuye a las demandas cognitivas que plantean las interacciones sociales, a un efecto mediado a través de mecanismos fisiológicos, y a mecanismos psicológicos(10).

Con estos datos, parece claro el beneficio del contacto social para los seres humanos y quizás unos de los muchos motivos para que este comportamiento relacional nos sea tan

inherente a la gran mayoría de los seres humanos, pero hemos encontrado mucho más, que no sólo respalda la base de nuestra naturaleza social, sino la necesidad de promoverla y promocionarla según los beneficios de los estudios consultados y que a continuación detallamos.

Si nos referimos a un grupo poblacional específico como es el de la vejez o senectud, vemos como diversos estudios amparan los excelentes resultados de mantener un contacto social suficiente, en una etapa vital en la que la soledad nos acecha quizás con mayor agudeza que en edades más tempranas. Según estos, la interacción social en esta edad puede ser considerada como una estimación de calidad de vida, y tiene efectos importantes en la prevención de la morbimortalidad(11), su alta frecuencia está asociada a menores niveles de fragilidad(12), y además juega un papel muy importante en el descanso de los mayores(13).

En relación a la salud mental, lo que con más vehemencia dejan claro las investigaciones sobre interacción social con personas que presentan patologías en este área, es que la disminución del estigma(14–16) propio y social que sufre este colectivo es uno de los grandes y principales beneficios del contacto con los otros que pueden obtener estos pacientes. Además, otro estudio confirma una asociación significativa entre la carencia de contacto social y la presencia de los síntomas negativos de la enfermedad, peor funcionamiento social y peor calidad de vida en pacientes con esquizofrenia(17).

Otro estudio muy interesante muestra cómo el contacto social, independientemente de la modalidad sensorial del mismo, provoca una autoconciencia corporal. Esto apoya la noción de la naturaleza social del yo, es decir, que la autoconciencia humana emerge en los contactos interpersonales(18).

Y, por último, se han publicado estudios que demuestran la relación inversa entre dolor agudo y la interacción social(19), así como la influencia de las interacciones sociales y en los cambios inducidos por el dolor inflamatorio en la actividad locomotora(20).

### **1.2.3. Cuidados invisibles, cuidados humanos**

La tecnificación de la asistencia, así como la medición del rendimiento de los profesionales en base casi exclusivamente al cumplimiento de protocolos y guías clínicas ha traído consigo un deterioro paulatino y agresivo de lo que se conoce como cuidados invisibles, precisamente por permanecer en la sombra, bajo la magnificencia de la

tecnificación y de la sistematización de la asistencia, y bajo la preeminencia de criterios economicistas adoptados por las instituciones sanitarias.

Si por algo se caracterizan estos cuidados es por ser la base del cuidado humano real y elemento primordial, y central de la práctica de Enfermería, aunque no exclusiva de esta.

A pesar de la enorme importancia que tienen estos cuidados en la recuperación de los pacientes, en su bienestar global y en su calidad de vida, y en el anclaje de una adecuada relación terapéutica, siguen estando muy poco reconocidos.

En palabras de Huércanos(21) *“el cuidado invisible comprende tanto acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían “registrables” (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica, etc)”*(21,22).

Son acciones que están fundamentadas en la ética del cuidado que describíamos brevemente más arriba, y que posicionan a la persona y a su globalidad en el centro del proceso de cuidado sanitario, más allá de la simple aplicación de técnicas encaminadas a la prevención, tratamiento o paliación de una determinada patología.

Esta interacción invisible sanitario-paciente, que encarnan principalmente las enfermeras en el ámbito hospitalario, es la mejor valorada por los pacientes al brindar una atención orientada al bienestar, la comunicación, la intimidad, la confianza y la seguridad, que generan mejores resultados y mayor satisfacción en los pacientes y las familias(23).

Si al comienzo de este documento hablábamos de una pérdida sensible de humanidad en el quehacer sanitario diario al tiempo que avanzaba la biotecnología y la profesionalización de la sanidad, podríamos decir que los cuidados invisibles son el último rescoldo de humanidad desde el que arrancar y hacer fuerza para “rehumanizar” el trato con el paciente.

Pero es aquí donde surge una pregunta casi inevitable: ¿Son los cuidados invisibles y la humanidad del trato sanitario una obligación profesional o una suerte de excelencia personal?

La literatura médica proporciona evidencia que apoya que el constructo de la humanización, y con ella la práctica de los cuidados invisibles por todos los profesionales sanitarios, puede ser aprendido y enseñado(3). Con esto lo que quiero decir es que, si hay evidencia de que la conducta humanista puede ser inculcada a los nuevos estudiantes de disciplinas sanitarias, y por supuesto, también a los que ya las ejercen, la respuesta a la pregunta que surgía antes tiene una clara respuesta: la conducta y el trato humanos hacia los pacientes debe ser una obligación exigible a todo profesional sanitario, aprendida durante los años de formación académica y perfeccionada en la práctica clínica diaria.

En otro estudio se examinaron las actitudes y comportamientos de los médicos eminentemente humanistas. Su equipo encontró que las actitudes del humanismo incluyen la humildad (apreciar el privilegio y la responsabilidad que la sociedad nos ha otorgado), la curiosidad (un deseo genuino de conocer a las personas con las que interactuamos) y el deseo de mantener altos estándares de calidad de comportamiento(24).

A su vez, se plantea que el humanismo puede convertirse en un hábito al practicar 3 pasos: 1. identificar perspectivas del paciente, sus seres queridos y el proveedor de atención médica; 2. reflexionando sobre cómo estas perspectivas convergen o entran en conflicto; y 3. elegir actuar altruistamente respaldando y comprendiendo las perspectivas del paciente y su familia(3).

Por lo que, podemos afirmar que, debido a la evidencia de los beneficios de la interacción social y del trato y cuidado humanos, y a la posibilidad de enseñarlos estos dentro del contexto sanitario a los profesionales que van a desarrollar su labor con los pacientes, la conducta que conduzca a la humanización de la práctica sanitaria ha de ser recogida como una obligación exigible a todo profesional sanitario en proceso de formación o graduado, y se pongan estas habilidades de relación en práctica en forma de aptitud y/o actitud.

#### **1.2.4. Contacto físico**

El contacto físico, el tacto piel con piel, supone la expresión más íntima de la confianza, relación terapéutica y cuidados invisibles entre el profesional y el paciente. Por esto, se trata de una de las muestras y de las armas más potentes de humanización en la vinculación que establecemos con la otra persona. El contacto físico tiene un enorme poder en beneficio del paciente, siempre y cuando este se utilice de manera adecuada y en el momento y lugar precisos.

El contacto físico amable y oportuno hacia un paciente, más aún si este sufre, puede significar un alivio, una muestra de empatía inmensamente agradecida, un acompañamiento, una señal de apoyo y confort, seguridad, confianza, calma etc.; elementos potencialmente deseables y beneficiosos para el bienestar global de la persona que tenemos en frente.

Son muchos los estudios que hacen vislumbrar la importancia del contacto físico durante las diferentes etapas vitales del ser humano. El contacto postnatal piel con piel promueve el vínculo entre madre e hijo, y la cantidad y calidad del contacto social se asocian positivamente con la satisfacción de la relación en parejas románticas adultas. Tocar también facilita la confianza a través de la palabra, e incluso un leve toque puede conducir a evaluaciones más positivas del que toca por quien es tocado, mayor conformidad y comportamiento pro-social(25).

El contacto físico interpersonal puede promover el bienestar físico, emocional, social y espiritual. El toque suave de otra persona influye en nuestra disposición para empatizar y apoyar a esa persona. Un apretón de manos, una palmadita alentadora, una caricia sensual, un codazo para llamar la atención o una caricia suave pueden transmitir una vitalidad e inmediatez que puede ser mucho más poderosa que el lenguaje(26).

El tacto proporciona un medio poderoso para evocar y modular la emoción humana. Tocar a alguien, además de ser tocado por alguien, puede tener un efecto positivo y calmante(26). Las personas que son tocadas más a menudo por su pareja también reportan un mejor bienestar psicológico(27).

En la vida diaria, la acción de tocar o tomarse de las manos es una experiencia empática importante, que provoca un fuerte sentido de unión, al tiempo que denota confianza, comprensión y apoyo social.

La evidencia sugiere además que el contacto social en humanos es particularmente dependiente del vínculo emocional entre las partes: las regiones corporales donde se suelen tocar diferentes individuos en su red social son específicas del tipo de relación que los une; las manos y los brazos son tocados de forma rutinaria incluso por conocidos emocionalmente distantes, mientras que tocar la cabeza, el cuello y los glúteos suele estar restringido a relaciones más cercanas emocionalmente(25), aunque no son exclusivas de estas relaciones. De hecho, en el contexto profesional esas áreas pueden ser objeto de examen físico o de tratamiento (masaje terapéutico).

Otro estudio(28) ha demostrado que el contacto social modula la actividad del sistema opioide  $\mu$ . Esto sugiere que el contacto social y la modulación concomitante de la actividad de los receptores opioides podrían subyacer al mecanismo neuroquímico que refuerza y mantiene los vínculos sociales entre los humanos. A pesar de que el papel de los mecanismos basados en el lenguaje a menudo se enfatiza en la comunicación humana, estos datos resaltan el papel central desempeñado por el tacto y la sensibilidad en la modulación de la interacción social humana y los lazos interpersonales.

Por último, en este punto, decir que el paisaje que define el contacto físico social cambia cualitativamente, desde un modo intenso y primario para el aprendizaje asociativo y la conexión de afiliación en las etapas más tempranas de la vida pre y neonatal, hasta ser parte de un entorno multisensorial integrado a lo largo de toda la vida. Los cambios en la movilidad, la independencia, la ampliación de las esferas de influencia social, la madurez sexual y el envejecimiento afectan a la experiencia perceptiva del contacto físico(29), además de los propios factores socioculturales.

Si a todo lo anterior sumamos que, en un entorno de apoyo, el contacto interpersonal tiende a aumentar la confianza, incluso entre extraños(26), tenemos el escenario perfecto para asegurar que el contacto físico como parte del proceso de cuidados que recibe un paciente por parte del equipo profesional se convierte en una herramienta más que necesaria para que el bienestar global del paciente alcance sus cotas más altas.

### **1.2.5. Tacto y comunicación**

Habida cuenta de la importancia del contacto físico en el contexto sanitario, queremos aportar un, quizás crucial, aspecto o característica que posee el contacto físico y que juega un papel fundamental con el paciente, y es que el tacto no deja de ser un medio de comunicación no verbal, quizás uno de los más potentes.

La comunicación es la base fundamental de las relaciones interpersonales, más aún si cabe en el área de la salud, donde estamos en continua interacción con otros profesionales y pacientes a los que dedicamos nuestros cuidados. La comunicación va mucho más allá de la palabra; la postura, los gestos, el tono de voz o la manera de tocar, entre otras, son algunas de las muchas maneras que tenemos de transmitir y recibir información(30).

Tocar la piel humana es comunicarse con la otra persona, cuidar de la otra persona y proporcionarle compañía. En la interacción profesional / cliente, el tacto se clasifica en tres tipos: 1) el tacto expresivo, también descrito en la literatura como afectivo, que ocurre de manera espontánea y no es necesariamente parte del desempeño de los procedimientos; 2) tacto instrumental, que es un contacto físico deliberado para realizar una técnica o procedimiento predeterminado; y 3) tacto expresivo-instrumental, que es una combinación de los otros dos tipos(31).

El vínculo profesional-paciente es un facilitador de la comunicación, ya que contribuye a un conocimiento más profundo del cliente, lo que hace posible observar y comprender efectivamente lo que se está comunicando verbal y no verbalmente(32).

Con el contacto físico, es más fácil y a la vez profunda la transmisión de emociones e información positiva y sensible entre ambos extremos de la relación terapéutica. El tacto es el canal de comunicación no verbal preferido para transmitir emociones íntimas como el amor y la compasión(26).

Esta característica comunicativa del contacto físico adquiere si cabe un papel más importante en pacientes de UCI y otras unidades cuyos ingresados compartan signos patológicos similares a ellos, ya que, incluso en pacientes con alteración de la conciencia, los sentidos del oído y del tacto pueden no verse afectados. A través de estos sentidos, entonces, es posible tener acceso a un individuo que, aislado en su propio mundo, necesita comunicarse con el entorno externo(33).

Vale la pena que el profesional preste atención a las características inherentes a la táctesis. El cuidado del paciente debe involucrar un momento de presencia con la otra persona, durante el cual la comunicación es significativa y se enfoca en lo humano y en la integralidad de la persona(34).

### **1.2.6. Tacto y cultura**

La cultura, definida según la RAE como el “*conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.*”, juega un papel fundamental a la hora de interpretar y desarrollar numerosos aspectos conductuales y de interacción social.

Citando a **Domínguez Lázaro MR(35)**, “*la táctesis es aquel aspecto de la Comunicación no Verbal más primitivo y básico, de hecho es un pilar fundamental en el*

*desarrollo de los infantes. Cada cultura desarrolla sus códigos táctiles existiendo una brecha en la que se establecen diferencias abismales entre unas y otras. En determinadas circunstancias el tacto puede dar lugar a un sinfín de interpretaciones. Existen diversos tipos de tactos tales como, la táctica funcional-profesional, social-cortés, amistad-calidez, sin obviar el prototipo más personal, amor-intimidad”.*

El comportamiento táctil en lo que a la interacción social se refiere está fuertemente influenciado por los valores que cada cultura tiene acogidos en cada una de sus costumbres. No solo eso, si no que el género y la edad también están relacionados con la percepción y actitud ante el establecimiento del contacto físico(36).

Esto nos lleva a hacer ver la necesidad de adaptar culturalmente nuestro comportamiento con respecto al contacto físico en salud. El ámbito sanitario es un fiel reflejo de la sociedad en la que está situado. Nos encontramos en un mundo cada vez más globalizado en el que las diferentes nacionalidades y culturas de las personas que conviven en cada lugar se entremezclan unas con otras, pero siempre permaneciendo viva la identidad cultural original de cada persona, para la cual el contacto físico tiene unos límites y unos significados muy distintos.

### **1.2.7. Beneficios del contacto físico en la salud de los pacientes**

Por último, queremos arrojar un poco de luz acerca de los beneficios que supone establecer contacto físico para la sintomatología más típica de los pacientes, más allá de los cambios fisiológicos que hemos detallado anteriormente o de sus bondades como agente importante en el proceso comunicativo.

Autores como Hentz F, et al.(37) recogen entre sus resultados que el establecimiento de contacto físico durante las tareas rutinarias de cuidado contribuye a la disminución del dolor percibido por el paciente.

Por otra parte, estudios como los de Homanouyi K, et al(38); Choi SM, et al.(39); Henricson M, et al.(40); y Hentz F, et al.(37), incluyeron entre las variables de sus estudios, referentes al contacto físico, los niveles de estrés o ansiedad de los pacientes. En todos ellos se observó una disminución significativa o cerca de poder considerarse significativa de estos niveles de ansiedad en el grupo de pacientes cuya intervención supuso de alguna manera el establecimiento de contacto físico.

Otros estudios, como los llevados a cabo por Leonard KE, et al.(41); Jhonston CC, et al.(42); y Butts JB, et al.(43); estudiaron el efecto de desarrollar o no contacto físico con los pacientes en diferentes variables de carácter psico-emocional o fisiológico. Y de manera general, al igual que pasara para los estudios y variables anteriores, el contacto físico demostró una tendencia positiva en cuanto a la estabilidad del estado fisiológico y de los factores psico-emocionales alterados y estudiados en la muestra.

Resumiendo, se puede asegurar que el contacto físico ha resultado ser un factor clave en la mejora del estado de bienestar global del paciente, en sus aspectos físicos, psicológicos y espirituales.

## **2. OBJETIVOS**

---

El objetivo principal de este trabajo es analizar el estado actual de la percepción del contacto físico entre los profesionales sanitarios.

De forma específica se pretende:

- Determinar la idoneidad del contacto físico como elemento de la “rehumanización profesional” del cuidado en las instituciones sanitarias.
- Conocer o identificar la percepción de los profesionales sanitarios sobre los beneficios de implementar el contacto físico humano en sus pacientes.

## **3. METODOLOGÍA**

---

Para el desarrollo de este trabajo el enfoque metodológico seguido ha sido de corte cuantitativo, empleando para ello un diseño descriptivo no experimental transversal. Para la recogida de la información se elaboró un cuestionario desarrollado a partir de la literatura previamente consultada. Dicho cuestionario fue sometido a validación por juicio de expertos, especialmente dirigido a verificar su legibilidad y validez para obtener el conocimiento pretendido, esto es, conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre los beneficios de implementar el contacto físico humano en sus pacientes. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta electrónica no identificable, garantizando así el anonimato de los pacientes.

Este cuestionario estuvo disponible para su autocumplimentación en línea durante un período de dos semanas, del 1 al 15 de agosto de 2019. La muestra incluyó a profesionales sanitarios de cualquier especialidad, cuya práctica clínica permita el establecimiento de contacto físico con los pacientes. Los participantes fueron reclutados mediante correo electrónico. La participación fue voluntaria y el consentimiento implícito al completar el cuestionario. El contenido del cuestionario se desarrolló a partir de la literatura existente y los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica que se realizó previamente.

### 3.1. Cuestionario

El cuestionario de estudio desarrollado contaba con un total de 15 ítems. Asimismo, se recabaron datos demográficos de los participantes de seis categorías pertenecientes al género, edad, profesión, servicio en el que realiza la práctica profesional, sector en el que la llevan a cabo y localización geográfica del mismo.

Los distintos ítems estaban subdivididos en 3 subescalas. Los 3 primeros pertenecían a la subescala de “Contacto físico en general”, 5 a la subescala de “Beneficios del contacto físico”, y otros 7 a la subescala de “Actitud y aptitud para el establecimiento del contacto físico”. Cada ítem tuvo seis respuestas posibles en escala tipo Likert de seis puntos, yendo estos de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo” o bien de “siempre” a “nunca”, según se quisiera medir grado de conformidad o frecuencia respectivamente (Ver *ANEXO 1*). Todas las preguntas eran de respuesta obligatoria.

La fiabilidad del cuestionario fue analizada mediante el Alfa de Cronbach (SPSS), un modelo de consistencia interna que se basa en la correlación entre elementos promedio. El valor teórico máximo de Alfa es 1, siendo 0 la ausencia absoluta de fiabilidad. El valor obtenido para nuestro cuestionario ha sido de 0,855 (*Tabla 1*), siendo 0,8 el valor que se estima como mínimo para que la fiabilidad sea aceptable, por lo que la fiabilidad del cuestionario se considera más que aceptable.

**Tabla 1.** Estadísticas de fiabilidad del cuestionario.

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
<b>,855</b>	<b>,873</b>	<b>15</b>

## 3.2. Población estudio

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: profesional sanitario de cualquier especialidad cuya práctica clínica permita el establecimiento de contacto físico con los pacientes; edad mayor o igual a 18 años con un buen dominio del idioma español; práctica profesional en ambientes sanitarios de España (Andalucía, Canarias y Cataluña), Francia (Lyon), Reino Unido (Oxford) y México.

Bajo estos criterios, se reclutaron un total de 188 profesionales sanitarios, que de manera voluntaria completaron el cuestionario electrónicamente.

## 4. RESULTADOS

---

Se registraron un total de 188 respuestas válidas, aunque con algunos valores perdidos. Se trata de un tamaño muestral bastante significativo, cuyas características demográficas ayudan a dicha significación y representatividad.

### 4.1. Muestra

En el *ANEXO 2* se recogen las características demográficas de la muestra en número y porcentaje. Como se puede observar en la *Tabla Género* del mismo anexo, el 80,9% de los participantes son mujeres, con un total de 152 sujetos, perteneciendo el 19,1% restante al género “Hombre”, con 36 participantes. Esta diferencia refleja en gran medida el porcentaje actual de representatividad en función del género que muestra el sector sanitario profesional. No se detectan datos perdidos para la variable “género”.

En la *Tabla Edad* del citado anexo se recoge que la edad media de los 188 participantes en el estudio ha sido de 33,21 años, siendo 23 el mínimo y 68 el máximo de edad registrada. Además, 24 ha sido la edad que más se ha repetido, representando el 12,8% del total.

Para un mejor manejo de los datos y de su análisis, se ha decidido agrupar las edades de los participantes en 3 grupos representativos de la población sobre la que se ha desarrollado este cuestionario (Ver *Tabla Edad agrupada*), quedando conformados los grupos de: < o = que 29 años, entre 30 y 49 años, y, por último, el grupo de 50 años en

adelante. El primer grupo, con 95 sujetos y el 50,5% del total, es el que presenta mayor número de participantes, seguido del segundo con un 37,2% y cerrando las estadísticas de participación el grupo de 50 o más años, con un 12,2% de los participantes totales. No se muestran datos perdidos para la variable “edad”.

En cuanto a la profesión de los sujetos (*Tabla Profesión*), al tratarse de una pregunta de respuesta abierta, se han registrado numerosas profesiones sanitarias, siendo la de Enfermería con 99 participantes y el 52,9% del total de los mismos la que aparece más representada. A esta le sigue la Fisioterapia con un 18,6% de los participantes totales y 35 sujetos, Terapia Ocupacional con el 12,8% y 24 respectivamente, y la Medicina, con 12 sujetos y el 6,4% de los participantes totales. El resto de profesiones, aunque presentes y tenidas en cuenta para el análisis de datos, no llevan siquiera a los 10 participantes, mostrando algunas de ellas 1 solo sujeto. En esta ocasión se encuentra un dato perdido.

Al igual que ocurre con la profesión, la “Unidad” en la que trabajan los profesionales sanitarios que respondieron el cuestionario iba precedida de una pregunta abierta, por lo que han sido muchas las unidades o servicios que se han podido registrar, como se observa en la *Tabla Unidad*. Además, se muestran aquí 10 datos perdidos, siendo el número de pérdidas más elevado para las variables demográficas de la muestra.

En este caso han sido Hemodiálisis, con un 13,8%, Urgencias, con un 10,6%, UCI, con un 10,1%, Traumatología, con un 8,0%, Geriatría, con otro 8,0%, Pediatría, con un 7,4% y Quirófano, con un 6,4% del total de los participantes, las unidades representadas en mayor medida, siendo otras 21 las que están registradas entre las respuestas.

En la variable “sector” (*Tabla Sector*), se puede ver que no se ha perdido ninguna respuesta, algo a lo que ayuda que se tratara de una pregunta cerrada que medía una variable dicotómica. Aquí los datos registrados son bastante parejos para ambas respuestas, con 100 participantes y el 53,2% de estos para el sector privado y 88 participantes y el 46,8% de la muestra para el sector público.

Respecto a la variable “localización”, en la tabla que recoge y resume los datos registrados para la misma (*Tabla Localización*) se observa que España es el país más representado, con el 83,5% de la muestra y 157 sujetos; le siguen Francia con el 6,4% y 12 representantes, México con el 5,3% y 10 representantes, y Reino Unido con el 2,7% y 5 sujetos; el resto de países registrados solo logra estar representado por 1 participante. Para esta variable se observa un dato perdido.

**Tabla 2.** Perfil creado a partir de los datos registrados con mayor frecuencia para cada variable.

	Género	Edad	Profesión	Unidad	Sector	Localización
Datos	Mujer	24	Enfermera	Hemodiálisis	Privado	España

## 4.2. Cuestionario

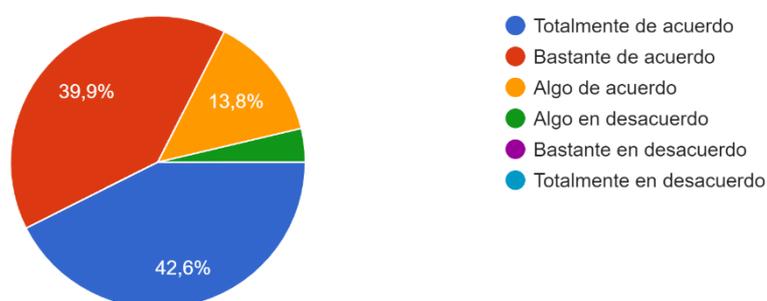
Una vez presentados y clasificados los datos demográficos pertenecientes a la muestra, se pasa a detallar los resultados obtenidos en las preguntas propias del cuestionario, las cuales, como ya se describió en la metodología previa, fueron agrupadas en tres subescalas referentes a “Contacto físico en general”, “Beneficios del contacto físico”, y “Actitud y aptitud para el establecimiento del contacto físico”. En este apartado se muestran las frecuencias ciegas de respuesta para cada una de las preguntas enunciadas en el cuestionario, de manera que en el siguiente punto de esta misma sección de resultados se mostrarán los datos de respuesta cruzados con las variables demográficas de los participantes y con las respuestas de otras preguntas de la misma o diferente subescala.

Para ver los datos completos de este epígrafe con las tablas de frecuencia para cada ítem vaya al *ANEXO 3*.

### 4.2.1. Contacto físico en general

El contacto físico es importante para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales de calidad.

188 respuestas



**Figura 1**

Tal y como aparece en la *Figura 2*, el 82,4% de los encuestados está bastante o totalmente de acuerdo con que el contacto físico es importante para conseguir relaciones sociales de

calidad, siendo solo un 3,7% los que se muestran algo en desacuerdo. Nadie ha dejado reflejado estar totalmente o bastante en desacuerdo.

### El contacto físico es importante en el ámbito sanitario.

188 respuestas

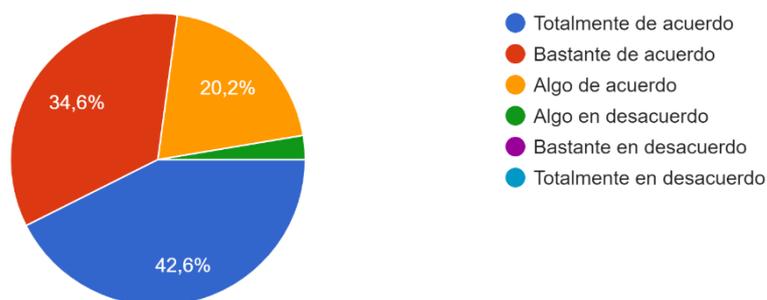


Figura 2

En la *Figura 3*, las dos respuestas que reflejan un mayor grado de acuerdo con que el contacto físico es importante en el ámbito sanitario suman un 77,1% de los registros, dejando en esta ocasión un muy bajo 2,7% para los encuestados que muestran algún grado de desacuerdo con la afirmación que se plantea.

### El contacto físico es importante para el establecimiento de una buena relación sanitario-paciente.

188 respuestas

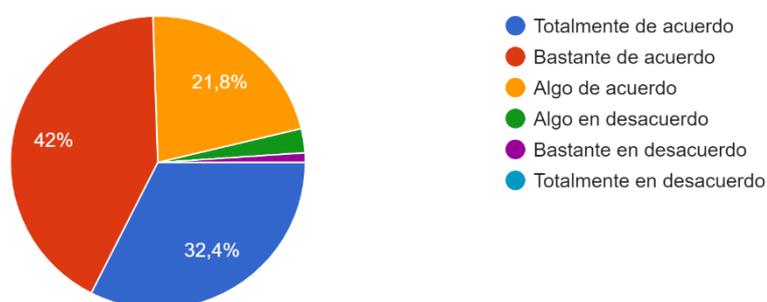


Figura 3

En el caso de esta tercera afirmación, otra vez más del 70% de los encuestados, exactamente el 74,5% de ellos, muestran un grado total o muy alto de acuerdo con el enunciado, mientras que las opciones de respuesta que muestran desacuerdo con que el contacto físico sea importante para una buena relación sanitario paciente suman un 3,8% del total, siendo solo el 1,1% las que se muestran al menos bastante en desacuerdo.

#### 4.2.2. Beneficios del contacto físico

El contacto físico tiene potencial para promover el bienestar global de los pacientes.

188 respuestas

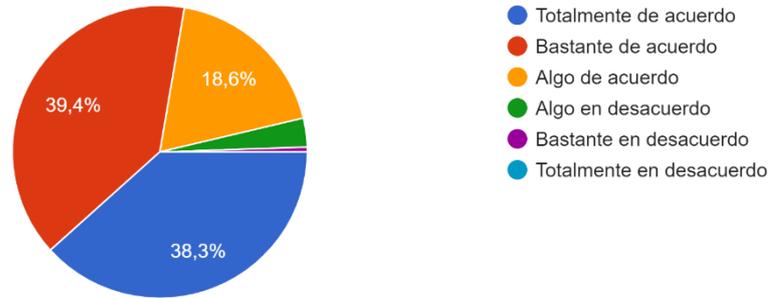


Figura 4

En la primera pregunta de esta subescala de “beneficios del contacto físico”, el 96,3% de los encuestados están de acuerdo con que el contacto físico ayuda a promover el bienestar de los pacientes, siendo el 77,7% los que están totalmente o bastante de acuerdo.

El contacto físico regular disminuye el dolor de los pacientes.

188 respuestas

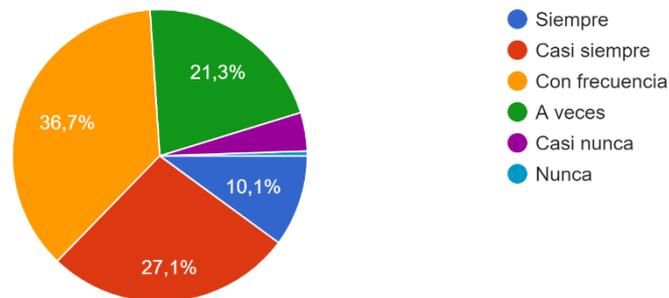


Figura 5

En esta ocasión los participantes se han inclinado en mayoría por las opciones centrales, pues la suma de las respuestas de “con frecuencia” y “a veces” es del 59% del total de las respuestas. Un 37,2% dice que siempre o casi siempre el contacto físico regular disminuye el dolor de los pacientes, y solo un 4,8% refleja que nunca o casi nunca lo disminuye.

### Los niveles de ansiedad de los pacientes disminuyen con el contacto físico.

188 respuestas

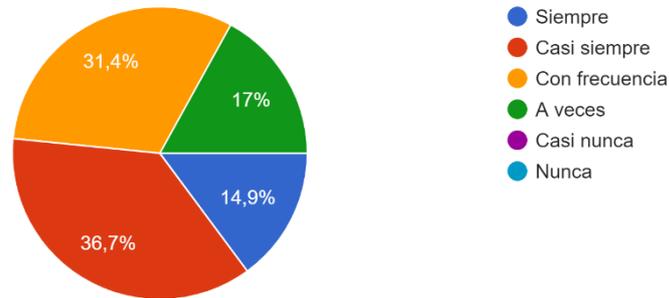


Figura 6

Como se puede observar en la *Figura 7*, el 51,6% de los participantes creen que siempre o casi siempre el contacto físico disminuye los niveles de ansiedad de los pacientes, no estando registradas las opciones de “nunca” o “casi nunca” para esta pregunta por parte de ningún encuestado. También es llamativo que en esta afirmación el 48,4% de los sujetos se hayan inclinado de nuevo por las opciones que tienden a la neutralidad o a las medidas centrales.

### El sentirse tocado mejora la autoestima y el sentimiento de integridad de los pacientes.

188 respuestas

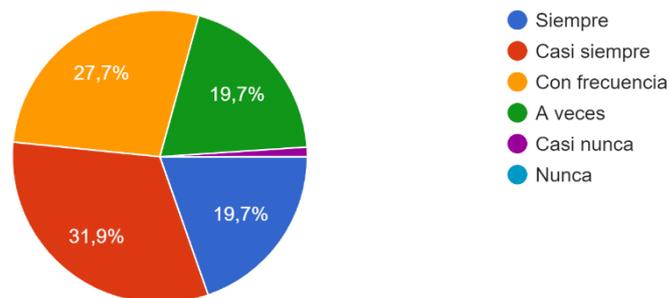


Figura 7

El 51,6% de las respuestas recogidas reflejan que los encuestados piensan que siempre o casi siempre el contacto físico mejora la autoestima de los pacientes, frente al escaso 1,1% que opina que casi nunca la mejora. De nuevo aquí las medidas centrales recogen un alto porcentaje de las respuestas con el 47,3% de las respuestas.

La falta de cercanía y contacto físico genera desconfianza en los pacientes.

188 respuestas

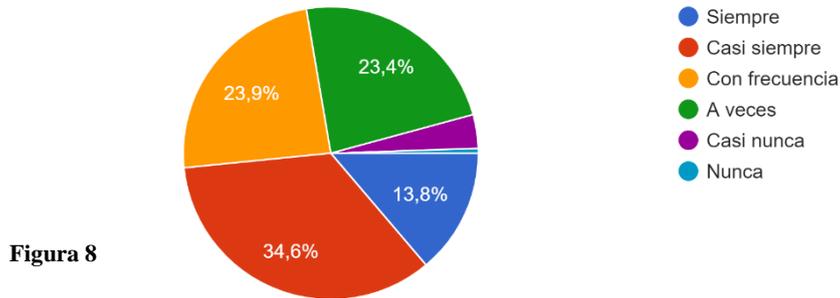


Figura 8

En la *Figura 9* se observa cómo solo un 4,2% de los sujetos encuestados piensan que nunca o casi nunca la ausencia de contacto físico y cercanía genera desconfianza en los pacientes. Sin embargo, un 48,4% de los mismos han respondido que esta desconfianza se genera siempre o casi siempre que está ausente el contacto físico, algo que se tendrá en cuenta para la discusión

### 4.2.3. Actitud y aptitud para el establecimiento del contacto físico

Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso.

188 respuestas

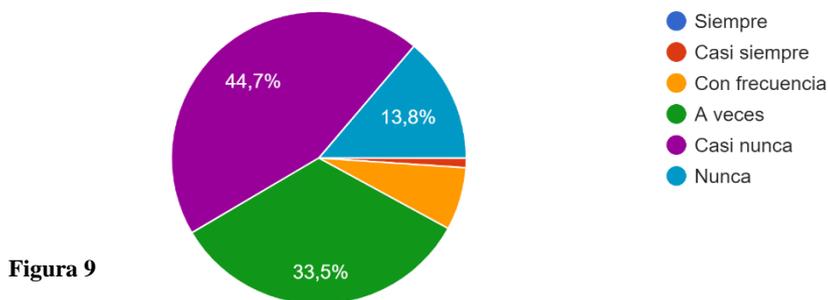


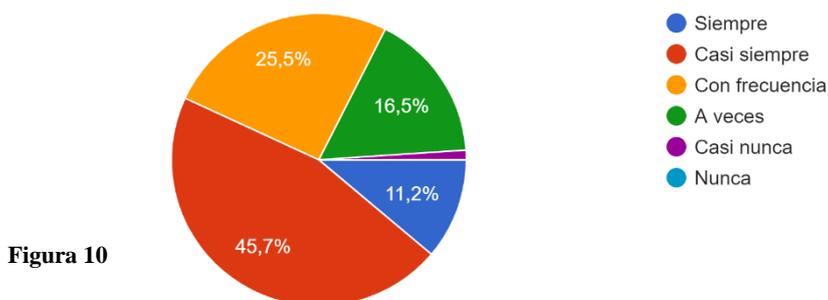
Figura 9

Esta es la única afirmación que se formuló en sentido negativo con respecto al contacto físico. En ella se puede ver cómo el 58,5% de las respuestas reflejan que nunca o casi nunca el contacto físico con los pacientes es arriesgado o peligroso, y únicamente un 1,1%

de las mismas reflejan que casi siempre lo es, no encontrando sujetos que hayan respondido que el contacto físico siempre genere riesgo o peligro con los pacientes.

Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico.

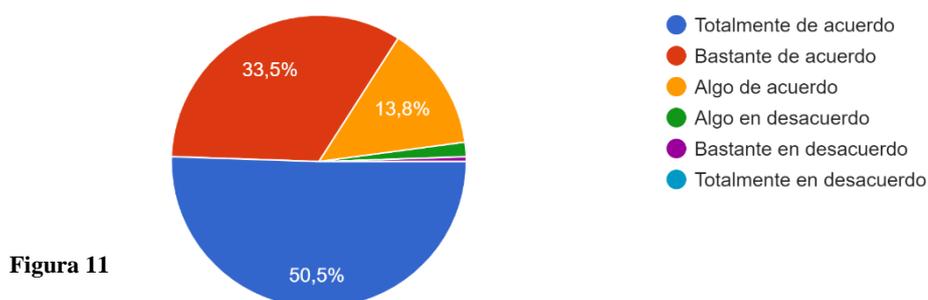
188 respuestas



El 56,9% de los participantes creen que los pacientes de su servicio se sienten cómodos con el contacto físico, frente al 1,1% que dicen que casi nunca se da esta situación de confort o comodidad de sus pacientes ante el contacto físico. Vuelve a destacar que ninguno de los participantes eligió la opción de “nunca” para esta afirmación.

Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno.

188 respuestas



El 84,0% de los pacientes refieren estar bastante o totalmente de acuerdo con mostrarse interesados por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si es oportuno. Solo un 0,5% de las respuestas reflejan una posición de bastante desacuerdo ante esta afirmación, siendo también el porcentaje de respuestas de tendencia central relativamente bajo.

Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.

188 respuestas

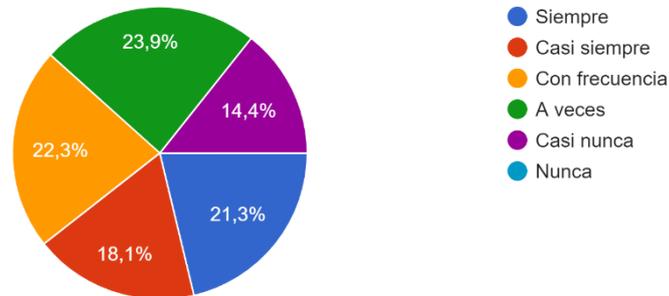


Figura 12

En esta ocasión las respuestas se muestran bastante más repartidas que en el resto de preguntas cuyos resultados se han mostrado hasta ahora. Como se ve en la *Figura 13*, todos los porcentajes de las respuestas registradas varían en torno al 20% de las respuestas totales, notándose un porcentaje levemente inferior para la respuesta de “casi nunca”. No se registra ninguna respuesta que diga que nunca dispone del tiempo necesario para interesarse por el bienestar y el establecimiento del contacto físico con los pacientes.

Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva.

188 respuestas

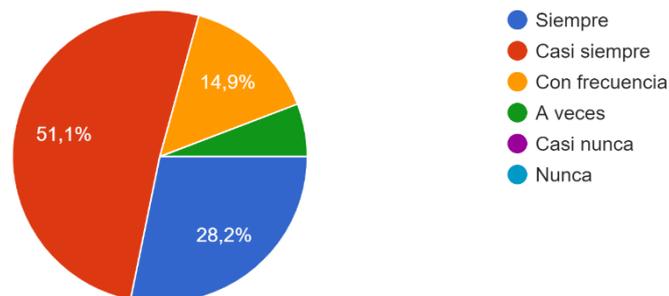


Figura 13

Casi el 80% de los encuestados refieren que siempre o casi siempre han tenido una experiencia positiva en las situaciones de contacto físico con los pacientes, frente al escaso 5,9% que dice que esta situación positiva se ha dado solo a veces. Ningún participante eligió la opción de “casi nunca” o “nunca”.

El tiempo dedicado a hacer ver la importancia de un cuidado humano (empatía, cercanía, respeto, etc.) durante la formación profesional ha sido suficiente y de calidad.

188 respuestas

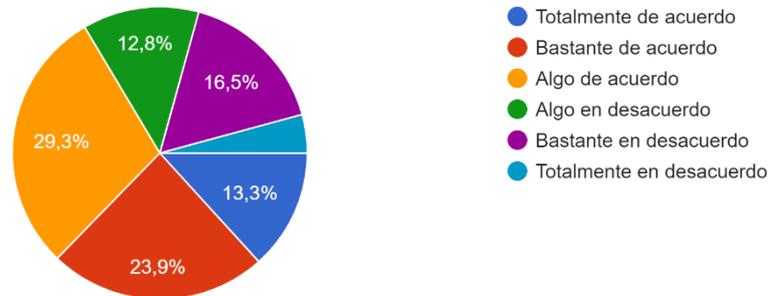


Figura 14

Esta afirmación y la siguiente son las únicas que muestran registradas todas las posibles respuestas que se dan a elegir. El porcentaje acumulado más alto se da en este caso para las opciones centrales, que muestran un grado de acuerdo “neutro” con respecto a la afirmación que se plantea, sumando un 32,1% de las respuestas. Ante la importancia de este enunciado, solo un 37,2% de los sujetos dicen estar bastante o totalmente de acuerdo con que se hace ver la importancia del cuidado humano en calidad y suficiencia durante la formación respectiva como profesional de la salud. Un 20,7% reflejan estar bastante o totalmente en desacuerdo con esta afirmación, el porcentaje sumatorio más alto hasta el momento para las dos opciones más negativas con respecto al enunciado que se han registrado hasta ahora.

Después de terminar mis estudios universitarios/profesionales he seguido formándome/interesándome para poder...ntes un cuidado humano de calidad.

188 respuestas

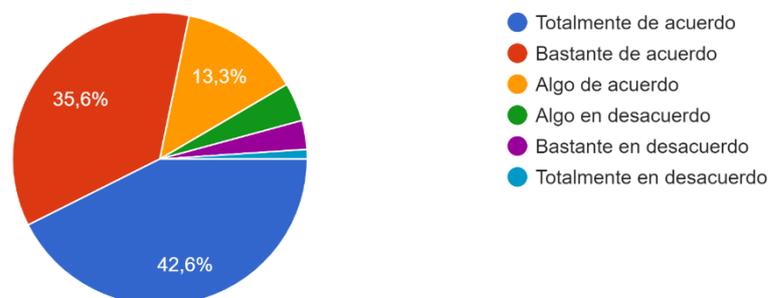


Figura 15

Al igual que en ítem anterior, se registran todas las opciones de respuesta posible para esta afirmación. Las opciones de “bastante de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”

suponen el 78,2% de las respuestas, reflejando un grado alto de acuerdo con que han seguido interesándose y formándose para poder ofrecer a los pacientes un cuidado humano de calidad. Las tres opciones que muestran desacuerdo con esta afirmación solo suman un 8,5% de las respuestas totales.

### 4.3. Resultados cruzados con variables muestrales

Para la obtención de los resultados cruzados se ha basado el análisis en aquellas preguntas y variables que juegan un papel más importante a la hora de analizar las posibles diferencias existentes, así como en aquellos ítems que pudieran arrojar cierta claridad o controversia.

#### 4.3.1. Edad

Al cruzar la variable “edad” con las respuestas obtenidas en los 15 ítems del cuestionario se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en 14 de ellos, siendo únicamente el ítem de “*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno*” el que presenta cierto nivel de significación a tener en cuenta (Tablas 6 y 7).

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,563 <sup>a</sup>	8	,001
Razón de verosimilitud	29,005	8	,000
Asociación lineal por lineal	5,842	1	,016
N de casos válidos	188		

Tablas 3 y 4. Relación entre variables.

#### Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal		
Phi	,369	,001
V de Cramer	,261	,001
Coefficiente de contingencia	,346	,001
N de casos válidos	188	

En este caso se encuentran porcentajes llamativos en el grupo de edad de 30 a 49 años, siendo su respuesta de “casi nunca” 10 puntos porcentuales superiores (24,3%) a la media de todos los grupos (14,4%), mientras que la de “siempre” es de casi 9 puntos

porcentuales inferiores a la media (*Tabla 8*). Sin embargo, el porcentaje de respuesta para el sumatorio “siempre” + “casi siempre” alcanza el 47,3% de las respuestas en el grupo de 29 años o menos, siendo el del grupo de mayores de 50 el que menor sumatorio presenta en este extremo positivo.

### Frecuencias por edad

		Edad (Agrupada)			Total	
		<= 29	30 - 49	50+		
Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.	Casi nunca	Recuento	9	17	1	27
		% dentro de Edad (Agrupada)	9,5%	24,3%	4,3%	14,4%
	A veces	Recuento	16	18	11	45
		% dentro de Edad (Agrupada)	16,8%	25,7%	47,8%	23,9%
	Con frecuencia	Recuento	25	12	5	42
		% dentro de Edad (Agrupada)	26,3%	17,1%	21,7%	22,3%
	Casi siempre	Recuento	20	14	0	34
		% dentro de Edad (Agrupada)	21,1%	20,0%	0,0%	18,1%
	Siempre	Recuento	25	9	6	40
		% dentro de Edad (Agrupada)	26,3%	12,9%	26,1%	21,3%
	Total	Recuento	95	70	23	188
		% dentro de Edad (Agrupada)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### 4.3.2. Género

Al cruzar la variable “género” con las respuestas obtenidas en los 15 ítems del cuestionario no existen diferencias estadísticamente significativas en 13 de ellos.

En el ítem de “*Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso*” se presenta cierto nivel de significación a tener en cuenta en su relación con el género del encuestado (*Tabla 9 y 10*).

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,803 <sup>a</sup>	4	,012
Razón de verosimilitud	13,908	4	,008
Asociación lineal por lineal	6,043	1	,014
N de casos válidos	188		

Tablas 6 y 7. Relación entre variables.

### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,261	,012
	V de Cramer	,261	,012
	Coefficiente de contingencia	,253	,012
N de casos válidos		188	

En la *Tabla 11* se ve cómo el porcentaje de hombres que responde “casi nunca” es casi el doble que el de mujeres eligiendo esa misma opción, con un 69,4% frente a un 38,8% respectivamente. La suma del porcentaje anterior con el de “nunca” alcanza el 83,3% en hombres frente al 52,6% en mujeres.

Tabla 8

### Frecuencias por género

		Género		Total	
		Mujer	Hombre		
Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso.	Casi siempre	Recuento	2	0	2
		% dentro de Género	1,3%	0,0%	1,1%
	Con frecuencia	Recuento	12	1	13
		% dentro de Género	7,9%	2,8%	6,9%
	A veces	Recuento	58	5	63
		% dentro de Género	38,2%	13,9%	33,5%
	Casi nunca	Recuento	59	25	84
		% dentro de Género	38,8%	69,4%	44,7%
	Nunca	Recuento	21	5	26
		% dentro de Género	13,8%	13,9%	13,8%
	Total	Recuento	152	36	188
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

En el ítem de “*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno*” también se presenta cierto nivel de significación en su relación con el género del participante (*Tabla 12 y 13*).

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,138 <sup>a</sup>	4	,038
Razón de verosimilitud	9,315	4	,054
Asociación lineal por lineal	,000	1	,986
N de casos válidos	188		

**Tablas 9 y 10.** Relación entre variables.

### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,232	,038
	V de Cramer	,232	,038
	Coficiente de contingencia	,226	,038
N de casos válidos		188	

En la *Tabla 14* se aprecia que el sumatorio de porcentajes que agrupa las respuestas favorables a la afirmación (“siempre, “casi siempre” y “con frecuencia”) en el caso de los hombres es bastante superior al de las mujeres, con un 72,3% frente a un 59,2% respectivamente. El porcentaje de mujeres que respondieron negativamente, 40,8% de las respuestas, supera con creces al de los hombres, 27,7%, para este ítem de disponibilidad temporal.

**Tabla 11** Frecuencias por género

			Género		Total
			Mujer	Hombre	
Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.	Casi nunca	Recuento	24	3	27
		% dentro de Género	15,8%	8,3%	14,4%
	A veces	Recuento	38	7	45
		% dentro de Género	25,0%	19,4%	23,9%
	Con frecuencia	Recuento	27	15	42
		% dentro de Género	17,8%	41,7%	22,3%
	Casi siempre	Recuento	28	6	34
		% dentro de Género	18,4%	16,7%	18,1%
	Siempre	Recuento	35	5	40

	% dentro de Género	23,0%	13,9%	21,3%
Total	Recuento	152	36	188
	% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

### 4.3.3. Profesión

A la hora de realizar el análisis de estos resultados se ha optado por eliminar las profesiones que estaban débilmente representadas, ya que las medidas de significación obtenidas aparecían totalmente viciadas debido al escaso número de casos de esas profesiones y a no poseer respuestas seleccionadas en todas las opciones disponibles, por lo que se han escogido las 4 profesiones que presentan una mayor frecuencia de aparición en el estudio, con un total de 170 respuestas válidas.

Al cruzar la variable “profesión” con las respuestas obtenidas en los 15 ítems del cuestionario se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en 14 de ellos, siendo de nuevo el ítem de “*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno*” el que presenta cierto nivel de significación estadística en cuanto a la relación de este con la variable “profesión” (Tabla 15 y 16).

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,678 <sup>a</sup>	12	,001
Razón de verosimilitud	33,534	12	,001
Asociación lineal por lineal	,006	1	,939
N de casos válidos	170		

Tablas 12 y 13. Relación entre variables.

#### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,438	,001
	V de Cramer	,253	,001
	Coefficiente de contingencia	,402	,001
N de casos válidos		170	

En la *Tabla 17* se ve cómo el porcentaje de fisioterapeutas que responden “con frecuencia” a esta afirmación casi dobla al de la media de todas las profesiones con un 45,7% de sus miembros frente al 23,5% del total.

Además, en este mismo ítem, el colectivo de licenciados en Medicina presenta un porcentaje de respuesta para la opción de “siempre” que multiplica por más de 2 al resto de porcentajes para esa misma opción del resto de profesiones, así como a la media de todas ellas, con un 50% del total de los médicos que respondieron a este ítem. Estos datos resultan muy significativos para el estudio, y se comentarán más adelante en el apartado de discusión.

**Tabla 14** Frecuencias por profesión

			Profesión				Total
			Fisioterapeuta	Enfermera	Médico	Terapeuta Ocupacional	
Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.	Casi nunca	Recuento	1	17	0	6	24
		% dentro de Profesión	2,9%	17,2%	0,0%	25,0%	14,1%
	A veces	Recuento	4	31	1	3	39
		% dentro de Profesión	11,4%	31,3%	8,3%	12,5%	22,9%
	Con frecuencia	Recuento	16	16	2	6	40
		% dentro de Profesión	45,7%	16,2%	16,7%	25,0%	23,5%
	Casi siempre	Recuento	9	17	3	3	32
		% dentro de Profesión	25,7%	17,2%	25,0%	12,5%	18,8%
	Siempre	Recuento	5	18	6	6	35
		% dentro de Profesión	14,3%	18,2%	50,0%	25,0%	20,6%
	Total	Recuento	35	99	12	24	170
		% dentro de Profesión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Para el ítem de “*Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico*” no existe significación estadística que relacione la profesión del encuestado con su *respuesta*, pero se ha estado muy cerca de poder establecerla, por lo

que parece que los resultados que se observan también han de ser tenidos muy en cuenta para este estudio.

Como aparece en la *Tabla 18*, el porcentaje de fisioterapeutas que responden a esta afirmación con la opción “casi siempre” es notablemente superior al del resto de profesiones y al de la media total de todas ellas para este ítem, presentando el colectivo de fisioterapeutas un porcentaje del 65,7% de las respuestas para la opción mencionada, frente al 47,6% de la media total, superando de manera similar a las que le siguen en este porcentaje.

**Tabla 15 Frecuencias por profesión**

		Profesión					Total
		Fisioterapeuta	Enfermera	Médico	Terapeuta Ocupacional		
Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico.	Casi nunca	Recuento	0	1	0	1	2
		% dentro de Profesión	0,0%	1,0%	0,0%	4,2%	1,2%
	A veces	Recuento	2	17	2	5	26
		% dentro de Profesión	5,7%	17,2%	16,7%	20,8%	15,3%
	Con frecuencia	Recuento	6	25	4	6	41
		% dentro de Profesión	17,1%	25,3%	33,3%	25,0%	24,1%
	Casi siempre	Recuento	23	46	2	10	81
		% dentro de Profesión	65,7%	46,5%	16,7%	41,7%	47,6%
	Siempre	Recuento	4	10	4	2	20
		% dentro de Profesión	11,4%	10,1%	33,3%	8,3%	11,8%
	Total	Recuento	35	99	12	24	170
		% dentro de Profesión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el mismo sentido que para el ítem anterior, aunque no se haya conseguido demostrar una relación estadísticamente significativa entre “profesión” y la opción elegida por el encuestado para esta afirmación, se observa que ha faltado muy poco para poder considerarse como tal, por lo que parece que los resultados que se observan para “*Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva*” también han de ser tenidos en cuenta para este estudio.

En la *Tabla 19* se ve reflejado de manera clara cómo el porcentaje de fisioterapeutas que responden a esta afirmación con la opción de “casi siempre” es del 62,9% de los sujetos de esta categoría, un porcentaje que supera claramente al porcentaje medio para esta respuesta en el resto de profesiones. Lo mismo ocurre para el colectivo de médicos en este ítem con la opción de “siempre”, la cual con un porcentaje del 41,7% de ventaja claramente al porcentaje de respuestas con esta opción del resto de profesiones.

Además, observando el sumatorio de porcentajes de las dos opciones de respuesta que reflejan mayor frecuencia para la afirmación enunciada (“casi siempre” y “siempre”) se aprecia que el perteneciente a la profesión de fisioterapeuta alcanza el 83% de las respuestas para este ítem, viéndose superado por el colectivo de enfermeras con un 84,8% de las respuestas, superando ambos con claridad al resto de profesiones.

**Tabla 16 Frecuencias por profesión**

			Profesión				Total
			Fisioterapeuta	Enfermera	Médico	Terapeuta Ocupacional	
Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva.	A veces	Recuento	0	6	1	1	8
		% dentro de Profesión	0,0%	6,1%	8,3%	4,2%	4,7%
	Con frecuencia	Recuento	6	9	3	7	25
		% dentro de Profesión	17,1%	9,1%	25,0%	29,2%	14,7%
	Casi siempre	Recuento	22	52	3	9	86
		% dentro de Profesión	62,9%	52,5%	25,0%	37,5%	50,6%
	Siempre	Recuento	7	32	5	7	51
		% dentro de Profesión	20,0%	32,3%	41,7%	29,2%	30,0%
	Total	Recuento	35	99	12	24	170
		% dentro de Profesión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### 4.3.4. Unidad/servicio/especialidad

A la hora de realizar el cruce y análisis de estos resultados se ha optado por eliminar las unidades que estaban débilmente representadas, ya que las medidas de significación obtenidas aparecían totalmente viciadas debido al escaso número de casos de esas unidades. Se ha incluido en este cruce de variables los casos cuya unidad aparece con una frecuencia mínima igual al número de opciones de respuesta posibles para cada uno de los ítems, es decir, seis. Por esto, se ha trabajado finalmente en estos resultados con las ocho unidades más representadas, con un total de 129 respuestas válidas.

Al cruzar la variable “unidad” con las respuestas obtenidas en los 15 ítems del cuestionario se observa que solo existe significación estadística en la relación de la unidad con el ítem de “*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno*”, siendo la tercera vez que la relación es significativa cuando se cruza una variable con este ítem (Tabla 20 y 21).

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,318 <sup>a</sup>	28	,001
Razón de verosimilitud	64,321	28	,000
Asociación lineal por lineal	2,047	1	,152
N de casos válidos	129		

Tablas 17 y 18. Relación entre variables.

#### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,667	,001
	V de Cramer	,333	,001
	Coeficiente de contingencia	,555	,001
N de casos válidos		129	

En la *Tabla 22* destacan los datos para la opción “casi nunca” por parte de los participantes que trabajan en unidades de quirófano, geriatría y urgencias, presentando unos porcentajes que rondan cada uno el 30% de las respuestas del colectivo para este ítem, de manera que multiplican por dos la media del total de las respuestas según unidad de trabajo. Además, si se suman el porcentaje de respuesta de la opción menos negativa correlativa, “a veces”, el porcentaje acumulado de respuesta asciende al 66,6% para los sujetos trabajan en quirófano y al 70% para los que lo hacen en urgencias, frente al 42% del sumatorio medio para todas las unidades, datos a tener muy en cuenta.

En el lado opuesto se encuentran los profesionales de pediatría y hospitalización, cuyos porcentajes de respuesta acumulado para las dos opciones que muestran una mayor frecuencia en la que se dispone del tiempo suficiente (“casi siempre” y “siempre”) alcanzan el 71,5% y 75% respectivamente, frente al 35,6% de la media del sumatorio para todas las unidades, dejando muy lejos a las siguientes unidades.

Tabla 19

Frecuencias por Unidad

			Unidad								
			Traumatología	Pediatría	Quirófano	Geriatría	Hemodiálisis	UCI	Hospitalización	Urgencias	Total
Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.	Casi nunca	Recuento	0	2	4	5	2	1	0	6	20
		% dentro de Unidad	0,0%	14,3%	33,3%	33,3%	7,7%	5,3%	0,0%	30,0%	15,5%
	A veces	Recuento	3	1	4	2	11	6	0	8	35
		% dentro de Unidad	20,0%	7,1%	33,3%	13,3%	42,3%	31,6%	0,0%	40,0%	27,1%
	Con frecuencia	Recuento	8	1	0	5	3	6	2	3	28
		% dentro de Unidad	53,3%	7,1%	0,0%	33,3%	11,5%	31,6%	25,0%	15,0%	21,7%
	Casi siempre	Recuento	3	4	2	3	3	2	4	2	23
		% dentro de Unidad	20,0%	28,6%	16,7%	20,0%	11,5%	10,5%	50,0%	10,0%	17,8%
	Siempre	Recuento	1	6	2	0	7	4	2	1	23
		% dentro de Unidad	6,7%	42,9%	16,7%	0,0%	26,9%	21,1%	25,0%	5,0%	17,8%
	Total	Recuento	15	14	12	15	26	19	8	20	129
		% dentro de Unidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Aunque no se ha demostrado una relación significativa entre “unidad” y el ítem “*Los niveles de ansiedad de los pacientes disminuyen con el contacto físico*”, se va a tener en cuenta estos resultados al encontrarse cerca de dicha significación y por la importancia que puede tener esta tendencia a la relación para éste ítem. Si se suman los porcentajes de “siempre” y “casi siempre” (Tabla 23), las unidades de hemodiálisis, geriatría, pediatría y UCI albergan a los sujetos que respondieron en mayor porcentaje estas opciones, rondando el 60% frente al escaso 25% que se presenta en los sujetos de traumatología o urgencias, unidades en las que los porcentajes de las respuestas más negativas registradas alcanzan un 70% de las totales para este ítem y unidad.

Tabla 20

Frecuencias por Unidad

			Unidad							Total	
			Traumatología	Pediatría	Quirófano	Geriatría	Hemodiálisis	UCI	Hospitalización	Urgencias	Total
Los niveles de ansiedad de los pacientes disminuyen con el contacto físico.	A veces	Recuento	4	2	2	1	1	2	0	7	19
		% dentro de Unidad	26,7%	14,3%	16,7%	6,7%	3,8%	10,5%	0,0%	35,0%	14,7%
	Con frecuencia	Recuento	7	3	5	5	6	7	4	8	45
		% dentro de Unidad	46,7%	21,4%	41,7%	33,3%	23,1%	36,8%	50,0%	40,0%	34,9%
	Casi siempre	Recuento	4	7	3	8	13	8	2	4	49
		% dentro de Unidad	26,7%	50,0%	25,0%	53,3%	50,0%	42,1%	25,0%	20,0%	38,0%
	Siempre	Recuento	0	2	2	1	6	2	2	1	16
		% dentro de Unidad	0,0%	14,3%	16,7%	6,7%	23,1%	10,5%	25,0%	5,0%	12,4%
	Total	Recuento	15	14	12	15	26	19	8	20	129
		% dentro de Unidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En esta ocasión tampoco se ha demostrado un nivel de relación estadísticamente significativo entre la unidad a la que pertenecen los sujetos que responden al cuestionario y el ítem “*Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso*”, pero sí muestra una tendencia importante a que esta relación pudiera existir con una muestra mayor que recogiese frecuencias superiores para otras unidades que apenas se han visto representadas en este estudio. Observando la *Tabla 24* llama la atención que solo 1 sujeto perteneciente a UCI ha respondido con la opción “casi siempre” para mostrar la peligrosidad de establecer contacto físico con los pacientes de la unidad. En el polo opuesto destacan las unidades de traumatología y UCI, cuyos sumatorios de porcentajes para las respuestas más positivas (“nunca” y “casi nunca”) alcanzan el 87% y casi 79% respectivamente de las respuestas para este ítem, frente al 61,3% del total para la variable “unidad”.

Tabla 21

Frecuencias por Unidad

			Unidad							Total	
			Traumatología	Pediatría	Quirófano	Geriatría	Hemodiálisis	UCI	Hospitalización	Urgencias	Total
Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso.	Casi siempre	Recuento	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		% dentro de Unidad	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%	0,8%
	Con frecuencia	Recuento	2	1	1	0	3	1	0	1	9
		% dentro de Unidad	13,3%	7,1%	8,3%	0,0%	11,5%	5,3%	0,0%	5,0%	7,0%
	A veces	Recuento	0	4	3	6	8	2	3	14	40
		% dentro de Unidad	0,0%	28,6%	25,0%	40,0%	30,8%	10,5%	37,5%	70,0%	31,0%
	Casi nunca	Recuento	10	7	6	9	11	10	4	4	61
		% dentro de Unidad	66,7%	50,0%	50,0%	60,0%	42,3%	52,6%	50,0%	20,0%	47,3%
	Nunca	Recuento	3	2	2	0	4	5	1	1	18
		% dentro de Unidad	20,0%	14,3%	16,7%	0,0%	15,4%	26,3%	12,5%	5,0%	14,0%
	Total	Recuento	15	14	12	15	26	19	8	20	129
		% dentro de Unidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### 4.3.5. Sector

Tras analizar los resultados obtenidos al cruzar la variable de “sector” con las respuestas registradas en los distintos ítems del cuestionario no se ha conseguido detectar ninguna relación estadísticamente significativa entre ambos aspectos, ni siquiera una tendencia a una relación clara, aunque no significativa, que mereciese la pena ser tenida en cuenta.

### 4.3.6. Localización

Al igual que ocurrió para las variables de profesión y unidad, se ha optado por eliminar las localizaciones que estaban débilmente representadas, ya que, al llevar a cabo el cruce y análisis de los resultados, las medidas de significación obtenidas aparecían totalmente descontextualizadas a causa del escaso número de casos de esas localizaciones. Se han incluido finalmente en este cruce los casos cuya localización aparece con una frecuencia mínima igual al número de opciones de respuesta posibles para cada uno de los ítems, es decir, seis. Por esto, se ha trabajado finalmente en estos resultados con las tres localizaciones más representadas, España, Francia y México, con un total de 179 respuestas válidas.

En este caso, y a pesar de las modificaciones comentadas en el párrafo anterior, no se ha encontrado ninguna relación claramente significativa entre las respuestas registradas para cada ítem y la localización en la que trabaja el sujeto encuestado. A pesar de ello, se encuentran datos muy interesantes en aquellos ítems en los que la relación con la localización está muy cerca de poder considerarse significativa, y son las que se van a comentar a continuación.

La primera tendencia a la relación con la localización del encuestado de un ítem a resaltar es la que existe con el de ***“La falta de cercanía y contacto físico genera desconfianza en los pacientes”***. Aunque no se llega al nivel de significación mínimo a tener en cuenta para considerarlo significativo, se acerca bastante.

En la *Tabla 25*, el sumatorio de los porcentajes correspondientes a las tres opciones de respuesta consideradas positivas (“con frecuencia”, “casi siempre” y “siempre”) para los sujetos que trabajan en México alcanza el 90%, mientras que en España y Francia apenas llegan al 70%, siendo los porcentajes de respuestas negativas bastante superiores en estos últimos países que en México.

Tabla 22

Frecuencias por Localización

		Localización				
		España	Francia	México	Total	
La falta de cercanía y contacto físico genera desconfianza en los pacientes.	Nunca	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de Localizac	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%
	Casi nunca	Recuento	5	0	1	6
		% dentro de Localizac	3,2%	0,0%	10,0%	3,4%
	A veces	Recuento	38	3	0	41
		% dentro de Localizac	24,2%	25,0%	0,0%	22,9%
	Con frecuencia	Recuento	42	0	2	44
		% dentro de Localizac	26,8%	0,0%	20,0%	24,6%
	Casi siempre	Recuento	50	7	6	63
		% dentro de Localizac	31,8%	58,3%	60,0%	35,2%
	Siempre	Recuento	21	2	1	24
		% dentro de Localizac	13,4%	16,7%	10,0%	13,4%
Total	Recuento	157	12	10	179	
	% dentro de Localizac	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En el ítem “*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno*”, como ocurriera en el caso de variables anteriores, aunque no se muestra una relación significativa con la localización registrada, se queda cerca de la misma.

En la *Tabla 26*, el 41,2% de las respuestas de sujetos que trabajan en España pertenecen a las opciones negativas registradas para este ítem (“casi nunca” y “a veces”), porcentajes mucho mayores que para el resto de países. Mientras que las dos opciones más positivas (“siempre y “casi siempre”) alcanzan un 60% y 58,3% en sujetos trabajando en México y Francia respectivamente, frente al 35,7% de los trabajadores localizados en España.

Tabla 23

Frecuencias por Localización

		Localización				
		España	Francia	México	Total	
Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.	Casi nunca	Recuento	23	1	2	26
		% dentro de Localizac	14,6%	8,3%	20,0%	14,5%
	A veces	Recuento	42	1	0	43
		% dentro de Localizac	26,8%	8,3%	0,0%	24,0%
	Con frecuencia	Recuento	36	3	2	41
		% dentro de Localizac	22,9%	25,0%	20,0%	22,9%
	Casi siempre	Recuento	27	3	2	32
		% dentro de Localizac	17,2%	25,0%	20,0%	17,9%

	Siempre	Recuento	29	4	4	37
		% dentro de Localizac	18,5%	33,3%	40,0%	20,7%
Total		Recuento	157	12	10	179
		% dentro de Localizac	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Siguiendo con los resultados que, sin llegar a ser significativos en cuanto a la presencia de relación clara, presentan interés mostrar por su cercanía y las implicaciones de los mismos. Para el ítem de la *Tabla 27 “El tiempo dedicado a hacer ver la importancia de un cuidado humano (empatía, cercanía, respeto, etc.) durante la formación universitaria/profesional ha sido suficiente y de calidad”*, los participantes que desarrollan su labor profesional en México muestran respuestas polarizadas, con apenas un 10% de respuestas centrales, un 50% de respuestas negativas (“nunca” y “casi nunca”) y un 40% de positivas (“siempre” y “casi siempre”).

No ocurre lo mismo que en España y Francia, donde el porcentaje acumulado de las dos opciones más positivas también rondan el 40% de las respuestas totales para este ítem, pero donde el porcentaje acumulado más alto se localiza en las respuestas centrales, con un 44% y un 50% para las localizaciones de España y Francia respectivamente.

**Tabla 24 Frecuencias por Localización**

		Localización				Total
		España	Francia	México		
El tiempo dedicado a hacer ver la importancia de un cuidado humano (empatía, cercanía, respeto, etc.) durante la formación universitaria/profesional ha sido suficiente y de calidad.	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	0	2	7
		% dentro de Localiz	3,2%	0,0%	20,0%	3,9%
	Bastante en desacuerdo	Recuento	25	1	3	29
		% dentro de Localiz	15,9%	8,3%	30,0%	16,2%
	Algo en desacuerdo	Recuento	21	2	0	23
		% dentro de Localiz	13,4%	16,7%	0,0%	12,8%
	Algo de acuerdo	Recuento	48	4	1	53
		% dentro de Localiz	30,6%	33,3%	10,0%	29,6%
	Bastante de acuerdo	Recuento	40	1	3	44
		% dentro de Localiz	25,5%	8,3%	30,0%	24,6%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	18	4	1	23
		% dentro de Localiz	11,5%	33,3%	10,0%	12,8%
Total		Recuento	157	12	10	179
		% dentro de Localiz	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Para terminar con el análisis de resultados cruzados con la variable de localización, se van a presentar los datos obtenidos en el ítem de “*Después de terminar mis estudios universitarios/profesionales he seguido formándome/interesándome para poder ofrecer a los pacientes un cuidado humano de calidad*”, que tampoco muestran una relación estadísticamente significativa, pero se quedan cerca.

En la *Tabla 28* destaca el porcentaje acumulado de los sujetos encuestados que trabajan en México para las dos opciones de respuesta más positivas (“siempre” y “casi siempre”), que alcanza el 90% del total de las respuestas para este grupo e ítem, frente al 79% y 66,7% que suman en el caso de los que desarrollan su profesión en España y Francia respectivamente.

**Tabla 25 Frecuencias por Localización**

		Localización				
			España	Francia	México	Total
Después de terminar mis estudios universitarios/profesionales he seguido formándome/interesándome para poder ofrecer a los pacientes un cuidado humano de calidad.	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de Loca	1,3%	0,0%	0,0%	1,1%
	Bastante en desacuerdo	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de Loca	1,9%	8,3%	0,0%	2,2%
	Algo en desacuerdo	Recuento	8	0	0	8
		% dentro de Loca	5,1%	0,0%	0,0%	4,5%
	Algo de acuerdo	Recuento	20	3	1	24
		% dentro de Loca	12,7%	25,0%	10,0%	13,4%
	Bastante de acuerdo	Recuento	60	3	2	65
		% dentro de Loca	38,2%	25,0%	20,0%	36,3%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	64	5	7	76
		% dentro de Loca	40,8%	41,7%	70,0%	42,5%
Total	Recuento	157	12	10	179	
	% dentro de Loca	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

#### 4.4. Resultados cruzados entre ítems

Lo que se busca con la creación de las tablas de contingencia entre todos y cada uno de los ítems es averiguar coeficientes de correlación que permitan predecir la respuesta en uno de los enunciados en función de la respuesta registrada en otro de ellos.

Se han encontrado más correlaciones de las que se esperaban en un primer momento (Ver *ANEXO 4*), por lo que por no saturar de información este apartado del estudio, se ha

decidido centrar el análisis de los resultados en aquellos ítems donde se observó una relación significativa con alguna de las variables demográficas de la muestra, o bien que presenten un especial interés para la interpretación final de los datos obtenidos en el presente estudio.

En el sentido marcado en el párrafo anterior, se han encontrado correlaciones significativas estadísticamente, aunque algo débiles, entre el ítem “*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno*” y el de “*Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva*”, así como entre el primero y el de “*Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno*”, con un coeficiente de correlación de 0,283 y 0,278 respectivamente, y con un grado de significación bilateral del 0,000 (ANEXO 4). Los 3 ítems pertenecen a la subescala de “Actitud y aptitud para el establecimiento del contacto físico”.

También se han detectado correlaciones estadísticamente significativas y en sentido inverso entre el ítem “*Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso*” y prácticamente todos los ítems restantes, aunque destacan por encima del resto y en el siguiente orden los ítems “*El contacto físico tiene potencial para promover el bienestar global de los pacientes*”, “*Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva*” y “*Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico*”, con un coeficiente de correlación de 0,500 , 0,468 y 0,440 respectivamente y un grado de significación bilateral del 0,000 (ANEXO 4).

El resto de correlaciones significativas encontradas parecen guardar una relación lógica y esperable a priori, por lo que se ha decidido no destacarlas entre los resultados.

## 5. DISCUSIÓN

---

### 5.1. Muestra

El reparto mujer/hombre, con un porcentaje del 80,9% y 19,1% respectivamente es una fotografía clara de la situación actual en cuanto a representatividad por género se refiere del sector sanitario actual(44).

En cuanto a la edad, se muestra también una distribución de la misma bastante representativa de la realidad, con una media de 33,21 años, aunque sí es cierto que el 12,2% de los sujetos a los que representa el grupo de mayores de 50 años quizás se quede corto, y, aunque no se presente como una limitación clara a la hora de analizar los resultados, habría sido de interés haber conseguido un porcentaje más alto con respecto al total de este grupo de edad.

Una de las limitaciones halladas es la baja frecuencia registradas para algunas de las profesiones presentes entre los sujetos encuestados. Esta situación ha obligado a considerar perdidos algunos datos de esta variable. Sería de interés reproducir este cuestionario con un mayor número de encuestados de aquellas profesiones que por su baja presencia se han dejado fuera del análisis cruzado de datos, de modo que se obtengan resultados representativos del espectro de profesiones sanitarias.

Sin embargo, es cierto que las 4 profesiones finalmente incluidas en las tablas de contingencia con los ítems son las que dispensan de manera regular contacto físico con los pacientes, y quizás las que más cercanía pueden llegar a conseguir con los pacientes durante su proceso de salud-enfermedad. Son, como se detalla en los resultados, la Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Medicina.

Algo parecido ha ocurrido con la unidad o servicio en el que trabajan los participantes del estudio, ya que de las 30 unidades registradas no se tuvieron en cuenta las que presentaban una frecuencia demasiado baja (menos de 6) para que no se viese afectada la significación y correlación entre variables, de modo que solo se incorporaron 8 de las 30 registradas. Sería, por tanto, deseable repetir el estudio de manera que las unidades menos representadas pudieran alcanzar una frecuencia suficiente.

En cuanto a los ámbitos público/privado de ejercicio profesional, los porcentajes se acercan bastante al 50%, con un 46,8% y un 53,2% respectivamente.

Por último, comentar la importancia de poder contar con trabajadores que desarrollan su labor profesional en distintos países, algo que ha permitido analizar la influencia del factor cultural a la hora de implementar el contacto físico y el concepto que de este se tiene. Al igual que pasaba con alguna variable anterior, ha constituido una limitación para analizar los resultados de manera más adecuada la escasa frecuencia de aparición de algunos de los países registrados, como Uruguay, Países Bajos o Suiza. El factor cultural es quizás uno de los más influyentes en la concepción de los pacientes ante el contacto físico, y su actitud ante este, por lo que sería de enorme interés que este estudio se pudiese desarrollar de manera adaptada y más profunda, centrando los esfuerzos en ahondar en el factor cultural del contacto físico, consiguiendo, entre otros, una mayor presencia de países con una frecuencia suficiente para poder ser tenidos en cuenta de manera representativa en los resultados.

## **5.2. Cuestionario**

### **5.2.1. Contacto físico en general**

Dentro de la subescala de “*Contacto físico en general*”, las tres afirmaciones obtienen unos porcentajes sumatorios de respuesta para las dos opciones más positivas (“totalmente de acuerdo” y “bastante de acuerdo”) que ronda en todos los casos los 80 puntos porcentuales.

- *El contacto físico es importante para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales de calidad.*
- *El contacto físico es importante en el ámbito sanitario.*
- *El contacto físico es importante para el establecimiento de una buena relación sanitario-paciente.*

Se trata quizás de unos resultados esperables desde el punto de vista del sentido común y de la opinión generalizada sobre la bondad del contacto físico para las relaciones entre sujetos; es más, si se añade la última opción positiva, “algo de acuerdo”, el sumatorio en los 3 casos asciende por encima del 95%, por lo que parece clara la opinión positiva general sobre el contacto físico “a priori” de los profesionales sanitarios.

Estos resultados concuerdan de lleno con lo que Frías VM, et al.(14), Koike S, et al.(15), Martínez-Hidalgo MN, et al.(16) y Siegrist K, et al.(17) exponen en sus trabajos en referencia a la disminución del estigma social y el mejor funcionamiento social y calidad de vida de pacientes psiquiátricos ante la presencia del contacto físico.

También las afirmaciones de Sciutti A, et al.(8), Preston SD, et al.(9), Segel-Karpas D, et al.(10) y otros estudios(25,26,28,29) sobre la naturaleza social del ser humano se ven reflejadas en la percepción general de los profesionales sanitarios sobre la importancia del contacto físico como parte de la interacción interpersonal.

Todo lo anterior pone de manifiesto lo que ya se reflejó en algún punto de la fundamentación teórica, y es que *“el contacto físico juega un papel protagonista a la hora de poder establecer una relación terapéutica sana, adecuada y duradera con el paciente, potenciando los aspectos humanos de empatía, confidencialidad o acompañamiento que caracterizan a los profesionales que basan su práctica en la ética del cuidado, y mejorando el bienestar del paciente a un nivel más amplio y profundo que la simple aplicación de técnicas sistemáticas ausentes de calidez humana”*.

### **5.2.2. Beneficios del contacto físico**

Dentro de la siguiente subescala, la de *“Beneficios del contacto físico”* se observa que en el primer ítem *“El contacto físico tiene potencial para promover el bienestar global de los pacientes”*, el 96,3% de los encuestados está de acuerdo con él, siendo el 77,7% los que están totalmente o bastante de acuerdo.

Esta percepción de los profesionales sanitarios viene a respaldar los resultados obtenidos en los estudios de Rondon Garcia LM(11), Chon D(12), y Tighe CA(13), en los que se apunta hacia el beneficio de la aplicación del contacto físico en los pacientes sobre la prevención de la morbilidad, disminución de la fragilidad y mayor descanso de los mismos, respectivamente. Así como los beneficios mostrados sobre la recuperación de la estabilidad fisiológica y psico-emocional en los estudios de Leonard KE, et al.(41), Jhonston CC, et al(42). o Butts JB, et al.(43).

Esta coincidencia pone de manifiesto la necesidad de poner en valor y en práctica dicho potencial beneficioso del contacto físico, pues en no pocas ocasiones se relega a un contenido meramente teórico, viendo que sus buenos resultados sobre el bienestar del paciente no se reflejan mediante su efectiva aplicación.

Lo expuesto en el párrafo anterior parece entrar en contradicción con los resultados obtenidos a nivel general para el resto de preguntas de esta misma subescala. En el ítem que sigue al mencionado anteriormente ***“El contacto físico regular disminuye el dolor de los pacientes”***, se observa cómo el porcentaje sumatorio de las dos opciones más positivas baja estrepitosamente del 77,7% al 37,2% de las respuestas para esta afirmación. Esto puede hacer pensar varias cosas: que al hablar de “bienestar global del paciente” los encuestados no hayan tenido en cuenta el dolor dentro del mismo, o al menos no con la importancia suficiente como para verse reflejado en las respuestas de la afirmación para el dolor; o bien que la primera sea una afirmación demasiado generalista que no dé pie a interpretaciones más profundas que sí se pueden obtener al desgranar ese “bienestar global” en componentes más discretos que puedan ser considerados como entidades propias de análisis dentro de la aplicación del contacto físico. La segunda opción parece ser la más factible.

En cualquier caso, y a pesar de la bajada que se produce en las respuestas positivas, estas (las 3) siguen siendo mayoría frente a las opciones negativas, con más de un 70% de los registros, encontrando de nuevo un acuerdo entre la opinión que parecen tener los profesionales sanitarios y estudios que muestran resultados favorables en la relación entre el contacto físico y la disminución del dolor(19,20,37), entre los que destaca el llevado a cabo por Hentz F, et al(36).

De nuevo no se entiende que ante la evidencia de beneficios del contacto físico en cuanto a la reducción del dolor de los pacientes y a la positiva percepción que tienen los profesionales sanitarios de ello, no se lleven a cabo protocolos de reestructuración organizativa y temporal que permita a estos profesionales disponer del tiempo necesario para poder implementar el contacto físico humano de manera adecuada y suficiente.

Algo parecido al ítem anterior ocurre con el siguiente, ***“Los niveles de ansiedad de los pacientes disminuyen con el contacto físico”***, donde el porcentaje acumulado de las opciones “totalmente de acuerdo” y “bastante de acuerdo” desciende hasta el 51,6% de las respuestas totales. Es cierto que la caída es mucho menor que para el ítem del dolor, pero aun así se trata de una bajada importante de más de 25 puntos porcentuales. Quizás la interpretación pueda ser similar a la que se ha concluido antes para el ítem que hablaba de la disminución del dolor con el contacto físico.

A pesar de esta bajada, igual que ocurrió antes, el porcentaje de respuestas positivas alcanza una cifra mayoritaria frente a las negativas, con más de un 80% de las respuestas. Son muchos los trabajos mencionados en el marco teórico de este estudio en los que se cita la importancia del beneficio del contacto físico para la disminución de los niveles de estrés y ansiedad de los pacientes(26,27), entre los que destacan los realizados por Homanouyi K, et al(38); Choi SM, et al.(39); Henricson M, et al.(40); y Hentz F, et al.(37). En este caso se quiere hacer referencia a la misma conclusión a la que se llegó en el ítem del dolor, pues se trasladarían aquí las mismas palabras cambiando dolor por ansiedad o factores psicológicos.

Pero hay otro asunto que llama la atención en los resultados para esta afirmación sobre la reducción de los niveles de ansiedad con el contacto físico, y es que las respuestas consideradas negativas, al reflejar los menores niveles de frecuencia, suman casi un 32% de las respuestas totales. Parece ser que los aspectos psico-emocionales son percibidos por parte de los profesionales sanitarios como menos influenciables para su mejora cuando se implementa contacto físico con los pacientes. Más adelante se analizará si existen o no diferencias en función de las variables demográficas que se han tenido en cuenta.

En el ítem ***“El sentirse tocado mejora la autoestima y el sentimiento de integridad de los pacientes”*** también se aprecia esta bajada de porcentajes negativos que se comentó para los dos ítems anteriores, aunque es cierto que en este caso es menos acusado. Las tres opciones positivas suman aquí un 79,3%, encontrando un punto de acuerdo las respuestas de los profesionales sanitarios con lo afirmado por Hazem N, et al.(18) sobre la emergencia de la autoconciencia humana en los contactos interpersonales.

Esto pone en más en evidencia si cabe la importancia de dar el tiempo necesario al establecimiento del contacto físico humano, pues este refuerzo de la autoestima y del sentimiento de integridad del paciente va a redundar en una mayor confianza hacia el profesional sanitario, y, por consiguiente, en una mejora de la relación entre ambas partes.

Aquí vuelve a llamar la atención el elevado porcentaje de respuestas que acumulan las opciones centrales (“con frecuencia” y “a veces”) con un 47,3% de respuesta, lo que lleva interpretar de nuevo una posible falta de posicionamiento en un sentido u otro.

El último ítem de esta segunda subescala, ***“La falta de cercanía y contacto físico genera desconfianza en los pacientes”*** se distancia un poco de la línea que seguían los anteriores,

al no hablar en este caso de mejoría o empeoramiento, sino de la aparición o no de un elemento negativo en los pacientes como es la desconfianza, por lo que no parece muy adecuado volver a comparar este ítem con el del “bienestar global”. Aquí destaca el bajo porcentaje de respuesta que han obtenido las dos opciones más negativas, con un 4,2% de los registros. Se interpreta aquí la importancia que de nuevo le dan los profesionales sanitarios al contacto físico humano para el establecimiento y mantenimiento de una buena relación sanitario-paciente, puesto que la confianza de los pacientes en ellos es fundamental para el éxito del proceso de cuidado(45).

Estos resultados van en consonancia con lo que aseguran Lopera-rango AM, et al.(23) y otros autores(30–34) en referencia a la importancia del contacto físico como elemento facilitador para la comunicación y confianza con los pacientes y familiares.

Es más, este acuerdo de pareceres refuerza la importancia que ha de serle dada al contacto físico como generador de relaciones profesional-paciente basadas en la empatía, que permita un mayor empoderamiento y adherencia por parte del paciente a su proceso de salud.

### **5.2.3. Actitud y aptitud para el establecimiento del contacto físico**

Por último, en la subescala de “*Actitud y aptitud para el establecimiento del contacto físico*” se ven resultados dispares en cuanto a porcentajes de respuestas positivas o negativas para cada uno de los ítems, lo cual no tiene por qué suponer una interpretación de contradicción en los encuestados y sus opciones elegidas, pero en la mayoría de los casos se apunta hacia eso mismo.

El primer dato llamativo con respecto a las respuestas del ítem “*Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso*” es que nadie, ni un solo participante, ha respondido con la opción “siempre”, lo cual se puede interpretar como que ni siquiera en unidades donde se puede llegar a presuponer cierto riesgo a la hora de establecer contacto físico como en Salud Mental, recogida entre las respuestas de los encuestados, se considera en toda ocasión peligroso establecer contacto físico. Además, el escaso 1,1% que recoge la siguiente respuesta menos negativa “casi siempre”, puesto que aquí el enunciado se ha formulado de forma negativa, apoya la interpretación de la frase anterior.

Es más, un porcentaje sumatorio del 92% asegura que nunca, casi nunca o solo a veces resulta arriesgado el contacto físico con los pacientes de su unidad o servicio, lo que hace pensar de nuevo en la consideración general positiva que genera el concepto del contacto físico y su aplicación entre los profesionales sanitarios.

En referencia a otros estudios que hablen sobre o estudien la peligrosidad del establecimiento de contacto físico con los pacientes en general o de alguna población en específico, no se han encontrado trabajos previos que ayuden a generar inferencias y contrastes con los resultados que se han obtenido en nuestro cuestionario. Por lo que resultaría especialmente interesante que se desarrollasen trabajos sobre este aspecto. De esta manera se podrá acotar mejor las circunstancias especiales en las que establecer contacto físico puede no ser adecuado en función de la situación del paciente y unidad, entre otros.

A lo anterior se suma y viene a apoyar los resultados del siguiente ítem ***“Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico”***, con un porcentaje sumatorio de las tres opciones positivas del 82,4% de las respuestas. Esta percepción que tienen los profesionales sanitarios sobre la comodidad que experimentan los pacientes ante el contacto físico guarda una relación muy cercana con las conclusiones a las que se llegaron en el trabajo de Koeppe GBO, et al.(32) sobre la comunicación no verbal y la construcción de un canal de confianza a través del cual sea más fácil transmitir emociones íntimas.

Esto desvela que, además de los beneficios ya mencionados sobre el bienestar global del paciente, el contacto físico se antoja esencial para que el proceso de comunicación entre profesionales y pacientes se vea positivamente potenciado. La comunicación no verbal es parte muy importante de la relación sanitario-paciente, y puesto que en la actualidad la comunicación, al igual que el contacto físico, es escasa en contenido y tiempo, apostar por medidas que faciliten el contacto físico humano sería apostar por la mejora de la comunicación y la relación entre profesional y paciente.

Los 5 ítems restante se enfocan ahora hacia la experiencia y percepción del encuestado sobre sí mismo o su experiencia, dejado un poco de lado la interpretación que ellos hagan de la percepción del paciente o de cuestiones más generales relacionadas con el contacto físico, por lo que esta última parte se antoja esencial en la correcta interpretación del total del cuestionario y de sus resultados.

En el ítem ***“Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno”*** la primera parte del enunciado hace referencia a la propia vocación de servicio al que necesita cuidado que se presupone a toda profesión y profesional sanitario, pues si no te interesas por el bienestar del paciente difícilmente vas a poder brindarle unos cuidados de calidad, por lo que se podría centrar la atención en la interpretación de las respuestas en base a la segunda parte, que habla de la voluntad de establecer contacto físico con el paciente cuando se considera oportuno. Los resultados aquí no parecen dejar lugar a la duda ni a otras interpretaciones que no sean la de que, efectivamente, el carácter vocacional y voluntarioso de la gran mayoría de los profesionales encuestados queda probada, en base al abrumador 97,9% de respuestas que reflejan una posición positiva hacia la afirmación que se recoge en el enunciado del ítem.

El siguiente ítem parece ser llave fundamental para que la afirmación del anterior se pueda llegar a materializar de manera práctica, y no quede en una mera intención vocacional o voluntariosa teórica. Y es que si no ***“Dispongo del tiempo necesario para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno”*** va a resultar muy difícil poder brindar a los pacientes ese cuidado humano de calidad tan necesario y crucial que se mencionaba anteriormente.

Pues bien, aquí el porcentaje de respuestas queda más repartido que en ningún otro ítem, señal de la disparidad de disponibilidad temporal y de recursos que se presenta en función de la profesión, el sector y el servicio o unidad en el que se desarrolle la labor profesional de los sanitarios. La única respuesta que no obtiene representación para este ítem es la de “Nunca”, algo que resulta ser un alivio casi ético como sanitario, puesto que no disponer en ninguna ocasión del tiempo necesario para poder cuidar a los pacientes con calidad sería un sinsentido en sí mismo, una paradoja que no dejaría lugar a la justificación del desarrollo de la actividad profesional, al no poder dedicarle el tiempo oportuno al sujeto sobre el que han de recaer todos los cuidados imprescindibles para tratar de mejorar o conservar su bienestar global.

También llama la atención que, al ser un ítem y una afirmación tan crucial para el correcto desarrollo de la profesión sanitaria, solo un 21,3% declare que “Siempre” dispone de ese tiempo necesario para poder ofrecer un cuidado de calidad; algo que, al menos a mí, me resulta preocupante. De hecho, las opciones más elegidas para responder a este ítem han sido las centrales “a veces” y “con frecuencia”, en ese orden, cuando la respuesta debería

haberse acumulado en un alto porcentaje en las dos opciones que muestran una mayor frecuencia (“casi siempre” y “siempre”).

Todo lo anterior se puede ver apoyado por los resultados de este ítem: ***“Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva”***. Aquí, las respuestas de “siempre” y “casi siempre” acumulan el 80% de las respuestas totales. Es decir, tenemos a unos profesionales sanitarios que piensan que el contacto físico es beneficioso en términos generales para sus pacientes, que sienten que su experiencia con el contacto físico cuando lo establecen con sus pacientes es positiva en el 95% de los casos (si se suma la opción de “con frecuencia” al 80% anterior), pero que, a la hora de la verdad, carecen de tiempo para poder poner en práctica el contacto físico y los cuidados necesarios para interesarse por el bienestar de sus pacientes. Esto es lo que yo llamaría una incongruencia práctica, debida a déficits en la planificación de objetivos prioritarios en el ámbito sanitario, cuyas metas se centran, como se detalla en la parte de fundamentación teórica, en lo meramente administrativo y económico.

Para acabar con esta parte quedan los dos últimos ítems, relacionados con la formación y el interés de los profesionales sanitarios por el cuidado humano y el contacto físico. El ítem ***“El tiempo dedicado a hacer ver la importancia de un cuidado humano (empatía, cercanía, respeto, etc.) durante la formación universitaria/profesional ha sido suficiente y de calidad”*** deja entrever la posible falta de implicación de las instituciones académicas a la hora de emplear los recursos necesarios para dar y hacer ver la importancia de estos cuidados humanos con y para los pacientes. Ya que solo un 37,2% de los encuestados dicen estar “bastante de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con la afirmación del enunciado; lo que supone que el restante 62,8% ha quedado en gran medida decepcionado con respecto a la calidad y suficiencia del tiempo empleado en este menester.

Estos resultados de insatisfacción chocan de frente con la obligatoriedad que se ha de pretender otorgar a brindar un cuidado humanizado a los pacientes. El estudio llevado a cabo por Plant J, et al.(3) trata de dar claridad a este tema dejando clara la “facilidad” y factibilidad con la que la dispensación de un cuidado humano puede ser aprendido y enseñado, pudiéndose llevar a cabo un programa de formación y reeducación encaminados a la consecución de la humanización de los cuidados. Resultan lógicas ahora

las respuestas de insatisfacción con respecto a la formación recibida por parte de los profesionales sanitarios si se tienen en cuenta estos datos.

Esta carencia puede hacer que cuando se dan situaciones como la falta de disponibilidad temporal para implementar un cuidado humano de calidad, como se mencionó más arriba, los profesionales sanitarios muestren menos iniciativa de lucha por hacer cambiar la situación hacia un escenario en el que el paciente reciba el cuidado que realmente necesita, más allá de lo protocolario o de lo mínimo, pues la importancia dada a los cuidados humanos durante la formación la consideran insuficiente.

En cuanto al ítem *“Después de terminar mis estudios universitarios/profesionales he seguido formándome/interesándome para poder ofrecer a los pacientes un cuidado humano de calidad”*, observamos un abrumador porcentaje acumulado del 78,2% para las respuestas que reflejan un mayor grado de acuerdo, un 91,5% si sumamos la tercera opción “algo de acuerdo”. Esto lleva a plantear dos posibles interpretaciones: o bien que realmente se han seguido formando en estrategias y actuaciones para poder ofrecer un cuidado humano de calidad a los pacientes; o bien han contestado estas opciones de mayor frecuencia en masa debido a la presuposición que se le atribuye a los profesionales sanitarios de tener que estar interesados de manera constante en la renovación y reciclaje de conocimientos prácticos y teóricos, pues después de realizar una pequeña búsqueda sobre formaciones de postgrado o cursos que hagan énfasis en los aspectos que estamos tratando, son pocos los existentes.

### **5.3. Resultados cruzados con variables muestrales**

Puesto que ya se han discutido los resultados del cuestionario de manera general con los porcentajes ciegos de respuesta para cada ítem, solo se va a considerar discutir en este apartado aquellas relaciones o aspectos llamativos o significativos en base a su relación de variabilidad dentro de las categorías de cada variable.

Sin duda, el ítem que más diferencias de respuesta muestra según la categoría de la variable muestral, significativas muchas y alguna cerca de serlo, es el de *“Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno”*.

Con respecto a la edad, presentaba una relación estadísticamente significativa. Hemos visto en los resultados cómo las respuestas positivas (“siempre”, “casi siempre” y “con

frecuencia”) del grupo de 29 años o menos suman el 73,7% de sus respuestas, superando con holgura a los grupos de mayor edad, que presentan porcentajes altos en el extremo negativo. Esta relación significativa en favor del grupo más joven hace lanzar varias hipótesis, pero quizás la que presenta mayor fuerza es que este grupo presente una mayor capacidad de adaptación a las situaciones cambiantes y de estrés que se vive en la actualidad en las instituciones sanitarias, sabiendo optimizar el tiempo y disponer de él para la aplicación de los cuidados humanos necesarios para los pacientes.

La siguiente relación significativa con este ítem, aunque con un menor grado de fuerza y significación, se encuentra con el género. Hemos visto cómo con el 72,3% de las respuestas frente al 59,2% de las mismas, el grupo de hombres superaba al de mujeres en cuando a disponibilidad de tiempo para los cuidados, ya que esos porcentajes pertenecen a la suma de las respuestas de carácter positivo (“siempre”, “casi siempre” y “con frecuencia”) para la afirmación del ítem. Aquí no resulta fácil lanzar una interpretación causal directa debida a la diferencia de género, pero sería interesante ahondar en esta cuestión para saber un poco más sobre la diferencia de administración del tiempo que realizan hombres y mujeres de las diferentes profesiones sanitarias.

Otra de las variables con la que muestra una relación significativa este ítem es la profesión de los sujetos encuestados. De hecho, es la relación más fuerte y significativa de las tres comentadas hasta el momento. Pero, a diferencia de lo que se hizo a la hora de mostrar los resultados sin interpretación, aquí también se va a tener en cuenta el sector, público o privado, en el que cada profesional sanitario desarrolla su labor. Esto se hace porque, como se muestra en la *Tabla 29*, el sector privado está fundamentalmente representado por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, mientras que en el público lo hacen la enfermería y la medicina.

**Tabla 26 Frecuencias por Profesión y Sector**

		Profesión				Total
		Fisioterapeuta	Enfermera	Médico	Terapeuta Ocupacional	
Sector Público	Recuento	11	62	10	1	84
	% dentro de Profesión	31,4%	62,6%	83,3%	4,2%	49,4%
Privado/Concertado	Recuento	24	37	2	23	86
	% dentro de Profesión	68,6%	37,4%	16,7%	95,8%	50,6%

Total	Recuento	35	99	12	24	170
	% dentro de Profesión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el apartado de resultados se vio cómo no se mostraban relaciones significativas entre el sector de trabajo y los resultados del cuestionario para cada ítem, y esto es porque ambos sectores se acercaban a una representación del 50%, pero el análisis ha de hacerse en función de la profesión, pues parece ser que es la que determina el sector en el que se va a desarrollar. De hecho, mientras que el 68,6% de los fisioterapeutas encuestados y el 95,8% de los terapeutas ocupacionales pertenecían al sector privado, en el lado opuesto, el 62,6% de las enfermeras y el 83,3% de los médicos pertenecen al sector público, por lo que sería interesante que se pudiese repetir este estudio con una muestra más representativa de los sectores público y privado dentro de la profesión, de manera que los porcentajes entre ambas se igualasen.

En referencia solo a la profesión, se observa cómo los fisioterapeutas presentan un porcentaje acumulado del 85,7 para respuestas positivas, es decir, para las frecuencias “con frecuencia” o superiores. Esto parece venir determinado por el sector en el que desarrollan su trabajo la mayoría de fisioterapeutas, al tratarse del sector privado, los pacientes suelen pagar sus tratamientos para que el fisioterapeuta los trate individualmente durante un tiempo determinado, asegurándose así un tan alto porcentaje de disponibilidad temporal.

Sin embargo, se encuentra un contraste de resultados para las dos profesiones eminentemente públicas, enfermería y medicina. Mientras que el sumatorio de respuestas positivas para las enfermeras supone el 50,6% de sus respuestas, para médicos este porcentaje asciende hasta el 91,7% de las respuestas, con un 50% de respuestas para la opción que refleja que siempre disponen de tiempo frente al 18,2% en el caso de la enfermería. Puesto que aquí el factor del sector no juega ningún papel, al pertenecer las dos en su mayoría a la sanidad pública, hemos de buscar la causa de esta disparidad en forma en la que estas profesiones desarrollan su labor asistencial.

Mientras que el médico suele tener un número determinado de pacientes, a los cuales visita o ve en su consulta previa planificación y cita, con un tiempo más o menos estipulado pero exclusivo para cada paciente, la enfermera por norma general trabaja para todos los pacientes de una unidad o sección de enfermos que aglomera a un número muy

superior de pacientes, a los cuales se les brinda cuidados en función de la demanda puntual, sin previsión ni cita previa, y, a menudo, con carácter urgente. La hipótesis se resume, pues, en que la profesión enfermera, a pesar de los avances en autonomía, aún sufre los efectos de una institución sanitaria basada en el paternalismo de la profesión médica hacia el resto de profesiones sanitarias, no siendo posible en muchos casos poder organizar el tiempo de cuidado de manera eficiente; de ahí que este ítem refleje la sensación de falta de tiempo que refieren la mayoría de profesiones sanitarias no médicas.

Para seguir discutiendo sobre este ítem referido a la disposición de tiempo, se observa una relación también significativa, de hecho, la que más de las cuatro mencionadas, entre este y la unidad o servicio en el que se desarrolla la profesión.

Las profesiones que refieren disponer de más tiempo, sumando los porcentajes de las dos respuestas más positivas para este ítem son las de Pediatría, con un 70,5%, y las unidades de Hospitalización, con un 75% de las respuestas. En el extremo opuesto, rondando un 70% se encuentran las unidades de Geriatría y Urgencias, reflejando una mayor falta de tiempo. A falta de relaciones causales fiables que determinen la causa de esta diferencia de manera significativa, se pueden pensar en las siguientes hipótesis, las cuáles se podrían poner a prueba en un posterior estudio que profundizara en estas unidades: las Urgencias son unidades cada vez más sobrecargadas(46) y con recursos económicos y materiales que en pocas ocasiones se ven renovados o aumentados ante tal demanda, por lo que el tiempo disponible para llevar a cabo la actuación necesaria para cada paciente se ve sensiblemente mermado, cuanto más el contacto físico humano, que requiere de tiempo e implicación; en geriatría existen pacientes normalmente pluripatológicos muy demandantes en cuanto a cuidados, por lo que también resulta complicado si no se dispone de los recursos humanos y materiales necesarios poder detenerse a aplicar unos cuidados humanos de calidad.

Por último, en cuanto a la relación no significativa encontrada entre el país y el tiempo disponible, en España es donde mayor porcentaje suman las opciones negativas, y menos las positivas, con respecto a este ítem, reflejando una inconformidad manifiesta en ese sentido. Se desconoce hasta qué punto el factor cultural o la manera en la que se organizan las instituciones sanitarias en cada país pueda o no estar jugando un papel importante para esta disparidad de resultados, pero sería interesante que se realizasen estudios en este sentido, puesto que el factor cultural es un aspecto a tener más en cuenta cada día, vista la progresiva globalización que se sigue viviendo.

Terminada la discusión del ítem anterior, se va a pasar a comentar los resultados obtenidos sobre **“Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso”**.

Resulta llamativa la relación estadísticamente significativa que existe entre este ítem y el género del encuestado, aunque esta no parezca ser muy fuerte según los estadísticos. La suma de las opciones que en este caso se consideran positivas, al estar redactada la afirmación en sentido negativo, alcanza más de 30 puntos porcentuales de diferencia entre hombres y mujeres, siendo inferior el de las segundas. Es más, la frecuencia de respuestas negativas entre mujeres triplica al de hombres con un 9,2% frente a un 2,8%. Es cierto que el porcentaje de mujeres es bastante superior al de los hombres encuestados, por lo que se desconoce si una muestra masculina mayor podría haber equilibrado un poco los resultados.

Se desconoce hasta qué punto el propio género puede afectar a esta diferencia de resultados, pero los mismos hacen que se interprete que las mujeres tienen tendencia a percibir una mayor amenaza en las situaciones en las que el contacto físico podría o no suponer un riesgo, en gran medida, porque son el objetivo de la mayoría de las agresiones que se producen contra profesionales sanitarios(47).

Hablando ahora de la relación del mismo ítem con la unidad en la que se desarrolla la profesión, aunque no existe una relación estadísticamente significativa, destacan los abultados porcentajes de respuesta que se dan en Traumatología y UCI para las opciones más positivas, que muestran una percepción de ausencia o apenas riesgo ante el contacto físico con los pacientes de estas unidades. En UCI es fácilmente interpretable que la ausencia de peligrosidad viene dada por la naturaleza de la propia unidad y sus pacientes, pues muchos presentan ausencia de consciencia y movilidad, siendo fácil establecer contacto sin que ellos lo notifiquen. En cuanto a la unidad de Traumatología, se cree que esta ausencia de peligrosidad o bajos niveles de percepción de la misma se debe a que la mayoría de los profesionales que han respondido pertenecer a esta unidad o especialidad son fisioterapeutas, con un 93,3% (*Tabla 30*), profesionales que trabajan con el contacto físico casi de manera constante y necesaria, sea este de meramente terapéutico o con carácter de cuidado humano.

Tabla 27

## Frecuencia por Unidad y Profesión

		Traumatología	
Profesión	Fisioterapeuta	Recuento	14
		% dentro de Unidad	93,3%
	Enfermera	Recuento	1
		% dentro de Unidad	6,7%
	Médico	Recuento	0
		% dentro de Unidad	0,0%
	Terapeuta Ocupacional	Recuento	0
		% dentro de Unidad	0,0%
Total		Recuento	15
		% dentro de Unidad	100,0%

También destaca la relación existente entre la profesión del encuestado y el ítem de ***“Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico”***. El porcentaje sumatorio de respuestas que muestran una mayor frecuencia (“con frecuencia”, “casi siempre” y “siempre”) alcanza el 94,3% entre los encuestados fisioterapeutas, una cifra que supera con creces al mismo sumatorio del resto de profesiones incluidas. Aquí asoma una interpretación similar a la que se daba en la relación del ítem anterior también con la profesión, y es que los fisioterapeutas utilizan el contacto físico con el paciente en la gran mayoría de los tratamientos y cuidados que brindan a los pacientes, algo que los pacientes saben con anterioridad al establecimiento del contacto, y ayuda a que la percepción del profesional sea la de un paciente que se siente cómodo con él, sea este de meramente terapéutico o con carácter de cuidado humano.

Para el siguiente ítem ***“Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva”***, resulta igualmente interesante comentar su relación con la profesión del participante en el estudio. Y es que entre fisioterapeutas y enfermeras el sumatorio de las dos opciones de respuesta de mayor frecuencia (“siempre” y “casi siempre”) alcanza el 83% y 85% respectivamente. La interpretación para fisioterapeutas podría ser la misma que para su relación con los ítems anteriores.

En el caso de las enfermeras, a pesar de que perciben mayor peligro y menor comodidad en sus pacientes ante el contacto físico humano, cuando este se da, los resultados son bastante positivos según refleja los resultados para este ítem; esto debería hacer reflexionar sobre la necesidad de romper barreras y prejuicios acerca del riesgo del

contacto físico con el paciente, ya que cuando se da, la experiencia es positiva en más del 90% de los encuestados para cada una de las profesiones registradas.

Otra relación interesante es la que hay entre **“Los niveles de ansiedad de los pacientes disminuyen con el contacto físico”** y la unidad en la que trabaja el encuestado. Las unidades de hemodiálisis, pediatría, geriatría y UCI son las que registran unos porcentajes sumatorios de las dos respuestas de mayor frecuencia (“siempre” y “casi siempre”) más altos. La hipótesis que se maneja es que esto se debe a que se trata quizás de 4 unidades de pacientes especialmente vulnerables (niños, ancianos, gravedad importante, y patología crónica en algunos casos sin esperanza de trasplante), y es precisamente dicha vulnerabilidad la que genera los niveles de ansiedad más altos en estos pacientes, haciendo que el contacto físico obtenga aquí los mejores resultados a la hora de mejorar la inestabilidad emocional de los pacientes, ya que es aquí, quizás, donde más lo necesitan.

Un ítem que va en relación con el de la sensación de riesgo o de comodidad ante el contacto físico es el de ***“La falta de cercanía y contacto físico genera desconfianza en los pacientes”***, aunque en este caso la relación no se da con el género o la profesión de los encuestados, si no con el país donde se desarrolla la profesión sanitaria correspondiente. Es cierto que el número de sujetos que ejercen fuera de España es muy inferior a los que ejercen aquí, algo que va a limitar en cierta medida el análisis e interpretación de los resultados, pero aun así son unos resultados interesantes de analizar, animando a que se realicen en adelante estudios que profundicen en las diferencias entre países y culturas con respecto al contacto físico. Es más, algunos estudios como el de Remland Ms, et al.(36), junto con el sentido común, apuntan hacia la gran influencia del factor cultural sobre la visión y actitud ante el contacto físico en el ámbito socio-sanitario, y, por consiguiente, sobre la percepción que tiene el paciente ante su presencia o ausencia según los profesionales sanitarios. Como ya se apuntó anteriormente, sería interesante llevar a cabo estudios que ahonden en las diferencias culturales acerca del contacto físico humano, para poder llegar a conclusiones más claras.

Debido precisamente a esta diferencia cultural y a la mayor cercanía y facilidad para el establecimiento general del contacto físico con los otros, el porcentaje de respuestas que muestran una mayor frecuencia para el ítem de la desconfianza es bastante superior para los sujetos que trabajan en México, con un 90% de las respuestas, que en los sujetos que

desarrollan su labor en Francia o España, alcanzando el mismo porcentaje el 70% de las respuestas.

Por último, se van a comentar las relaciones entre el país donde se desarrolla la práctica profesional y los dos ítems relacionados con la formación en un cuidado humano que incluya en contacto físico, y que son: *“El tiempo dedicado a hacer ver la importancia de un cuidado humano (empatía, cercanía, respeto, etc.) durante la formación universitaria/profesional ha sido suficiente y de calidad”* y *“Después de terminar mis estudios universitarios/profesionales he seguido formándome/interesándome para poder ofrecer a los pacientes un cuidado humano de calidad”*.

Para el primero de ellos, mientras para los trabajadores en México existe una polarización clara de las respuestas, en España y Francia los trabajadores se inclinan por elegir las opciones de respuesta centrales, que muestran un nivel de acuerdo/desacuerdo neutro o casi neutro. Aquí se podría repetir lo dicho con respecto a la relación entre el factor cultural y la percepción sobre la importancia del contacto físico(36) que se ha descrito para el ítem inmediatamente anterior a estos, haciendo hincapié de nuevo en la importancia de desarrollar estudios que profundicen en el factor cultural del contacto físico.

En cualquier caso, en todas las localizaciones se registran niveles de respuesta muy bajos para las dos opciones más positivas, lo que lleva a pensar en la posible necesidad de reforzar la formación teórico-práctica sobre la aplicación de un cuidado más humano. Y con respecto al último ítem se remite a las palabras que se escribieron par este mismo ítem en la discusión sobre los porcentajes ciegos, añadiendo la necesidad de crear una formación postgrado de calidad para suplir las carencias que parecen arrastrar las formaciones académicas sobre un cuidado humano de calidad en tiempo y forma.

#### **5.4. Resultados cruzados entre ítems**

Llama la atención la relación significativa entre las respuestas del ítem *“Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno”* y el de *“Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva”*, ya que las personas que contestaron que siempre o casi siempre disponían del tiempo necesario son las que mayor porcentaje representan, con diferencia, de las que contestaron

que siempre o casi siempre su experiencia con el contacto físico fue positiva, revelando una relación directa en sentido positivo entre tiempo disponible para el contacto físico y positividad de su vivencia (ANEXO 5).

Lo mismo ocurre con el ítem de “*Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno*”, donde los pacientes que de nuevo respondieron que siempre o casi siempre disponían del tiempo necesario para interesarse por el bienestar global del paciente y el contacto físico fueron los que mostraron mayor interés por el bienestar del paciente y el contacto físico (ANEXO 5).

## 6. CONCLUSIONES

---

Una vez concluido el análisis y la discusión de los resultados, sin dejar de lado las limitaciones que se han encontrado durante los mismos, se puede concluir que los profesionales sanitarios poseen una buena consideración acerca del contacto físico y su bondad para la relación con el paciente, presentando una actitud y aptitud positivas ante esta suerte de cuidado humano, al que otorgan un potencial importante de mejora sobre el bienestar global del paciente.

Además, se ha determinado que el factor más importante para que el contacto físico y el cuidado humano no se puedan dar en forma y tiempo adecuados y suficientes es la falta de disposición del tiempo necesario para llevar a cabo estas prácticas con el paciente por parte de los profesionales sanitarios, estando esta carencia de tiempo relacionada con muchas de las variables demográficas recogidas, y ligada a la positividad de la experiencia del profesional con el contacto físico y a la actitud de interés sobre el bienestar global del paciente y el contacto físico.

Si se resumen los hallazgos encontrados, tenemos que: 1) el contacto físico humano es un factor clave en la mejora del estado de bienestar global del paciente; 2) los profesionales sanitarios son conscientes de este potencial beneficioso del contacto físico humano en todas sus vertientes, encontrando el principal escollo para su aplicación en la falta de tiempo.

## 7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

---

Como se vio en el apartado de discusión, además de la falta de tiempo que manifiestan tener los profesionales de la salud para poder interesarse por el bienestar de sus pacientes y establecer contacto físico, los dos ítems referidos a la formación también arrojaban datos interesantes en este sentido, pues decían los resultados que solo un 37% estaba totalmente o bastante de acuerdo con que la formación recibida sobre el cuidado humano había sido de calidad.

Es más, mostraban su interés en seguir formándose, y contestaban haberlo hecho en las cuestiones de las que hablamos, pero la realidad es que la oferta formativa post formación académica referida al cuidado humano y al contacto físico humano es bastante escasa por lo que se ha podido comprobar.

Además, ya se ha mencionado cómo Plant J, et al.(3) hacían referencia a que *“La literatura médica proporciona evidencia que apoya que el constructo del humanismo, y con ella la práctica de los cuidados invisibles por todos los profesionales sanitarios, puede ser aprendido y enseñado”*.

Por lo tanto, teniendo en cuenta todo lo argumentado, desarrollado y analizado durante la realización de este trabajo, y prestando especial atención a las conclusiones aquí recogidas, resulta necesaria una intervención global entre las profesiones sanitarias mediante el desarrollo de un programa de reeducación y capacitación en humanización, centrada en los cuidados invisibles en general y en el contacto físico en particular, con el fin de educar a los profesionales de este sector en la importancia de un cuidado humano de calidad que repercuta en una mejor y mayor optimización del tiempo disponible, de manera que este pueda ser empleado cuando sea necesario en establecer un cuidado más allá de la mera aplicación terapéutica o diagnóstica, en el que se incluya un contacto físico humano de calidad hacia el paciente.

Asimismo, esta intervención formativa deberá también ir encaminada hacia la efectiva eliminación de la estructura paternalista que sufren en muchas ocasiones las instituciones sanitarias por parte del personal médico y de gerencia hacia el resto de profesionales sanitarios, permitiendo en la manera de lo posible la propia planificación de actuación y organización de recursos, con vistas a la optimización del tiempo del que dispongan para poder llevar a cabo un cuidado más humano de los pacientes.

Hay otros muchos factores que juegan en contra de la disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales sanitarios, como son la saturación de los servicios, la falta de recursos humanos y materiales en muchos casos, las políticas socios-sanitarias que se llevan a cabo de manera independiente en cada una de las comunidades autónomas, etc. Pero, en vistas de que no se puede hacer nada a corto o medio plazo, ni con decisiones que conlleven cambios directos por parte de los profesionales sanitarios, resultaría interesante centrar las fuerzas en conseguir un cambio desde la educación profesional, siendo la base para que, poco a poco, se puedan ir consiguiendo metas mayores.

## 8. REFERENCIAS

---

1. Ceriani Cernadas JM. Loss of humanism and ethics in the medical profession: is it a utopia to restore them? Arch Argent Pediatr. 1 de diciembre de 2017;115(6):522-3.
2. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. Rev Bras Enferm. octubre de 2017;70(5):1040-7.
3. Plant J, Barone MA, Serwint JR, Butani L. Taking Humanism Back to the Bedside. Pediatrics. 1 de noviembre de 2015;136(5):828-30.
4. Heath I. How medicine has exploited rationality at the expense of humanity: An essay by Iona Heath. Vol. 355, BMJ (Online). 2016. p. i5705.
5. Steinhausen S, Ommen O, Antoine S-L, Koehler T, Pfaff H, Neugebauer E. Short- and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. Patient Prefer Adherence. septiembre de 2014;8:1239.
6. García L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Bioeth. 2015;21(2):311-7.
7. Norlyk A, Haahr A, Dreyer P, Martinsen B. Lost in transformation? Reviving ethics of care in hospital cultures of evidence-based healthcare. Nurs Inq. julio de 2017;24(3):e12187.
8. Sciutti A, Sandini G. Interacting With Robots to Investigate the Bases of Social Interaction. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng. diciembre de 2017;25(12):2295-304.
9. Preston SD. The rewarding nature of social contact. Vol. 357, Science. 2017. p. 1353-4.
10. Segel-Karpas D, Lachman ME. Social contact and cognitive functioning: The role of personality. Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci. 9 de agosto de 2018;73(6):974-84.
11. Rondon Garcia LM, Aguirre Arizala BA, Garcia Garcia FJ, Gallego CC. Support

- and Social Contact as a Decisive Meta-Variable in Morbidity and Social Welfare of the Older Person. *Curr Aging Sci.* 4 de octubre de 2017;10(4):282-90.
12. Chon D, Lee Y, Kim J, Lee K eun. The association between frequency of social contact and frailty in older people: Korean frailty and aging cohort study (KFACS). *J Korean Med Sci.* 17 de diciembre de 2018;33(51):e332.
  13. Tighe CA, Dautovich ND, McCrae CS. Daily Social Contact in Relation to Sleep: The Role of Age. *Behav Sleep Med.* 3 de mayo de 2016;14(3):311-24.
  14. Frías VM, Fortuny JR, Guzmán S, Santamaría P, Martínez M, Pérez V. Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. *Enferm Clin.* marzo de 2018;28(2):111-7.
  15. Koike S, Yamaguchi S, Ojio Y, Ohta K, Shimada T, Watanabe K, et al. A randomised controlled trial of repeated filmed social contact on reducing mental illness-related stigma in young adults. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 19 de abril de 2018;27(2):199-208.
  16. Martínez-Hidalgo MN, Lorenzo-Sánchez E, López García JJ, Regadera JJ. Social contact as a strategy for self-stigma reduction in young adults and adolescents with mental health problems. *Psychiatry Res.* febrero de 2018;260:443-50.
  17. Siegrist K, Millier A, Amri I, Aballéa S, Toumi M. Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 30 de diciembre de 2015;230(3):860-6.
  18. Hazem N, Beurenaut M, George N, Conty L. Social Contact Enhances Bodily Self-Awareness. *Bibl Lascasas.* 8 de diciembre de 2018;8(1):4195.
  19. Block P, Heathcote LC, Burnett Heyes S. Social interaction and pain: An arctic expedition. *Soc Sci Med.* enero de 2018;196:47-55.
  20. Smeester BA, Lee JH, Beitz AJ. Influence of social interaction on nociceptive-induced changes in locomotor activity in a mouse model of acute inflammatory pain: Use of novel thermal assays. *Brain Res Bull.* septiembre de 2017;134:47-54.
  21. Huércanos Esparza I. El cuidado invisible: una dimensión de la profesión

- enfermera. *Bibl Lascasas*. 2010;6(1).
22. McCormack B. Editorial: The invisible work of nurses. *International Journal of Older People Nursing*. diciembre de 2014;9(4):247-8.
  23. Lopera-Arango AM. Caring for patients without being with them: Invisibility of nursing care in hospitalization services. *Investig y Educ en Enferm*. 15 de octubre de 2018;36(3):e10-e10.
  24. Chou CM, Kellom K, Shea JA. Attitudes and habits of highly humanistic physicians. *Acad Med*. septiembre de 2014;89(9):1252-8.
  25. Suvilehto JT, Glerean E, Dunbar RIM, Hari R, Nummenmaa L. Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. *Proc Natl Acad Sci*. 10 de noviembre de 2015;112(45):13811-6.
  26. Erk SM, Toet A, Van Erp JBF. Effects of mediated social touch on affective experiences and trust. *PeerJ*. 6 de octubre de 2015;3:e1297.
  27. Debrot A, Schoebi D, Perrez M, Horn AB. Stroking your Beloved One's White Bear: Responsive Touch by the Romantic Partner Buffers the Negative Effect of Thought Suppression on Daily Mood. *J Soc Clin Psychol*. 2013;33(1):75-97.
  28. Nummenmaa L, Tuominen L, Dunbar R, Hirvonen J, Manninen S, Arponen E, et al. Social touch modulates endogenous  $\mu$ -opioid system activity in humans. *Neuroimage*. septiembre de 2016;138:242-7.
  29. Cascio CJ, Moore D, McGlone F. Social touch and human development. *Dev Cogn Neurosci*. febrero de 2019;35:5-11.
  30. Gala MF, Telles SC, da Silva MJ. Occurrence and significance of touching between nursing professionals and patients in an ICU and a semi-intensive surgical unit. *Rev Esc Enferm USP*. marzo de 2003;37(1):52-61.
  31. Hertenstein MJ, Holmes R, McCullough M, Keltner D. The Communication of Emotion via Touch. *Emotion*. agosto de 2009;9(4):566-73.
  32. Koeppe GBO, Araújo STC de. Comunicação como temática de pesquisa na Nefrologia: subsídio para o cuidado de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2010;22(spe1):558-63.

33. Pearce J. Critical care. The power of touch. *Nurs Times*. 84(24):26-9.
34. Schimidt TCG, da Silva MJP. An approach to touching while providing high-quality affective health care to hospitalized elderly patients. *Rev da Esc Enferm*. 2013;47(2):420-6.
35. Domínguez Lázaro MR. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL DESARROLLO CULTURAL DE LAS SOCIEDADES. *Razón y Palabra*. 2009;14(70).
36. Remland MS, Jones TS, Brinkman H. Interpersonal Distance, Body Orientation, and Touch: Effects of Culture, Gender, and Age. *J Soc Psychol*. junio de 1995;135(3):281-97.
37. Hentz F, Mulliez A, Belgacem B, Noirfalise C, Barrier H, Gorrand J, et al. Evaluation of the impact of nursing care touch--statistical results of a multicenter, prospective and randomized study. *Rech Soins Infirm*. junio de 2009;(97):92-7.
38. Homayouni K, Zaher H, Borhani F, Abbaszadeh A, Jahromi MM. Effect of Tactile Touch on Stress in Patients With Myocardial Infarction. *Iran J Crit Care Nurs*. 2013;5(4):182-7.
39. Choi SM, Lee J, Park YS, Lee CH, Lee SM, Yim JJ. Effect of Verbal Empathy and Touch on Anxiety Relief in Patients Undergoing Flexible Bronchoscopy: Can Empathy Reduce Patients' Anxiety? *Respiration*. 2016;92(6):380-8.
40. Henricson M, Ersson A, Määttä S, Segesten K, Berglund AL. The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. noviembre de 2008;14(4):244-54.
41. Leonard K, Kalman M. The Meaning of Touch to Patients Undergoing Chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 1 de septiembre de 2015;42(5):517-26.
42. Johnston CC, Rennick JE, Filion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, et al. Maternal Touch and Talk for Invasive Procedures in Infants and Toddlers in the Pediatric Intensive Care Unit. *J Pediatr Nurs*. abril de 2012;27(2):144-53.
43. Butts JB. Outcomes of comfort touch in institutionalized elderly female patients. *Geriatr Nurs (Minneap)*. julio de 2001;22(4):180-4.

44. Pastor I, Belzunegui Eraso AG, Pontón Merino P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. Cuad Relac laborales, ISSN 1131-8635, Vol 30, N° 2, 2012 (Ejemplar Dedic a Pod Financ y Cris del empleo), págs 497-518. 2012;30(2):497-518.
45. Elers Y, Gibert M del P. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Vol. 32, Revista Cubana de Enfermería. 2016.
46. Sociedad Española de Medicina de Emergencias. CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. Emergencias Rev la Soc Española Med Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol 23, N° 1, 2011, págs 59-64. 2011;23(1):59-64.
47. Consejería de Salud. Región de Murcia. Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia. Región de Murcia; 2018.

# **ANEXO 1: Cuestionario basado en una escala tipo Likert para profesionales sanitarios sobre contacto físico en el ámbito sanitario**

---

Antes de nada, me gustaría agradecer tu participación en este estudio, y recordarte que los datos de los participantes son totalmente anónimos, por lo que se garantiza la confidencialidad.

El propósito de este cuestionario es conocer o identificar la percepción que tienen los profesionales sanitarios sobre los beneficios de implementar el contacto físico humano en la salud global de sus pacientes.

Por esta razón, no hay respuestas incorrectas o mal contestadas, ya que lo que se pretende conocer son las opiniones y percepciones de los profesionales sanitarios sobre el contacto físico y su aplicación.

Cuando hablamos de **contacto físico** nos estamos refiriendo al contacto físico como una parte más del **cuidado humano** del paciente, contacto físico como acompañamiento, y NO a un contacto terapéutico o con intención terapéutica o al contacto físico necesario para realizar una determinada técnica o maniobra diagnóstica o terapéutica.

Las preguntas están formuladas a modo de afirmaciones con la que debes manifestar tu grado de acuerdo o desacuerdo, donde “*totalmente de acuerdo*” expresa el mayor grado de conformidad posible con la afirmación y “*totalmente en desacuerdo*” expresa el mayor grado de disconformidad con la misma; o bien la regularidad con que se dan en tu práctica profesional, donde “*siempre*” expresa que se da en todas las ocasiones y “*nunca*” que no se da en ninguna ocasión.

## **DATOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS**

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**PROFESIÓN:** \_\_\_\_\_

**UNIDAD O SERVICIO EN EL QUE LA DESARROLLA:** \_\_\_\_\_

---

## **CONTACTO FÍSICO EN GENERAL**

**El contacto físico es importante para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales de calidad.**

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo

- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**El contacto físico es importante en el ámbito sanitario.**

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**El contacto físico es importante para el establecimiento de una buena relación sanitario-paciente.**

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

### **BENEFICIOS DEL CONTACTO FÍSICO**

**El contacto físico tiene potencial para promover el bienestar global de los pacientes.**

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**El contacto físico regular disminuye el dolor de los pacientes.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

**Los niveles de ansiedad de los pacientes disminuyen con el contacto físico.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

**El sentirse tocado mejora la autoestima y el sentimiento de integridad de los pacientes.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

**La falta de cercanía y contacto físico genera desconfianza en los pacientes.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

### **ACTITUD Y APTITUD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE CONTACTO FÍSICO**

**Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

**Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca

- Nunca

**Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno.**

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

**Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva.**

- Siempre
- Casi siempre
- Con frecuencia
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

**El tiempo dedicado a hacer ver la importancia de un cuidado humano (empatía, cercanía, respeto, etc.) durante la formación universitaria/profesional ha sido suficiente y de calidad.**

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

**Después de terminar mis estudios universitarios/profesionales he seguido formándome/interesándome para poder ofrecer a los pacientes un cuidado humano de calidad.**

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

## ANEXO 2: Características de la muestra

### Estadísticos

		Género	Profesión	Unidad	Sector	Localización	Edad
N	Válido	188	187	178	188	187	188
	Perdidos	0	1	10	0	1	0

### Edad

Media	33,21
Mediana	29,00
Moda	24
Desv. Desviación	10,636
Mínimo	23
Máximo	68

### Edad (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 29	95	50,5	50,5	50,5
	30 - 49	70	37,2	37,2	87,8
	50+	23	12,2	12,2	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

### Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	152	80,9	80,9	80,9
	Hombre	36	19,1	19,1	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

### Profesión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enfermera	99	52,7	52,9	52,9
	Fisioterapeuta	35	18,6	18,7	71,7
	Terapeuta Ocupacional	24	12,8	12,8	84,5
	Médico	12	6,4	6,4	90,9
	TCAE	8	4,3	4,3	95,2
	Logopeda	4	2,1	2,1	97,3
	Psicóloga	1	,5	,5	97,9
	Trabajadora Social	1	,5	,5	98,4
	Odontóloga	1	,5	,5	98,9
	Bioquímica	1	,5	,5	99,5
	Podóloga	1	,5	,5	100,0
	Total	187	99,5	100,0	
Perdidos	Desconocido	1	,5		
Total		188	100,0		

		<b>Unidad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hemodiálisis	26	13,8	14,6	14,6
	Urgencias	20	10,6	11,2	25,8
	UCI	19	10,1	10,7	36,5
	Traumatología	15	8,0	8,4	44,9
	Geriatría	15	8,0	8,4	53,4
	Pediatría	14	7,4	7,9	61,2
	Quirófano	12	6,4	6,7	68,0
	Hospitalización	8	4,3	4,5	72,5
	Deporte	5	2,7	2,8	75,3
	Salud Mental	5	2,7	2,8	78,1
	Atención Primaria	5	2,7	2,8	80,9
	Neurología	5	2,7	2,8	83,7
	Atención Temprana	4	2,1	2,2	86,0
	Trasplantes	4	2,1	2,2	88,2
	Calidad	3	1,6	1,7	89,9
	Nefrología	2	1,1	1,1	91,0
	Neonatología	2	1,1	1,1	92,1
	Medicina Interna	2	1,1	1,1	93,3
	Oncología	2	1,1	1,1	94,4
	Matrona	2	1,1	1,1	95,5
	Pruebas Diagnósticas	1	,5	,6	96,1
	Epidemiología	1	,5	,6	96,6
	Salud Pública	1	,5	,6	97,2
	Odontología	1	,5	,6	97,8
	Gine/Obste	1	,5	,6	98,3
	Dirección	1	,5	,6	98,9
	Podología	1	,5	,6	99,4
Laboratorio	1	,5	,6	100,0	
	Total	178	94,7	100,0	
Perdidos	Desconocido	10	5,3		
	Total	188	100,0		

### Sector

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Privado/Concertado	100	53,2	53,2	53,2
	Público	88	46,8	46,8	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

### Localización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	España	157	83,5	84,0	84,0
	Francia	12	6,4	6,4	90,4
	México	10	5,3	5,3	95,7
	Reino Unido	5	2,7	2,7	98,4
	Uruguay	1	,5	,5	98,9
	Suiza	1	,5	,5	99,5
	Países Bajos	1	,5	,5	100,0
	Total	187	99,5	100,0	
Perdidos	Desconocido	1	,5		
Total		188	100,0		

## ANEXO 3: Resultados del cuestionario

**El contacto físico es importante para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales de calidad.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	80	42,6	42,6	42,6
	Bastante de acuerdo	75	39,9	39,9	82,4
	Algo de acuerdo	26	13,8	13,8	96,3
	Algo en desacuerdo	7	3,7	3,7	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**El contacto físico es importante para el establecimiento de una buena relación sanitario-paciente.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	61	32,4	32,4	32,4
	Bastante de acuerdo	79	42,0	42,0	74,5
	Algo de acuerdo	41	21,8	21,8	96,3
	Algo en desacuerdo	5	2,7	2,7	98,9
	Bastante en desacuerdo	2	1,1	1,1	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**El contacto físico tiene potencial para promover el bienestar global de los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	72	38,3	38,3	38,3
	Bastante de acuerdo	74	39,4	39,4	77,7
	Algo de acuerdo	35	18,6	18,6	96,3
	Algo en desacuerdo	6	3,2	3,2	99,5
	Bastante en desacuerdo	1	,5	,5	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**El contacto físico regular disminuye el dolor de los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	19	10,1	10,1	10,1
	Casi siempre	51	27,1	27,1	37,2
	Con frecuencia	69	36,7	36,7	73,9
	A veces	40	21,3	21,3	95,2
	Casi nunca	8	4,3	4,3	99,5
	Nunca	1	,5	,5	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**Los niveles de ansiedad de los pacientes disminuyen con el contacto físico.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	28	14,9	14,9	14,9
	Casi siempre	69	36,7	36,7	51,6
	Con frecuencia	59	31,4	31,4	83,0
	A veces	32	17,0	17,0	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**El sentirse tocado mejora la autoestima y el sentimiento de integridad de los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	37	19,7	19,7	19,7
	Casi siempre	60	31,9	31,9	51,6
	Con frecuencia	52	27,7	27,7	79,3
	A veces	37	19,7	19,7	98,9
	Casi nunca	2	1,1	1,1	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**La falta de cercanía y contacto físico genera desconfianza en los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	26	13,8	13,8	13,8
	Casi siempre	65	34,6	34,6	48,4
	Con frecuencia	45	23,9	23,9	72,3
	A veces	44	23,4	23,4	95,7
	Casi nunca	7	3,7	3,7	99,5
	Nunca	1	,5	,5	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**Establecer contacto físico con los pacientes de mi servicio es arriesgado/peligroso.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	26	13,8	13,8	13,8
	Casi nunca	84	44,7	44,7	58,5
	A veces	63	33,5	33,5	92,0
	Con frecuencia	13	6,9	6,9	98,9
	Casi siempre	2	1,1	1,1	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**Los pacientes de mi servicio, en general, se sienten cómodos con el contacto físico.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	21	11,2	11,2	11,2
	Casi siempre	86	45,7	45,7	56,9
	Con frecuencia	48	25,5	25,5	82,4
	A veces	31	16,5	16,5	98,9
	Casi nunca	2	1,1	1,1	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	95	50,5	50,5	50,5
	Bastante de acuerdo	63	33,5	33,5	84,0
	Algo de acuerdo	26	13,8	13,8	97,9
	Algo en desacuerdo	3	1,6	1,6	99,5
	Bastante en desacuerdo	1	,5	,5	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	40	21,3	21,3	21,3
	Casi siempre	34	18,1	18,1	39,4
	Con frecuencia	42	22,3	22,3	61,7
	A veces	45	23,9	23,9	85,6
	Casi nunca	27	14,4	14,4	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	53	28,2	28,2	28,2
	Casi siempre	96	51,1	51,1	79,3
	Con frecuencia	28	14,9	14,9	94,1
	A veces	11	5,9	5,9	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**El tiempo dedicado a hacer ver la importancia de un cuidado humano (empatía, cercanía, respeto, etc.) durante la formación universitaria/profesional ha sido suficiente y de calidad.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	25	13,3	13,3	13,3
	Bastante de acuerdo	45	23,9	23,9	37,2
	Algo de acuerdo	55	29,3	29,3	66,5
	Algo en desacuerdo	24	12,8	12,8	79,3
	Bastante en desacuerdo	31	16,5	16,5	95,7
	Totalmente en desacuerdo	8	4,3	4,3	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

**Después de terminar mis estudios universitarios/profesionales he seguido formándome/interesándome para poder ofrecer a los pacientes un cuidado humano de calidad.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	80	42,6	42,6	42,6
	Bastante de acuerdo	67	35,6	35,6	78,2
	Algo de acuerdo	25	13,3	13,3	91,5
	Algo en desacuerdo	8	4,3	4,3	95,7
	Bastante en desacuerdo	6	3,2	3,2	98,9
	Totalmente en desacuerdo	2	1,1	1,1	100,0
	Total	188	100,0	100,0	



## ANEXO 5: Ítems cruzados

**Tabla cruzada Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva.\*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.**

			Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.					
			Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre	Total
Mi vivencia/experiencia en las situaciones de contacto físico con los pacientes que pasan por mi servicio es positiva.	A veces	Recuento	5	3	0	2	1	11
		% dentro de Dispongo del tiempo	18,5%	6,7%	0,0%	5,9%	2,5%	5,9%
	Con frecuencia	Recuento	5	6	10	3	4	28
		% dentro de Dispongo del tiempo	18,5%	13,3%	23,8%	8,8%	10,0%	14,9%
	Casi siempre	Recuento	14	25	25	18	14	96
		% dentro de Dispongo del tiempo	51,9%	55,6%	59,5%	52,9%	35,0%	51,1%
	Siempre	Recuento	3	11	7	11	21	53
		% dentro de Dispongo del tiempo	11,1%	24,4%	16,7%	32,4%	52,5%	28,2%
	Total	Recuento	27	45	42	34	40	188
		% dentro de Dispongo del tiempo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla cruzada Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno.\*Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.**

			Dispongo del tiempo que necesito para interesarme por el bienestar de los pacientes y establecer contacto físico si lo considero oportuno.					
			Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre	Total
Me intereso por el bienestar de los pacientes y procuro establecer contacto físico si lo considero oportuno.	Bastante en desacuerdo	Recuento	1	0	0	0	0	1
		% dentro de Dispongo del tiempo	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
	Algo en desacuerdo	Recuento	0	1	1	1	0	3
		% dentro de Dispongo del tiempo	0,0%	2,2%	2,4%	2,9%	0,0%	1,6%
	Algo de acuerdo	Recuento	7	5	8	4	2	26
		% dentro de Dispongo del tiempo	25,9%	11,1%	19,0%	11,8%	5,0%	13,8%
	Bastante de acuerdo	Recuento	12	16	18	11	6	63
		% dentro de Dispongo del tiempo	44,4%	35,6%	42,9%	32,4%	15,0%	33,5%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	7	23	15	18	32	95
		% dentro de Dispongo del tiempo	25,9%	51,1%	35,7%	52,9%	80,0%	50,5%
	Total	Recuento	27	45	42	34	40	188
		% dentro de Dispongo del tiempo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%