



**Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud**

# **SIGNIFICADOS DEL CUIDADO EN LA PRÁCTICA ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**Tesis Doctoral presentada por**

**MARTA CERECEDA MAGAÑA**

**2022**





**Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud**

# **SIGNIFICADOS DEL CUIDADO EN LA PRÁCTICA ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**Tesis Doctoral presentada por**

**MARTA CERECEDA MAGAÑA**

**Director/a:**

**DRA. PURIFICACIÓN GONZÁLEZ VILLANUEVA**

**DR. ANTONIO MARTÍN DUCE**

**Alcalá de Henares, [2022]**



***“Lo que no se ve existe. A veces, lo esencial es invisible a los ojos”***

Antoine de Saint-Exupéry

## AGRADECIMIENTOS

Como decía Eduardo Galeano, la utopía está siempre en el horizonte y conforme uno se acerca a ella, ésta se aleja unos pasos. Entonces, ¿para qué sirve? La utopía sirve precisamente para eso, para caminar. Este ha sido mi objetivo durante todo este tiempo. Caminar, aprender y encontrarme a mí misma en este trabajo y procurado dar respuesta a mi inquietud por profundizar y visibilizar el cuidado de la profesión enfermera. Visibilizar algo tan etéreo como es mi compromiso moral y científico por la protección de la vida de las personas, lo que resulta imprescindible para la supervivencia social y humana.

Esta investigación no la habría podido desarrollar en solitario, ni únicamente con mi esfuerzo. El *cuidado* de muchas personas que son indispensables en mi vida ha contribuido al resultado final de este trabajo.

Antes que nada, me gustaría puntualizar que la disposición de mis agradecimientos no compromete ninguna jerarquía de reconocimiento. Cada una de las personas que aquí menciono, han contribuido en mi desarrollo personal y profesional.

Me gustaría comenzar agradeciendo su deferencia a una de las directoras de la tesis, Purificación González Villanueva, a quien admiro profundamente. Ha sido la piedra angular en este proyecto. Su distintivo basado en el soporte y el acompañamiento constante y sus siempre pertinentes aportaciones, han constituido el fundamento de mi inspiración y motivación para persistir en este proyecto. Su capacidad para protegerme y reforzarme en los momentos de más oscuridad ha sido para mí esencial, lo cual me ha brindado valentía y coraje. Ha sido la persona referente que me ha inculcado los valores de la perseverancia y la pasión por el trabajo bien hecho. Debo decir que no solo ha influido en la elaboración de la tesis, sino en otros momentos de mi vida. En aquellos en los que la rutina me absorbía y las múltiples adversidades que planteaba el gigante sanitario me tornaban vulnerable y hacían replantearme el sentido de mi profesión y mi implicación en la misma, ella sabía escucharme y reconciliarme con mi cometido.

Tal como dicen unos versos de Eclesiastés, en la vida hay tiempo para todo:

*Un tiempo para nacer,  
y un tiempo para morir;  
un tiempo para plantar,  
y un tiempo para cosechar;  
un tiempo para matar,  
y un tiempo para sanar;  
un tiempo para destruir,  
y un tiempo para construir;  
un tiempo para llorar,  
y un tiempo para reír...*

Podría continuar con el poema completo porque su sentido refleja el devenir de esta profesión, ya que la enfermería, al igual que la vida, está repleta de dualismos y de contradicciones: el dolor y el placer inherentes a la profesión, la llegada al mundo de una nueva vida, la frustración, la pérdida.

Las carencias profesionales, formativas y/o administrativas que hallaba día a día hacían que perdiera, en ocasiones, el rumbo. Por ello, han sido sumamente importantes y especiales para mí los debates y charlas que tuve con Purificación cuando, abrumada por la rutina, perdía la perspectiva de lo verdaderamente importante. Su manera de ver la vida y nuestra profesión me reconfortaba y me hacía volver a creer en la magia de lo que experimentaba día tras día.

Aunque la dirección ha sido fundamentalmente a distancia, hemos compartido numerosos puntos de encuentro y aprendizaje a través de un incesante intercambio virtual y presencial, vía correo electrónico, Skype y

encuentros en la Universidad de Alcalá de Henares y en su casa. ¡No hubiera podido tener mejor apoyo! Gracias por el tiempo invertido y tu dedicación, tanto en la dirección como en la corrección de este proyecto, por haber confiado en mí y, lo más importante, haber sabido reconocer en qué momento vital me encontraba y haber celebrado, sentido, padecido y llorado conmigo. Mi más sincero agradecimiento por tu infinita empatía, comprensión y paciencia.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi también director, Antonio Martín Duce, por su ininterrumpida demostración de interés y apoyo. Muchas gracias por cada deseo expresado en palabras de aliento.

También he de dar las gracias a mis padres, por haberme inculcado unos valores sin los cuales no hubiera concebido mi vida y el mundo que me rodea de la misma forma. Desde siempre, han sido los impulsores de mis sueños y he podido verme reflejada en ellos para adentrarme a la vida y enfrentarme a proyectos como el de esta tesis. Su amor recibido, su dedicación, su paciencia y sus palabras de aliento en los momentos difíciles, han impedido que decayera siendo perseverante en mi objetivo, llegando a quedar grabados en mi alma.

Aprecio profundamente haber sido libre para poder elegir mi camino. Siempre me dieron la oportunidad de poder escoger aquello que realmente deseaba hacer y para tomar estas decisiones siempre me he guiado más por el corazón que por la razón. Ellos me inculcaron que, habiendo emprendido mi camino, fuese el que fuese, debía entregarme profundamente a él. Y esto estoy tratando de hacer.

Por apoyarme, por siempre creer en mí, por caminar siempre de mi mano. Por supuesto, mi infinita gratitud a mi hermana Laura, por sentirla siempre cerca y haberse convertido en cómplice de cualquier locura que le he propuesto.

La historia conspira para que el mecanismo de la vida, a pesar del tiempo pasado, persista. Sin embargo, la certeza de que la transformación y la evolución son posibles radica, en cierta medida, en la existencia de individuos que comúnmente calificamos como “rebeldes sin causa”. Mi hermana siempre ha pertenecido a esta tribu de rebeldes que han desafiado el statu quo y franquean los límites de la innovación con planteamientos e ideas locas, aparentemente



injustificadas en ocasiones, pero que combaten la adaptabilidad e impulsan cambios necesarios. La rebeldía es fundamental para la creatividad. Rodearse de gente como ella me ha permitido inspirarme, motivarme, cuestionarme, estar alerta y no conformarme.

A Alfredo, contigo las palabras sobran porque mi agradecimiento es eterno. Gracias por estar siempre, sobre todo cuando no te llamo. Agradezco tener a alguien como tú en nuestra familia y ansío que todo lo bueno que das, regrese a ti multiplicado.

A María Irisarri. Mi confidente, mi amiga. Me faltarían días para expresarle mi enorme reconocimiento. Sin ninguna duda, ella representa uno de los cimientos fundamentales en mi vida. No solo ha sido imprescindible en esta carrera de fondo, sino que se convirtió en esencial desde que nuestros caminos se cruzaron hace ya trece años. Su generosidad, su voluntad y su vocación por todo lo que hace, me han convertido en su fiel seguidora. Su concepción de ver la vida, también ha influido en mi manera de ver el mundo y de dar valor a lo que hago y a lo que siento.

A Mario. Su autenticidad y entusiasmo resultan alentadores e inspiradores en este mundo loco. Me conmueve su habilidad para pedir a los demás lo que necesita. No solo eso, siempre me ha fascinado su capacidad de admirar apreciando el valor que tienen los demás y sentirlo como referente. Me ha apoyado y motivado para conseguir mis metas y siempre está conmigo para celebrar mis éxitos y mis fracasos. Ha sabido tolerar mi dolor, ponerse en mi lugar, acompañándome, sin juzgarme. Ni las discusiones, ni el tiempo, ni la distancia nos han conseguido separar.

A mis amigos. Ana, Beatriz, Eider, Elena, Gonzalo, María, Rosa, Pablo y el otro Pablo, por apoyarme incondicionalmente en este trayecto y comprender lo importante que era esto para mí.

A María Jesús, por su ayuda desinteresada. Su persona me reconcilia con el mundo y me convence de que el ser humano es extraordinario. Por sus continuas muestras de aliento y comprensión. Por siempre, aún en la distancia, sentirla cerca.

Mi más sincera gratitud a todos los profesionales del Hospital Norte en el que he realizado mi trabajo de campo. Quiero dar las gracias a la Directora de Enfermería, a la responsable del Servicio de Formación del Personal del Sistema Sanitario, al Director Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos y, muy especialmente, a la Supervisora de Enfermería responsable de la unidad. No fue fácil acceder a la misma, pero una vez dentro, todo el mundo intentó facilitar mi cometido.

Muy especialmente también a mis compañeros de trabajo de las diferentes ciudades, hospitales y ámbitos con los que he compartido lo más bello y lo más doloroso e insoportable de la existencia humana. Algunos me enseñaron a abrir los ojos a las necesidades de los demás; otros, el corazón. Con ellos supe del poder terapéutico de los abrazos y las sonrisas y ellos fueron también quienes en mis momentos más angustiosos, en los que el dolor de los demás se me hacía insoportable, me brindaron su mano y me secaron las lágrimas.

Para terminar, me gustaría concluir con unas palabras de Carl Gustav Jung porque reflejan a la perfección lo que ha significado este camino y mi sentir en este momento. Para que estas palabras hayan podido pasar por mi mente he tenido que vivir, experimentar e identificarme con muchas de las personas con las que me he ido encontrando hasta este momento, *a las que he cuidado* y, sobre todo, *a las que me han cuidado*. Porque sin los cuidados, mi profesión no tendría razón de ser, en el sentido más profundo del término.

*Existen tantas noches como días, y cada una dura lo mismo que el día que viene después. Hasta la vida más feliz no se puede medir sin momentos de oscuridad, y la palabra feliz perdería todo sentido si no estuviese equilibrada por la tristeza.*

A todos sin excepción, mi agradecimiento enorme y eterno.

# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. De enfermera novel a enfermera experta	3
1.2. Disciplina de enfermería. Teoría del cuidado	9
1.3. Contextualizando el tema a investigar	23
1.3.1. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	23
1.3.2. Mecanismos de afrontamiento del ingreso en la UCI	25
1.3.3. Vivir la UCI	29
1.3.4. Experiencias y sentimientos en los pacientes hospitalizados en UCI	29
1.3.4.1. Dolor en UCI	29
1.3.4.2. Pérdida de intimidad	32
1.3.4.3. Sueño: necesidad de descanso	33
1.3.4.4. Otros estresores en la UCI	36
1.3.5. Necesidades de los pacientes en la UCI	36
1.3.5.1. Necesidad de seguridad	36
1.3.5.2. Necesidad de decidir	37
1.3.5.3. Necesidad de comunicación e información	37
1.3.6. Significado del cuidado de las personas críticamente enfermas desde la perspectiva de las enfermeras	37
1.3.7. La familia en la UCI	38
1.3.8. Perspectiva de las visitas en la UCI	43
1.3.9. Por qué se continúa en el mismo punto: UCI restrictiva	44
1.4. Preguntas de investigación y objetivos	49
1.4.1. Preguntas de investigación	49
1.4.2. Objetivo general	50
1.4.3. Objetivos específicos	50
<b>CAPÍTULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>52</b>
2.1. Concepto de paradigma	55
2.2. Ciencias naturales, ciencias humanas	60
2.3. La investigación cualitativa	64
2.3.2. Pertinencia de un estudio cualitativo	72
2.3.3. Técnicas de recogida de información en la investigación cualitativa	74
2.3.4. Principales métodos en investigación cualitativa	78

2.3.4.1. La fenomenología	79
2.3.4.2. La teoría fundamentada	81
2.3.4.3. La etnografía	83
<b>2.3.4.3.1. Técnicas de recogida de información en etnografía</b>	<b>86</b>
2.4. La etnografía como método para esta investigación	87
2.5. Técnicas de recogida de información en este estudio etnográfico	89
2.5.1. La observación participante	89
2.5.2. La entrevista en profundidad	93
2.5.2.1. Rigidez entre la responsabilidad científica y la ética en la entrevista	100
2.5.2.2. Limitaciones de las entrevistas en profundidad	100
2.5.3. El diario de investigación	102
2.6. Diseño de la investigación cualitativa	105
2.6.1. Fase preparatoria	106
2.6.1.1. Etapa reflexiva	106
2.6.1.2. Etapa de diseño	109
2.6.1.2.1. Sujetos del estudio	111
2.6.1.2.1.1. Criterios de inclusión de los sujetos	113
2.6.1.2.2. Selección de escenarios	114
<b>CAPÍTULO III: TRABAJO DE CAMPO</b>	<b>117</b>
3.1. El trabajo de campo	119
3.1.1. Preparación del trabajo de campo y del proyecto de investigación	120
3.1.2. Presentación de la investigadora en la UMI	123
3.2. Comenzar el trabajo de campo	124
3.2.1. Primeros días en la UMI	133
3.2.2. Relaciones de campo difíciles	138
3.3.1. Criterios para entrevistar a las enfermeras	143
3.3.2. Habilidades de la investigadora en el procedimiento de las entrevistas	145
3.3.3. Guía de preguntas	146
3.3.4. Calidad de la entrevista	149
3.3.5. Datos sociodemográficos y duración de las entrevistas de las enfermeras. Participantes	150
3.4. Fase analítica	150
3.5. Narratividad de la investigación	156

3.6. Criterios de rigor	157
3.7. Control de calidad de los datos	158
3.8. Consideraciones éticas	159
3.9. Procedimiento de análisis de los datos	160
3.9.1. La transcripción: primer nivel de análisis	160
3.9.2. El software ATLAS.ti como herramienta de análisis	163
3.9.3. La codificación: segundo nivel de análisis	164
3.9.3.1. Codificación abierta	166
3.9.4. Las categorías: tercer nivel de análisis	174
3.9.5. Los temas: cuarto nivel de análisis	174
3.9.6. Los vectores cualitativos/metacategorías: quinto nivel de análisis	175
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS</b>	<b>180</b>
4.1. TEMA I: SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI	183
4.1.2. ESTATUS SUPERIOR	184
4.1.2.1. Máxima realización enfermera	184
4.1.2.2. Mayor autonomía y autoridad profesional	186
4.1.2.3. Trabajo en equipo	188
4.1.2.4. Complejidad: ideales y retos	193
4.1.2.5. Vocación por el intensivo	199
4.1.3. Estar entre la vida y la muerte	202
4.1.3.1. Frialdad versus humanidad	202
4.1.3.2. Derrota por no haber podido salvar	207
4.1.3.3. Muerte en personas jóvenes	208
4.1.3.4. Sufrimiento en personas vulnerables	213
4.1.3.5. Muerte humanizada	214
4.2. TEMA II: SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO	218
4.2.1. CUIDADOS TÉCNICOS: “LO PRIMERO ES LO PRIMERO”	219
4.2.1.1. La UMI: contexto ruidoso y hostil	219
4.2.1.2. Salvar vidas	221
4.2.2. Cuidado profesional, científico y humano	227
4.2.2.1. Presencia	228
4.2.2.2. Comunicación	229
4.2.2.3. Más tiempo para dedicar	234
4.2.2.4. Cuidar es anticiparse	238
4.2.2.5. Tratar bien	240

4.2.2.6. Empatía	243
4.2.3. Dificultad para aceptar el sufrimiento	245
4.2.3.1. Estar en el otro lado	245
4.2.3.2. Formación emocional: una asignatura pendiente	246
<b>4.3. TEMA III: LA FAMILIA EN LA UMI</b>	<b>252</b>
4.3.1. APERTURA DE LA UMI: CAMBIOS COMPLEJOS	252
4.3.1.1. Cambios de normativa	253
4.3.1.2. Apertura de la UMI	254
4.3.2. LA IMPORTANCIA DE QUE EL PACIENTE ESTÉ ACOMPañADO	259
4.3.2.1. Evitar la soledad	260
4.3.2.2. Atender a la familia	262
4.4. DIMENSIÓN HUMANA Y MODELO BIOMÉDICO: METACATEGORÍAS	269
<b>CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>276</b>
5.1. Discusión	278
5.2. Limitaciones	320
5.3. Conclusiones	321
5.4. Implicaciones futuras para la práctica	324
5.4.1. Implicaciones para las instituciones sanitarias	324
5.4.2. Implicaciones para la práctica enfermera	326
5.4.3. Implicaciones para la educación	329
5.4.4. Implicaciones para la investigación	330
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>332</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Dos planteamientos, dos metodologías	58
Tabla 2. Oposición del tradicional paradigma positivista al paradigma hermenéutico según Gummesson (Ruiz Olabuénaga, 2003: 13-14)	59
Tabla 3. Temporalización histórica de la investigación cualitativa en el siglo XX (Valles, 2000: 31-34)	66
Tabla 4. Características de los estudios cualitativos (Stake, 1999: 49)	71
Figura 5. Fases del proceso metodológico de la investigación cualitativa (Rodríguez Gómez et al., 1996, 63)	106
Figura 6. Decálogo del investigador cualitativo (basado en Morse, 1994)	110
Figura 7. Trabajo de campo (fuente: elaboración propia)	126
Figura 8. Transcripción de las preguntas de investigación a preguntas de entrevista (fuente: elaboración propia)	148
Figura 9. Transcripción de las preguntas de entrevista a preguntas de investigación (fuente: elaboración propia)	148
Tabla 10. Exposición sociodemográfica de las enfermeras. Participantes (fuente: elaboración propia)	150
Tabla 11. Niveles de reducción y estructuración teórica de la información (Medina, 2005: 57)	153
Figura 12. Codificación del texto en la que aparece parte de la lista de códigos (fuente: Atlas.ti, elaboración propia)	
Tabla 13. Ejemplo de análisis manual (fuente: elaboración propia)	170

Tabla 14. Familias de códigos (fuente: elaboración propia)	170
Figura 15. Agrupación de unidades de significado para la creación de la categoría SALVAR VIDAS (fuente: elaboración propia)	171
Figura 16. Red construida a partir de códigos dando lugar, entre otras, a la categoría: SALVAR VIDAS (fuente: Atlas.ti, elaboración propia)	172
Figura 17. Las familias de códigos que dan lugar a las categorías (fuente: elaboración propia)	173
Figura 18. Las categorías que dan lugar a los temas (fuente: elaboración propia)	174
Figura 19. Vectores cualitativos/metacategorías de esta investigación (fuente: elaboración propia)	175
Figura 20. La DIMENSIÓN HUMANA y EL MODELO BIOMÉDICO como metacategorías o vectores cualitativos (fuente: elaboración propia)	176
Tabla 21. Listado de criterios que se pueden aplicar a una categoría para determinar si se califica como central (Strauss, 1987; en Strauss y Corbin, 2002: 161)	178
Figura 22. Temas, metacategorías y categorías del estudio (fuente: elaboración propia)	182
Figura 23. El tema <b>SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI</b> emerge de estas familias de códigos y categorías (fuente: elaboración propia)	183
Figura 24. La categoría <b>ESTATUS SUPERIOR</b> con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)	184
Figura 25. La categoría <b>ESTAR ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE</b> con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)	202



Figura 26. El tema **SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO** emerge de estas familias de códigos y categorías (fuente: elaboración propia) 218

Figura 27. La categoría **CUIDADOS TÉCNICOS: “LO PRIMERO ES LO PRIMERO”** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia) 219

Figura 28. La categoría **CUIDADO PROFESIONAL, CIENTÍFICO Y HUMANO** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia) 227

Figura 29. La categoría **DIFICULTAD PARA ABORDAR EL SUFRIMIENTO** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia) 245

Figura 30. El tema **LA FAMILIA EN LA UMI** emerge de estas familias de códigos y categorías (fuente: elaboración propia) 252

Figura 31. La categoría **APERTURA DE LA UMI: CAMBIOS COMPLEJOS** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia) 253

Figura 32. La categoría **LA IMPORTANCIA DE QUE EL PACIENTE ESTÉ ACOMPAÑADO** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)



# CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

---

‡ DE ENFERMERA NOVEL A ENFERMERA EXPERTA

‡ DISCIPLINA DE ENFERMERÍA. TEORÍA DEL CUIDADO

‡ CONTEXTUALIZANDO EL TEMA A INVESTIGAR



# **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

## **1.1. De enfermera novel a enfermera experta**

Durante mis años de formación para obtener la diplomatura en enfermería, la posterior titulación de máster y seguidamente durante mis primeras experiencias como enfermera en diferentes ámbitos y servicios, han existido diversos interrogantes, dudas y planteamientos, muchos de los cuales continúan existiendo en la actualidad.

Comencé la diplomatura en enfermería en el año 2007 y no fue hasta el año 2010, cuando la finalicé. Recuerdo que el primer año en la Universidad, tuve una profesora que insistía a menudo en la esencia de nuestra profesión. Escuché por primera vez esta palabra ligada a la enfermería y no comprendí a qué se refería.

Durante mis prácticas clínicas y primeros años como enfermera asistencial en diferentes departamentos y especialidades, he tenido la oportunidad de conocer, acompañar y compartir el dolor, la preocupación y el entusiasmo con personas que se encontraban en diferentes momentos de su ciclo vital y experimentaban distintos estados de salud.

Recuerdo el semblante de aquella joven a la que se le iba a extirpar un tumor tiroideo. Resulta fascinante como en determinadas ocasiones, un simple gesto o mirada, transmite las percepciones, las emociones y los sentimientos más profundos, íntimos y sinceros de una persona. Esta mirada que desprendía terror penetró en lo más profundo de mi entendimiento. El personal del quirófano se preparaba para la intervención mientras yo atendía las explicaciones de la enfermera circulante. Entonces, hubo un instante en el que nuestras miradas se encontraron. En aquel momento sentí como si fuera yo misma la que estaba tumbada en aquella camilla. La habitación se movía, tuve la sensación de que iba a perder el equilibrio y mi respiración se aceleró. Probablemente no pude experimentar su mismo temor, su mismo pánico. Sin embargo, estaba muy asustada y fui dominada por una fuerza que me empujaba a hacer algo que aliviara su aflicción, pero no sabía el qué. Lo único que pude hacer en aquel

momento fue agarrar su mano y susurrarle que todo iba a salir bien.

Una sensación de vacío me acompañó durante muchos meses desde este momento. Esta experiencia continuaba atormentándome. Pensaba en aquellas palabras huecas y en si, en mi intento de protegerla, había aumentado su turbación. Porque sinceramente, ¿yo qué sabía? Pensé mucho en aquella joven, nunca supe nada más de ella. Los profesionales del quirófano iban de un lado hacia otro, hablaban, se lavaban las manos, se vestían. Ella asistía la escena temerosa, absorta en sus pensamientos. Yo no sabía si había sido capaz de aliviarle, tenía la certeza de que no fue así. Seguramente podía haber hecho algo más, pero no supe reaccionar.

Años más tarde conocí a otra persona hospitalizada que me marcaría para siempre. Un grave accidente había truncado su vida. Nuestros caminos se cruzaron cuando una neumonía bilateral le situaba entre la vida y la muerte. Su pronóstico era grave. Cada uno de los profesionales que le asistimos nos involucramos ilimitadamente. Sé que no fue suficiente. Le vi llorar, sufrir, soportar el dolor con el que su enfermedad le golpeaba y rendirse. Todavía hoy me pregunto el por qué de aquel sufrimiento que no pudimos ni supimos paliar. Cuando el tratamiento médico no aliviaba la aflicción del cuerpo ni del alma, lo intentamos con conversaciones, música y fotografías. Sin embargo, el recuerdo constituía un reflejo de un tiempo arrebatado al que nunca volvería y dolía demasiado. Hablé de ello con diferentes profesionales. Estábamos haciendo lo que podíamos, no se podía hacer nada más, me decían. Lloré mucho aquellos meses. Me volqué con su familia. Puede que fuese una manera de demostrarles que comprendía el significado de su sufrimiento, o que lo intentaba, y que yo también deseaba unirme a su duelo. Necesitaba darles soporte, confirmar que mi ayuda con su familia era efectiva. Con él no pudimos.

Esta tesis es la consecuencia de muchos momentos, de experiencias impactantes que me han hecho pensar y me han generado inquietudes. Conforme fue pasando el tiempo, el ruido de una alarma o las preguntas incesantes de los familiares, que habían supuesto una importante fuente de estrés en el inicio, ya no se traducían en un impulso nervioso hacia todas las células de mi cuerpo que me mantenía alerta y fielmente entregada a esas

actividades. Sin embargo, mi compromiso con los demás y con lo que se esperaba de mí, no hacía sino aumentar.

En otro momento, coincidí con otra persona que, por una enfermedad incurable que la había postrado en una cama, me preguntaba por el futuro de sus hijos, a los que no iba a ver crecer. En este caso, no existía la solución para un problema físico. Me “alegraba” si no tenía que atenderla en algún turno. Insisto en esta sensación de alegría, porque a mí, como enfermera, también me dolía. Ese dolor que se siente cuando no podemos hacer mucho más. Por la propia estructura organizativa, por los tiempos, por la falta de formación, por desconocimiento. Sé que darle la espalda al dolor nunca fue la solución pero, en ocasiones, cuando no sabes cómo hacerlo, la evitación se convertía en una forma de afrontamiento.

¿Cómo se gestionan todas estas vivencias, emociones? Ante todas estas cuestiones mi yo interior exigía el hacer bien, reconfortar, conectar con las inquietudes de las personas. Paliar el dolor es humano, es ético, es de nuestra competencia, nos lo enseñan, se aprende. Pero, ¿qué se puede hacer cuando duele el alma? Llamémoslo alma, entrañas, corazón, aquello que duele, aquello que convulsiona o aquello que sangra en lo más profundo de nuestro ser.

Éramos capaces de realizar los cuidados pertinentes en aquellas situaciones de dependencia. Sabíamos, en definitiva, hacer frente a las posibles complicaciones respiratorias, nutricionales o de cualquier otra condición fisiológica. Sin embargo, en otras ocasiones, la comunicación existía, pero por falta de tiempo o por falta de herramientas, creo que se quedaba escasa y superficial. ¿Qué podía hacer yo como enfermera para no ser una mera ejecutora de técnicas y procedimientos? ¿Qué necesitamos para ir más allá y actuar conforme a nuestra disciplina?

Otras de las cuestiones que ocupaba parte de mi tiempo estaba relacionada con el significado que yo le daba a mi profesión. ¿Qué significa ser enfermera? Si no parto de este significado, mi cometido se diluye. Si yo recurro al significado, ¿voy a hacer mejor mi trabajo? ¿Voy a poder cumplir mis objetivos?

Era enfermera y mi conocimiento y mi práctica debían avalarlo. ¿Qué hacía yo como profesional que me definía? ¿Qué hacía yo que me determinaba como enfermera y me diferenciaba de otros profesionales?

Como consecuencia de las características de determinados servicios en los que trabajé, me vi envuelta en un torbellino de vulnerabilidad, sufrimiento y dolor. Estas cuestiones poseen un inmenso arraigo en la humanidad y se producen como consecuencia de acontecimientos que experimenta cualquier persona a lo largo de su vida. Pueden concebirse con una connotación negativa e incluso positiva, como virtudes. MacIntyre (2001) considera inexcusable su adaptación en la cultura social y las denomina *virtudes de la dependencia*. Este planteamiento está relacionado con lo que explica Chambers (1983) cuando afirma que la vulnerabilidad posee dos dimensiones. Tal y como manifiesta Nussbaum (1988), contemplar al ser humano desde la perspectiva de que el hombre padece de forma irreparable, hace que el individuo empatice con la situación de su semejante, hecho que instiga a prestar ayuda. Hacer a los demás lo que desearíamos que nos hicieran ha sido un sentimiento común en todo ser humano a lo largo de toda la historia. La sociedad no debería abandonar el sentido de la tragedia, porque “si perdemos este sentido de la compasión trágica por la persona que sufre, estamos en peligro de perder nuestra propia humanidad” (Nussbaum, 1988). Este precepto que ha permanecido a lo largo del tiempo, conduce a la idea de instruir en la responsabilidad ante los demás, que desemboca en el cuidado. Nos enseña que no somos diferentes de la víctima, que también somos vulnerables y podríamos sufrir el mismo daño, lo cual nos hace pensar qué desearíamos si nos encontráramos en la misma situación. Este es el mandato moral por excelencia que ha persistido a lo largo de toda la historia de la humanidad: hacer a los demás lo que uno quisiera que le hicieran. Una constatación que exige educar en la solicitud y la responsabilidad ante el otro y que nos lleva a la promoción y al cuidado.

Mi percepción sobre lo que significa ser enfermera parte de estas vivencias. No podría ser de otro modo. Existen experiencias que inevitablemente dejan huella. Y no solo eso, sino también una gran cicatriz. Durante mi trayectoria profesional, no sé si equivocadamente, he medido el tiempo en



acontecimientos significativos que me han impresionado y/o afectado y que, por ello, nunca van a ser olvidados. La vivencia de situaciones afectivas extremadamente desgarradoras, tristes y otras esperanzadoras, con final feliz, ha hecho que inquiera en lo más profundo de mis pensamientos y esto ha producido un cambio a nivel personal y profesional. La percepción que rompe tras el contacto con una realidad, compromete una transformación que hace que la persona no sea la misma nunca más. Estas sensaciones y sentimientos desconocidos que me eran extraños, han provocado un desorden interior que intento gestionar cada día.

Fue como consecuencia de las vivencias anteriormente expuestas y de otras que experimenté cuando descubrí que la enfermería era algo más y comprendí que aquello que urdía en mi mente estaba relacionado con la esencia de la que un día me había hablado mi profesora.

Aunque la ejecución óptima de los procedimientos y técnicas constituía gran parte de mi preocupación como profesional en mis primeros años como enfermera, no me sentía plenamente satisfecha incluso cuando estas tareas eran finalizadas con éxito. Sentía que tenía que haber *algo más*. Sabía que este *algo más* que necesitaba localizar, reconocer y entender estaba relacionado con la esencia de la que un día me hablaron con pasión en la Universidad.

Arroyo (2001) y Quero (2004) hacen referencia a esta idea. Estos autores defienden el humanismo como una condición necesaria, independientemente de los aspectos científicos y técnicos, en búsqueda constante de lo humano. El descubrimiento de nuestras palabras y nuestros gestos, la búsqueda del otro, la actitud empática con la situación que experimenta la otra persona y su entorno y la reflexión de lo que se espera de nosotros como profesionales constituyen la base para que se establezca una relación excepcional. Este vínculo constituye la base del cuidado enfermero. La práctica de la enfermería necesita de la fusión del conocimiento científico y técnico hacia los aspectos culturales, afectivos, éticos y sociales de las relaciones que se establecen entre las personas.

La presión asistencial, la precariedad laboral y la elevada rotación de las plantillas son cuestiones inherentes a nuestra práctica profesional en la

actualidad. Sin embargo, pasado el estrés inicial de los muchos primeros días que he experimentado, la sensación de poder y deber hacer algo más me ha acompañado desde siempre. La indignación por tener que interrumpir una conversación con una persona a la que asisto, la decepción por no poder acompañar al paciente y su familia el tiempo que necesitan y merecen y la tristeza por haber interiorizado la certeza de que el tiempo es el que domina cada uno de mis pasos, siguen acompañándome en la actualidad.

Mi experiencia profesional constituye un reflejo de la precariedad y temporalidad laboral que caracterizan la profesión en nuestro país. Desarrollé mi actividad profesional en La Paz durante algo más de un año en el Servicio de Neumología. Llegué a ese gran gigante habiendo ejercido en hospitales mucho más pequeños, y en otras especialidades, siempre con estancias muy inferiores. Conocía levemente los servicios de consultas externas, geriatría, medicina interna, atención primaria, cirugía general, cirugía vascular, otorrinolaringología, hematología, cardiología, urgencias, paliativos, oncología, cuidados intensivos, urología y enfermedades infecciosas. Una vez adaptada en cada uno de ellos, me he sentido impotente por no tener las herramientas para conectar con la persona y su familia en el plano emocional. Me ha hecho sentirme impotente, tener rabia y llorar.

Efectivamente, múltiples autores definen el primer contacto con la práctica profesional como un proceso complejo y angustioso (Boychuk & Cowin, 2004; Higgins et al, 2010; McKenna & Green, 2004). Verdaderamente se trató de una época de mi vida complicada, en la que rotar por infinidad de hospitales y servicios, hizo que la ansiedad e incertidumbre se adueñaran de mí por tiempo. Reconozco que el proceso arduo de la primera experiencia como enfermera asistencial fue diluyéndose conforme mi experiencia se extendía. El temor por no conocer la realización de una técnica o efectuarla de forma inadecuada ocupaba gran parte de mi mente. Sin embargo, siempre había espacio para ese algo más que iba implícito en mi profesión. Conforme adquiría seguridad y pericia en el desarrollo de algunas técnicas y procedimientos, mayor se hacía mi inquietud por lo que esperaba de mí como profesional. Creía que debía de ofrecer algo más que lo que estaba haciendo.

En aquel momento, todos mis interrogantes estaban dirigidos hacia la complejidad de ejercer como enfermera cuidando de las personas. Además, intuía que esta situación se convertiría en mucho más compleja en un escenario como el de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con pacientes en situación de mayor dificultad, tanto física como emocional. ¿Cómo se pueden ejercer los cuidados de enfermería en una UCI? ¿Cómo se pueden manejar situaciones de tanta complejidad?

Aquella inquietud que se había despertado por lo que se esperaba de mí como profesional, tenía que estar en los libros.

Por ello, quise unir en este proyecto, estos interrogantes desconocidos para mí: el cuidado de enfermería y los cuidados críticos.

## **1.2. Disciplina de enfermería. Teoría del cuidado**

La definición tradicional de enfermería es la de una disciplina profesional (Donaldson & Crowley, 1978). Sin embargo, hay que dejar de lado una serie de connotaciones ya caducas para poder dar cabida a la transformación que está sufriendo. En su carácter vocacional se superpone una laboriosa teorización e investigación realizada por estudiosos múltiples de la materia. Indudablemente, para que pueda forjarse plenamente como tal disciplina, debe estar cimentada por la práctica. Ésta, a su vez, debe estar fundamentada con una sólida base intelectual de conocimientos pertenecientes a la disciplina de enfermería, e incluso, de otros procedentes de otras disciplinas (Donaldson & Crowley, 1978; Kèrouac, Pepin, Ducharme et al., 2004).

Tal y como se va a ir desarrollando en las líneas precedentes, solo cuando se tengan en cuenta todos estos factores, se podrá otorgar a la disciplina enfermera el reconocimiento del que se ha visto privada durante tanto tiempo.

Donaldson y Crowley (1978) sostienen que “una disciplina se caracteriza por tener una perspectiva única, un modo distinto de ver los fenómenos, lo que en última instancia define los límites y la naturaleza de su investigación” (80).

Mientras que, disciplinas como la física, la fisiología o la sociología se consideran disciplinas teóricas, otras como la medicina, el derecho o la enfermería, son disciplinas profesionales, es decir, están ante todo orientadas hacia una práctica profesional (Donaldson & Crowley, 1978: 87). Las disciplinas teóricas explican o examinan fenómenos a partir de modelos precisos sin intervenir mientras que, las disciplinas profesionales, tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para delimitar y orientar la práctica (Kèrouac, Pepin, Ducharme et al., 2004).

Múltiples autores han afirmado que la enfermería está experimentando una transformación en su saber y hacer. Este cambio comenzó a producirse cuando autoras como Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Madeleine Leininger, Afaf Ibrahim Meleis, Patricia Benner y Julia Lipson, entre otras, propusieron diversos trabajos y teorías de modelos de enfermería (Aimar, Videla y Torre, 2006; Castrillón, 2001; García-Carpintero, 2007). Esta metamorfosis, tal y como afirmaba Castrillón en el año 2001, reside en el saber propio de la disciplina, “a partir de la articulación de teorías generales; investigación en el territorio del cuidado, los cuidadores, las vivencias de los procesos vitales o de sus transiciones y la práctica fundamentada en evidencias” (5).

La enfermería inicia una transición de vocación a profesión mediante la combinación de la teoría, la investigación y la práctica. De esta manera, pasa de ejecutar tareas a realizar una actividad intelectual, de satisfacer órdenes a controlar su procedimiento de trabajo con autonomía. Muchos de los modelos teóricos de la enfermería se han cimentado en otros campos disciplinares y han trasladado sus principios al contexto de la enfermería; todo ello, sumado al hecho de que el cuidado ha sido considerado históricamente carente de sistematización, en la mayoría de los casos, apoyado en conocimientos basados en otras disciplinas y para satisfacer propósitos de éstas mismas, han hecho que se dude de la existencia de la disciplina (Aimar, Videla y Torre, 2006; Castrillón, 2001; Donaldson & Crowley, 1978).

Se puede declarar que la enfermería posee dos grandes dimensiones: la disciplinaria y la profesional. La profesión afronta el ejercicio de la práctica, mientras que, la disciplina, se responsabiliza de desarrollar conocimiento para

que la profesión progrese y vaya perfeccionándose de forma progresiva. Aunque la disciplina y la profesión se encuentran estrechamente unidas y reciben una influencia mutua, deben distinguirse la una de la otra. El hecho de considerar la disciplina como cuerpo de conocimiento separado de las actividades de los participantes ha contribuido al hecho de que la enfermería se haya considerado una vocación y no una profesión. Como consecuencia de lo anterior, se ha dudado de si realmente existe la disciplina de enfermería o no. (Donaldson & Crowley, 1978). En palabras de Velandia, “si los conocimientos que genera la disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente, lo que limitará la evolución de la profesión” (2000). La disciplina profesional y la práctica profesional han evolucionado independientemente como consecuencia de las necesidades de la sociedad; de ahí la confusión existente en considerar una distinta de la otra. Sin embargo, como afirmaba Velandia en el año 2000, “teoría y práctica no pueden ser entidades mutuamente excluyentes, las dos son inseparables” (31). El proceso de mejora profesional implica la instauración de conexiones entre el conocimiento que sirve de base para la práctica profesional y el conocimiento en las disciplinas académicas (Donaldson & Crowley, 1978: 44).

Una disciplina se caracteriza porque sus miembros comparten creencias y valores en relación a su razón de ser; un conjunto de conocimientos que se desarrollan a partir de una forma particular de ver un aspecto. Una disciplina tiene una base de estos anteriores distintos a otras disciplinas, por lo tanto, posee una perspectiva diferente, materia propia que se basa en un foco, una razón de ser, un dominio en la investigación y una relevancia social (Nájera, 2010; Newman, Sime & Corcoran-Perry, 1991; Newman, Smith, Dexheimer Pharris & Jones, 2008). Marie Françoise Collière aporta en 1993 (citado en Velandia, 2000: 35) con respecto a esta cuestión que “la clave de la evolución de la profesión parece estar en aclarar la evolución de los cuidados de enfermería, no trazando un perfil de lo que es, lo que debe ser o en lo que se debe convertir el/la enfermero/a, sino identificando la naturaleza, la razón de ser, el significado, la valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a los necesitados de cuidados”.

La disciplina ha ido transformándose conforme han ido evolucionando las corrientes de pensamiento o paradigmas. En la década de los años ochenta, el pensamiento estaba orientado hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. La salud era concebida como la ausencia de enfermedad y el origen de ésta última se reducía a una causa única. Las competencias de las enfermeras se caracterizaban por “hacer para las personas”. Asistimos después a una corriente de pensamiento en la que la salud es concebida como una experiencia humana que se integra en la vida de la misma persona que evoluciona en un entorno particular. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud y la salud va más allá, siendo un aspecto significativo de cambio de la persona. Además, se hace presente una corriente de pensamiento en la que se produce un cambio total de mentalidad en el que los fenómenos son únicos; son unidades globales en interacción recíproca y simultánea con una unidad más grande, el mundo que le rodea (Kérouac et al, 1996: 88).

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett examinó en el año 1984 los documentos de distintas teorizadoras de enfermería y reconoció que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno, ya sea de manera explícita o implícita, aparecen en todos ellos. Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera (citado en Kérouac et al, 1996: 130). En términos de Kérouac et al., “la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud” (1996: 132). Puesto que el centro de interés de la disciplina enfermera se refiere a la esencia, esto es, al cuidado, la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Asimismo Fawcett, en uno de sus libros publicados en 2005, también se basa en la creencia de que la enfermería es una disciplina profesional. Así, el conocimiento de enfermería evoluciona con la finalidad de comprender lo que sucede en el encuentro entre una enfermera y un receptor de la enfermería. Sin embargo, para lograr esta comprensión, es necesario orientar nuestro proceder

dentro de “un marco de referencia, de un horizonte de expectativas” (Popper, 1965, citado en King & Fawcett, 2005: 34).

De esta manera, para poder comprender la disciplina de enfermería, el conocimiento de la misma se ha jerarquizado en una serie de componentes. El primer componente de la estructura jerárquica del conocimiento en enfermería es el metaparadigma. Se trata del elemento más abstracto del mismo, el modo de ver y entender el mundo, la perspectiva de conjunto de la disciplina. Fue Hardy quién en 1978 lo definió como “el más amplio consenso dentro de una disciplina que proporciona los parámetros generales del campo y ofrece a los científicos una orientación general desde la que trabajar” (citado en King & Fawcett, 2005: 189). En el año 1989, Kim hacía referencia a sus competencias como “las funciones de resumir las misiones intelectuales y sociales de una disciplina y establecer un límite en el tema de la misma” (citado en King & Fawcett, 2005: 87).

La filosofía es el segundo componente en la jerarquía del conocimiento en enfermería (King & Fawcett, 1995: 192). Una filosofía puede ser definida como “una declaración de creencias y valores” (Kim, 1989, Seaver & Cartwright, 1977; citado en King & Fawcett, 2005: 193). La filosofía orienta los valores y creencias de la disciplina para que ésta consiga su avance y pueda seguir desarrollándose.

El tercer componente de la jerarquía es el modelo conceptual (King & Fawcett, 1995: 194). Se trata de una representación abstracta de una perspectiva de la disciplina. Éste dirige la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados en enfermería (Adam, 1991, citado en King & Fawcett, 1995: 194-195).

El siguiente componente en la jerarquía estructural del conocimiento en enfermería es la teoría. Una teoría es “un conjunto de enunciados y proposiciones, formados por conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera coherente y sistemática que tienden a describir, explicar o predecir un fenómeno de interés para la disciplina”, la cual se genera y comprueba a través de los indicadores empíricos, que conforman en quinto y

último componente de la jerarquía estructural del conocimiento en enfermería (King & Fawcett, 1995: 196-197).

Según Durán de Villalobos (citado en Aimar, Videla y Torre, 2006) el crecimiento de nuestra disciplina radica en parte, “en el desarrollo de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería, pero, más que todo, en aquel conocimiento que permita ser la base de la práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que maneja la enfermería” (33).

Pese a que se ha avanzado para que la enfermería pueda consolidarse como disciplina, deberá seguir fortaleciendo su cuerpo de conocimientos y teorías en las que basa su quehacer para que, de este modo, logre hacer de su práctica algo con más propósito, valorado por la sociedad y con identidad propia.

Está claro que cuidar es inherente a la humanidad. Si todos cuidamos, ¿qué nos hace diferentes a las enfermeras? La esencia de los seres humanos es proteger y cuidar los unos de los otros. Como afirmaba el filósofo alemán Heidegger en su obra *Ser y Tiempo*: “Desde el punto de vista existencial, el cuidado se encuentra a priori, antes de toda actitud y situación del ser humano, lo que significa que el cuidado está presente en toda actitud y situación de hecho” (59); esto es, el cuidado está en la esencia de nuestra humanidad; sin él dejaríamos de existir. La palabra *cuidado* procede del término latino *cura* y se refiere a una actitud de preocupación, desvelo, protección y atención con relación a alguien con el cual nos encontramos unidos por los vínculos de parentesco, amor o proximidad. Sin embargo, el cuidado es más que un acto instrumental: es una actitud, porque representa responsabilidad y preocupación, ya que somos seres hechos para el cuidado propio y ajeno.

Además, en el cuidado hacia el desconocido se ponen en práctica nuestras actitudes y virtudes de altruismo, convivencia, hospitalidad y generosidad como seres en íntima interacción con los otros. Por otro lado, el cuidado hacia los desconocidos me permite descubrirme como ser social y como parte inherente de la comunidad que habito.



Pero, ¿cómo se caracteriza el amor humano? Leonardo Boff, (1999: 25) nos dice que “lo que es especialmente humano en el amor no es el amor, sino lo que hacemos en el amor en cuanto a humanos”. El amor es un fenómeno universal que nos define como seres sociales constituidos por el manantial de la hospitalidad y la generosidad hacia nuestros semejantes. Llevamos el cuidado en nuestra constitución biológica porque poseemos los mecanismos cerebrales para cuidar y permitir que nos cuiden tanto los cercanos como los lejanos.

Así que por el sentido de la reciprocidad y la ayuda mutua estamos obligados ética y moralmente a cuidar y proteger del desconocido que sufre; porque como decía el filósofo español José Ortega y Gasset “la cultura es un acto de bondad, más que de genio” (1990: 117).

Cuidamos, nos cuidamos y nos cuidan, al igual que amamos, nos aman y amamos cada día, porque somos seres humanos vulnerables, frágiles y finitos hechos y necesitados para el amor y el cuidado. Además, el amor y el cuidado son el núcleo de nuestra humanidad, de nuestra convivencia y nuestro bienestar. Así que debemos amar y cuidar todo lo que nos rodea, y a todos aquellos que están a nuestro lado, porque está en nuestra naturaleza, porque es la forma de asegurar nuestra supervivencia y también porque es gracias al amor y el cuidado que podemos tener un buen vivir y hasta un buen morir.

Gândara afirmaba en el año 2008 (196) que el cuidado de enfermería “es una actividad humana que comporta en una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado”. De lo anteriormente expuesto, se puede deducir que el cuidado no puede valorarse estrictamente (Davis, 2005) y que comprende tanto el aspecto instrumental, como el existencial (Lea, Watson & Deary, 1998). A pesar de las afirmaciones en las que se relacionan el cuidado y la enfermería, coincido con la visión de Collière (1981) y Adam (1982) que declaran la existencia de dificultades para especificar de manera homogénea la naturaleza del cuidado. Madeleine Leininger destaca que el cuidado depende del contexto en el que se produce, lo cual establece ciertos obstáculos para perfeccionar una ciencia exacta del cuidar (Leininger, 1978). Jean Watson, una de las más destacadas teóricas contemporáneas de enfermería, considera el cuidado como el valor fundamental de la enfermería y un encuentro absoluto la relación que se

establece entre el profesional y la persona receptora de cuidado (Watson, 1985; Watson, 1994; Watson, 1999; Watson, 2004). En la misma línea, el filósofo Martín Buber (1970), exterioriza la importancia de la existencia de una relación personal entre ambos. Esta relación queda denominada relación yo-tú, opuesta a la relación yo-ello en la que la persona receptora de cuidado se evidencia como un objeto de atención más que como una persona. Esta relación dialógica (Buber, 1974, c.p. Medina, 1999) refleja, no solo la actividad instrumental de la enfermería, sino la capacidad humana que evidencia. Como afirmaba Buber en el año 1949, “el hombre no puede hacerse enteramente hombre mediante su relación consigo mismo sino gracias a su relación con otro *mismo* (...). Ya puede ser éste tan limitado y condicionado como él; en la convivencia se experimenta lo ilimitado y lo incondicionado” (93).

En la misma línea Heidegger declaraba que “una relación puramente técnica no puede ser esencial, porque en ese caso no entra en la relación con todo el ser y toda la realidad de las cosas con las que tenemos tal relación sino, únicamente, su aplicabilidad para un fin determinado, su adecuación técnica” (p.54). Una relación esencial con las cosas no puede ser otra sino aquella que contempla y se inclina hacia las cosas en su esencialidad. Sin embargo, tampoco en el caso de la existencia cotidiana resulta verdadero que las cosas en ella solo se nos den como instrumentos. Lo técnico no es más que lo fácilmente abarcable, fácilmente explicable, lo coordinado. Si aplicamos esta idea de Heidegger con la enfermería, ésta no debe ser una disciplina meramente técnica ya que perdería su esencialidad y su funcionalidad. Tampoco ha de quedarse relegada a un ámbito meramente instrumental al servicio de otra.

De la misma manera que los autores anteriores destacan la noción de cuidado basada en las relaciones humanas, Paterson y Zderad (1979) sostienen que la base del cuidado se sostiene en el encuentro entre personas, esto es, entre el profesional de enfermería y el paciente, el cual acontece en un momento, espacio y con una finalidad específicos. Esta percepción de cuidado se define como una experiencia existencial vivida por el profesional de enfermería y por el propio paciente y pretende conceder una determinación a la experiencia fenomenológica experimentada por ambos. En este encuentro,

ambas personas se sienten afectadas de la misma manera y la relación va más allá del encuentro entre sujeto y objeto. Desde esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial al mismo tiempo que se identifica su conducta como un proceso de crecimiento personal (Peplau, 1990: 48). En esta interacción que se produce, se origina la ocasión de poder estar con la otra persona. Sin embargo, para que se produzca el estar con “es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional” (Scheefer, 1987, p.61). Este momento debería ampliar la conciencia de ambos, pero para conseguirlo es necesario la coherencia y la autenticidad existente entre el pensar y el hacer del profesional, que se caracterice por una presencia genuina y un compartir verdadero (Paterson & Zderad, 1988).

El acto de cuidar, por tanto, significa prestar una especial atención a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. La práctica del cuidado de la salud debería ser entendida como un asunto humano basado en las relaciones humanísticas que se establecen entre los profesionales de enfermería y las personas que requieren atención. Sin embargo, para lograr alcanzar esta relación humanista con la persona que sufre, es importante que la enfermera comparta solidariamente la condición humana con el enfermo. El acto de cuidar, por tanto, proporciona especial importancia a la relación entre el enfermero/a y el paciente y da por supuesto el encuentro entre estas dos personas (Medina, 1999: 56-66).

Mayeroff manifiesta que “el ser humano vive del significado de su vida a través del cuidado”. Asimismo Collière postula la provisión de cuidado por parte del ser humano como hecho “inevitable para la supervivencia y la continuidad de la vida”. Es en ese vivir, al estar arrojado al mundo, cuando surgen las necesidades que el ser humano debería solventar a través del cuidado (Collière, 1991; Orem, 1993).

Por su parte, Mayeroff (1971: 49) refleja en alguna de sus definiciones que el cuidado es algo más que un encuentro técnico cuando afirma que el cuidado se fundamenta en una ayuda, pero una ayuda que permite el desarrollo y la

actualización del propio yo. Igualmente, éste ha de basarse en una confianza, sin ella, no puede darse. Al igual que una amistad verdadera se sustenta en la confianza mutua y produce una transformación profunda y cualitativa de dicha relación. Por lo que cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea, ni una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien. En definitiva, son todos aquellos actos que hacen que nuestra vida merezca ser vivida. El hombre es un ser biológico y cultural que habita en un universo de lenguaje, de ideas y de conciencia. Sin embargo, el paradigma que ha imperado durante cientos de años, el de la simplificación, ha obligado a separar ambas dimensiones, o a reducir la más compleja a la menos compleja (Morín, 1998: 20).

Partiendo de los principios anteriormente enunciados para poder comprender el proceso actual por el que está atravesando la persona a estudio, es imprescindible conocer su historia, así como el desarrollo de la misma. El estudio de cualquier experiencia humana ha de ser, por necesidad, multifacético. Se sabe que la mente humana no existe sin tradiciones familiares, sociales genéricas, étnicas, que solo hay mentes encarnadas en cuerpos y culturas y que el mundo físico es siempre el mundo entendido por seres biológicos y culturales.

A lo largo de cientos de años se ha estudiado al hombre biológico en los departamentos de biología como un ser anatómico y fisiológico, mientras que el hombre cultural se ha examinado en los departamentos de ciencias humanas y sociales. Tal y como afirma Morín, “olvidamos que uno no existe sin el otro; más aún, que uno es, al mismo tiempo, el otro, si bien son tratados con términos y conceptos diferentes” (Morín, 1998: 89).

En la antigüedad, en Grecia, se contemplaba al ser humano desde todas las disciplinas, culturales y biológicas, sin separar unas de otras. Se estudiaba conjuntamente tanto una cosa como otra. Fue siglos más tarde y, en la actualidad, cuando se han concebido como cosas incompatibles y diferentes. Así, el ser humano es uno pese a la multidimensionalidad que pueda tener. Esta

multidimensionalidad del ser humano hace de éste un ser complejo, generalista, dinámico y polivalente (Mayeroff, 1971: 75).

Diferentes autores (Morín, 1998; Vilar 1997) han tratado de poner de manifiesto la necesidad de un paradigma que contemple la unidad, la totalidad, la no divisibilidad del individuo, evitando así las fragmentaciones culturales y microespecializaciones que van a dificultar el conocimiento del mismo y que, a su vez, sea flexible a los pequeños cambios. Diferentes autores han tratado de definir el concepto de complejidad (Morín, 1998; Vilar, 1997). De entre éstos, Vilar (1997) entiende por complejidad: "un fenómeno es el compuesto por una gran variedad de elementos que mantienen entre sí una gran variedad de relaciones, con interacciones lineales y no lineales, sincrónicas y diacrónicas, la evolución de cuyo conjunto es imprevisible, incluso cuando su autoorganización se orienta por acciones teleológicas, finalitarias" (24). De acuerdo con la definición propuesta por Vilar (1997), se puede afirmar que el ser humano responde a los patrones de este paradigma. La gran variedad de elementos que lo componen, las interacciones tanto internas como externas a las que se ve sometido, se mantienen de forma general a lo largo de los años. A pesar de que su evolución es imprevisible (como ocurre en el caso de la enfermedad), puede producirse la ruptura de la unidad produciendo el caos y el desorden (Cortés, 1997). A pesar de ello, la visión actual del sujeto dentro del campo sanitario, como consecuencia de los avances tecnológicos en la medicina, está cargada de un gran reduccionismo.

En esta posición reduccionista, el sujeto es visto como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido (Medina, 2003) Asimismo, los instrumentos utilizados para la obtención de datos mantienen ese reduccionismo. La utilización de un instrumento adecuado como es la historia oral, permite el conocimiento global del paciente, la posibilidad de conocer el carácter subjetivo, personal e íntimo de sus memorias y opiniones, captando todas sus dimensiones, así como el significado y la interpretación que éste tiene con respecto a un acontecimiento (Siles, 1999). Según Prigogine (visto en Vilar, 1997) "no se puede comprender un sistema complejo más que refiriéndose a su

historia y su transcurso" (56). Asimismo, Bohr afirma que: "solo la totalidad conduce a la claridad" (1985, 42). El principio de globalidad propuesto por Vilar (1997), señala que, "el todo es inexplicable sin referirlo a las partes, del mismo modo que las partes son incompresibles sin relacionarlas en el todo" (22).

Este proyecto de investigación trata esencialmente de exponer la forma de entender el cuidado desde los valores de la práctica profesional y de las relaciones humanas que se establecen entre el profesional de enfermería y la persona receptora de cuidado. Quisiera dirigir una mirada hacia el cuidado de enfermería como arte, siendo mi verdadero deseo que este trabajo sirva como estímulo para que, en los profesionales de enfermería, se manifieste la necesidad de educarse y formarse en una moral de cuidado humanista. Esta formación nos capacitará para valorar a la persona centrándonos en sus necesidades y nos aportará las herramientas indispensables para desarrollar una competencia relacional, a la vez que proporcionamos un cuidado compasivo y sensible (Medina, 1999: 53), alejándonos de los síntomas y el cuidado exclusivamente tecnológico (Medina, 1999: 53-54).

Tal y como manifiesta Allué, en determinadas ocasiones (1997), la persona receptora de cuidado es examinada por parte de los profesionales de enfermería como un cuerpo enfermo, desestimando la experiencia vivida, hecho que provoca la descontextualización de la situación de cada persona. El paciente crítico experimenta entonces, tal y como describe esta misma autora, "una sensación de retorno a la infancia, porque la UCI es el tránsito de la dependencia corporal intensa a la vida más o menos autónoma" (1997: 32). La descontextualización de la situación de la persona a la que nos referíamos en líneas precedentes, contrasta inmediatamente con la dedicación intensiva que brindan los profesionales de enfermería de cuidados críticos (Allué, 1997), siendo ésta imprescindible, pero no exclusiva. Ahora que determinadas cuestiones técnicas están siendo resueltas, se puede incidir más ampliamente en los aspectos interaccionales del cuidado (Allué, 1997). Tal y como afirmaba Allué en 1997, "las aristas del sufrimiento no se llegan a entender ni a resolver porque se sacrifican en aras a una respuesta tecnológica avanzada que sana y

salva al enfermo, pero no evita el sufrimiento, parámetro que parece seguir estando indefinido en el contexto del paciente crítico” (34).

Basándome en el discurso que Anne J. Davis, profesora emérita de la Universidad de California, pronunció en Barcelona en el año 2005 acerca del acto y la ética del cuidar en el siglo XXI, desearía insistir en la idea de que, los profesionales de enfermería pretendemos ser competentes, y realmente cuando nos encontramos ante un profesional que sí que lo es, lo reconocemos enseguida. Pero, la pregunta que realiza Anne J. Davis en su discurso, la cual nos invita a reflexionar acerca de la naturaleza de nuestra profesión, es la siguiente: “¿Qué significa ser competente?” (Davis, 2005: 2). En la bibliografía, una de las principales características necesarias contiene la noción de cuidado. Pero, “¿cuáles son estas características que presentan las enfermeras competentes que nos permiten decir que están cuidando?” (Davis, 2005, 2). El concepto de cuidado ha constituido el eje central de la disciplina enfermera durante décadas y su significado ha girado en torno a dos acepciones que, aunque diferentes entre sí, se encuentran relacionadas. Mientras que el primer significado tiene la connotación de “cuidar a alguien o proporcionar cuidados”, el segundo fundamenta la concepción de “preocuparse/interesarse por” (Davis, 2005: 3).

El primer significado evidencia la realización de actividades para o con otras personas que se cree que son favorables para ellas. Este concepto de cuidar implica la existencia de dos personas cuya conexión está determinada por el compromiso y la responsabilidad que tiene una de ellas de dar respuesta a la otra. En este sentido, las enfermeras se inclinaban hacia este significado cuando se describía la naturaleza del cuidado (Davis, 2005: 3-4).

El segundo significado de la noción de cuidar revela el compromiso de una persona con otra y cómo la primera procede con la segunda. Comprende una respuesta afectiva que implica una preocupación por el otro. Igualmente, garantiza una especial consideración por la relación y la atención de las necesidades de la persona receptora de cuidado. Tal y como afirmaba Davis en 2005, la buena enfermera presta un cuidado eficaz cuando éste se sustenta en una visión de la propia enfermera como persona que empatiza con la situación

que experimenta su semejante que sufre. Nos estamos refiriendo, por tanto, a la dimensión psicosocial de la relación entre la enfermera y el paciente y también a la inteligencia emocional. Este significado de cuidar ha sido el predominante durante los últimos veinte años. Diversas autoras proponen la función de enfermería desde la dimensión ética de su práctica (Beauchamp y Childress, 1999; Feito, 2005; Torralba i Roselló, 1999) por estar intrínsecamente relacionada con la esencia de la persona.

Siguiendo con esta argumentación y volviendo al discurso de Anne J. Davis, al que ya he hecho alusión en líneas precedentes, el cuidado y la ética del cuidar presta especial importancia a la relación que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente y da por determinada la existencia de una relación entre ambos (2005). Davis plantea en su discurso la contingencia de la existencia de una relación de cada profesional con cada paciente. Yo, en la misma línea, también me hago estas preguntas: ¿cuidan los profesionales de enfermería en la UCI?, si es así, ¿cómo cuidan? Las enfermeras, ¿cuidan a las personas críticamente enfermas como sujetos o les tratan como objetos? (González, 2008: 90). Aunque la persona interactúa con múltiples profesionales de enfermería a lo largo de su estancia en la UCI, ¿posee una relación con cada uno de ellos?, ¿todas las personas receptoras de cuidado necesitan de esa relación? (Davis, 2005). Esto va a depender de cómo definamos el cuidado y las relaciones interpersonales. Además, sería necesario determinar también lo que para ambos es importante y las expectativas que presentan con respecto a la interacción que establecen ambos (Davis, 2005). Por lo tanto, además de la importancia de lo anteriormente expuesto, y puesto que el cuidado se da en un contexto determinado, éste deberá ser estudiado ya que, como afirmaba Leininger en 1978, el cuidado depende del contexto en el que se produce, lo que provoca una gran dificultad para conceptualizar una valoración teórica del mismo (Dreyfus, 1968, visto en Davis, 2005: 4). Como consecuencia, el contexto de una relación enfermero/a-paciente debe ser examinado no solo como un modelo, sino también como un elemento de la realidad de la práctica profesional de la enfermería (Davis, 2005).



Así surge la percepción previa guía en la que nos apoyamos durante la realización de este proyecto de investigación. Ésta sostiene que el cuidado está focalizado en la realización de técnicas y procedimientos complejos, habiéndose producido el abandono de la dimensión emocional de la persona. Esta cuestión prueba la existencia de una cosificación en el trato, reduciendo exclusivamente la concepción de la persona enferma, a un cuerpo enfermo. Por tanto, mi deseo radica en escuchar la voz de los profesionales con el propósito de, por un lado, conocer la relación existente entre la teoría del cuidado y la práctica enfermera, explorar el significado que las enfermeras le otorgan al acto de cuidar, sus experiencias y las estrategias que utilizan para enfrentarse a las dificultades de la profesión. Por otro lado, conocer la formación pregrado que, sobre el cuidado integral, se les ha impartido en la Universidad, así como la que el hospital imparte en esta misma línea. En última instancia, mi deseo se fundamenta en la exploración de las experiencias personales de las enfermeras, las relaciones entre profesionales y cómo éstas influyen en el cuidado, así como si realizaban una descripción del contexto como un entorno particular.

### **1.3. Contextualizando el tema a investigar**

#### **1.3.1. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

Una UCI, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), se define como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico” (2010: 6).

Existe cierto debate que gira en torno al origen de la UCI a nivel mundial. En cualquier caso, Florence Nightingale ha sido considerada una de las precursoras de la terapia intensiva. Durante la guerra de Crimea, esta enfermera

consideró la agrupación de los heridos según el nivel de gravedad, relegando los más casos más comprometidos a las profesionales con mayor conocimiento y experiencia. Posteriormente, los cuidados de enfermería se organizaron según las necesidades que presentaban cada uno de los afectados (Hilberman, 1975).

En la década de los años sesenta se fundaron las primeras unidades de cuidados intensivos neonatales. En un intento por evitar la transmisión de determinadas enfermedades en los sistemas inmunitarios aún sin madurar, se establecieron políticas restrictivas de visita. Además, la perseverancia de los profesionales sanitarios por asegurar el descanso de la persona enferma y sus familiares frente a las múltiples visitas que recibían, no hizo sino acrecentar este tipo de políticas prohibitivas (JBI, 2010).

El paciente en estado crítico es aquel que se encuentra en una situación clínica en la que presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones fisiopatológicas, poniéndolo en potencial o real compromiso vital y, al mismo tiempo, es susceptible de recuperación. La UCI es el lugar donde se encuentran la mayor parte de este tipo de pacientes. Actualmente, cada año en las UCI españolas ingresan 240000 personas y la tasa de supervivencia ronda el 87%.

Efectivamente, los avances tecnológicos han posibilitado la supervivencia de personas críticamente enfermas. Este progreso científico-tecnológico ha supuesto una revolución que ha permitido avanzar de manera vertiginosa a la humanidad durante este último siglo, convirtiéndose la Medicina Intensiva “en uno de los mayores exponentes/símbolo” de las últimas tecnologías (Iglesias, Gómez y Hernández, 2017). No obstante, el progreso tecnológico no ha avanzado de una forma equivalente que los aspectos humanos. ¿En qué me baso para decir esto? La literatura habla de necesidades que expresan los pacientes, la familia y los profesionales, algunas de las cuales continúan sin paliarse.

La formación de enfermería centrada durante décadas en el desarrollo de habilidades técnicas y no tanto en contenido filosóficos o antropológicos, puede concluir con la existencia de profesionales de enfermería con un elevado cuerpo

de conocimientos científicos y habilidades técnicas, pero con dificultades para cuidar a la persona atendiendo a su integralidad (Santos, 2003). En un contexto altamente tecnológico como constituye la UCI, la humanización del cuidado requiere de la consideración del desarrollo tecnológico como medio, y no como un fin, para el cuidado de las personas (Arredondo y Siles, 2009).

Las unidades de críticos han confeccionado una construcción de cuidados que han supuesto oportunidad y esperanza para las personas. El desarrollo de la especialidad de críticos y de los diversos avances tecnológicos han supuesto una disminución de la mortalidad y, en la actualidad, muchas de las personas que ingresan en este emplazamiento, sobreviven. Entonces, ¿cómo pueden ser estas unidades descritas, como algunos pacientes han referido, sucursales del infierno? (Rojas, 2019).

La persona enferma que ingresa en una UCI, al igual que su familia, entienden la estancia como una amenaza. La persona críticamente enferma se convierte en un elemento de estudio facultativo, abstraído por el sistema sanitario. Los pacientes son desvestidos física y metafóricamente y, aunque están perfectamente identificados mediante una pulsera, son despersonalizados por el sistema, que se olvida de sus necesidades emocionales y los convierte en *objeto de estudio médico*. Los hospitales son lugares hostiles y el paciente y su familia perciben el ingreso con angustia y preocupación ante la enfermedad. La incertidumbre y el desconsuelo constituyen una constante debido a las características arquitectónicas y organizativas de la unidad, a la hostilidad constante por la gravedad de su proceso y a la cercanía a la muerte. A ello hay que sumarle la luz excesiva, el ruido, la alteración que provoca la medicación, el dolor, la dificultad para dormir y la política restrictiva de visitas existente en la mayoría de las UCIs de nuestro país (Iglesias, Gómez y Hernández, 2017; Santos, 2003).

### **1.3.2. Mecanismos de afrontamiento del ingreso en la UCI**

El ser humano suele identificarse con una imagen mental de sí mismo y con los procesos intelectuales y emocionales que van asociados a esa imagen

(Wilber, 1979). Esta imagen suele estar condicionada por todo cuanto le ha acontecido en el pasado, por lo que está viviendo en este mismo instante y por sus expectativas futuras. De esta forma, creamos un autoconcepto de nuestras experiencias. No podemos negar que nos convertimos en lo que vemos, en lo que hacemos y en lo que miramos. Nuestros sentidos nos construyen una imagen del universo y del papel que jugamos en él. Puede que el día de mañana todo cuanto quede de nosotros sea un recuerdo de aquello que hemos sido o de aquello que hemos realizado. Ya los antiguos vinculaban el recuerdo a los sentimientos. El recuerdo está relacionado etimológicamente con *corcordis*: corazón. Era este órgano donde se encontraba la facultad de recordar. Recordar consistía en exteriorizar aquello que teníamos intrínseco, aquello que sale de lo más hondo de uno mismo y que se realiza con entrega y entusiasmo. Es decir, era una facultad racional pero estrechamente ligada a las facultades emocionales y sensoriales. Aquello que se recuerda, es lo que te ha llegado al corazón, lo que ha penetrado por medio de las emociones. ¿Por qué no propiciar que queden estos recuerdos en los pacientes?

El entendimiento de la experiencia expresada en primera persona por las personas enfermas, hace que entendamos mejor su proceso y ello nos acerca a sus necesidades y esto hace que nos planteemos nuestras acciones en torno a esto. Hagland (citado por Russell en 1995) declara que en el momento en el que se contemplan las vivencias de las personas, las enfermeras pueden progresar en la calidad del cuidado. Cabe añadir que se han realizado estudios en los que se ha analizado la percepción de personas enfermas y profesionales y éstas han sido diferentes dependiendo de unos y otros, puesto que la misma cuestión ha sido tratada desde diferentes perspectivas y se le han asignado diferentes significados. Cabe citar que existen determinados estudios en los que se ha preguntado a pacientes y enfermeras sobre una misma realidad, se han obtenido resultados distintos, ya que la percepción de unos y otros ha sido diferente. De ahí se desprende la importancia que tiene, para las enfermeras y el resto del equipo, el conocer lo que realmente perciben o experimentan los pacientes. El conocimiento por parte de los profesionales de enfermería de las experiencias vividas por los pacientes contribuye, sin ninguna duda, a una mejor comprensión

de su proceso de salud. Ello permitirá perfeccionar todas las intervenciones de enfermería e, incluso, introducir otras nuevas.

Basándonos en el discurso de Patricia Benner, el cuidado establece una distinción significativa sobre aquello que es fundamental para cada persona y éste mismo está dirigido en dirección a las necesidades fundamentales en base a su mundo vivencial, es decir, los cuidados deben proporcionarse individualmente.

Por lo tanto, practicar el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo (Benner, 1984). Tal y como afirma Peplau (1990), comprender la vivencia desde la perspectiva de la persona es una cuestión imprescindible para que la enfermería ejerza como una fuerza terapéutica y educativa. Es éste el único método para que el individuo experimente un crecimiento en todas sus dimensiones. La misma autora afirma que, “cuando una enfermera permite al paciente expresar lo que siente y brinda además la ayuda necesaria, el paciente puede sentir la experiencia de la enfermedad como una experiencia que reorienta los sentimientos y fortalece los elementos positivos de su personalidad” (Peplau, 1990: 26).

Dilthey (1944), considerado el fundador de la corriente filosófica identificada como descriptiva o de la comprensión, afirma que “la experiencia concreta de las personas representa el único punto de partida admisible para desarrollar las ciencias humanas” y que “la vida debe ser entendida a partir de la propia experiencia de la vida” (104). Mientras las ciencias naturales generan conocimiento a través de la explicación de la naturaleza, buscando lo general, las ciencias humanas lo hacen a través de la comprensión de las expresiones de la vida. El concepto clave de las ciencias humanas es el entendimiento o la comprensión.

La formulación hermenéutica de Dilthey enfatiza tres conceptos claves: la experiencia, la expresión y la comprensión.

El concepto de experiencia expresado por Dilthey adelanta uno de los aspectos centrales de la filosofía de Heidegger. La experiencia representa una experiencia vivida en su inmediatez, un ámbito previo al pensamiento reflexivo.

Entonces, la experiencia representa un ámbito en el cual el mundo y nuestra experiencia de él se hallan todavía unidos. En su unidad de sentido, la experiencia integra tanto el recuerdo que proviene del pasado, como la anticipación del futuro. Entonces este contexto temporal es el horizonte dentro del cual es interpretada toda percepción del presente. Tal y como afirmaba Dilthey (1944) “ello significa que solo entendemos el presente, en el horizonte de pasado y futuro, o sea es contextual”.

El segundo término clave de la hermenéutica de Dilthey, es el de expresión. Por ella se entiende cualquier objetivación que refleje la huella de la vida interior del ser humano. Interesan las expresiones de la vida. Estas son las objetivaciones de la cotidianidad e interpretarlas es descifrar el sentido de la vida de las que ellas son portadoras. Es por ello que en la filosofía hermenéutica, el diálogo y la conversación en la relación interpersonal constituyen prácticas que permiten descifrar la experiencia humana.

El tercer término de la hermenéutica de Dilthey es el de comprensión o entendimiento. El acto de comprender, “implica una apertura intelectual o cognoscitiva, afectiva y volitiva, al complejo mundo de las experiencias humanas, pues es el ser humano entero, todo su ánimo, el que comprende” (Dilthey, 1944). El análisis de esta perspectiva propone diversas características que lo podría denominarse cuidado comprensivo de enfermería (Rivera y Herrera, 2006). Si enfermería se considera una ciencia humana, preocuparse de la salud del ser humano, es comprender en primer lugar sus experiencias o vivencias con respecto a su salud. La experiencia permite construir el significado que la persona atribuye a la experiencia y es a través de la relación interpersonal que se establece, cuando el profesional de enfermería estimula la movilización del sujeto desde la parálisis que provoca la condición desfavorable de salud, hacia acciones que abren nuevas posibilidades. Esta perspectiva filosófica confirma la necesidad de abordar el cuidado de manera holística, lo que habitualmente no ocurre, ya que “tenemos preestablecidos diagnósticos, tratamiento, planes de atención, de educación y hasta respuestas esperadas, construidas solo desde lo cognoscitivo (...) (Rivera y Herrera, 2006, p. 161).

### **1.3.3. Vivir la UCI**

Sea cual sea el nexo con el medio hospitalario, éste suscita inquietud. Cuando esta conexión se traduce en un ingreso hospitalario, el sentimiento de intranquilidad aumenta y si éste se produce en la UCI, se pigmenta de un significado absolutamente negativo, tanto para la persona enferma como para su familia (Bernat, Ballester y Abizanda, 2012; Fernández, Machado, Fernández, Salazar, 2013; Martínez y Llauradó, 2017).

El paciente en estado crítico es aquel que se encuentra en una situación clínica en la que presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones fisiopatológicas, poniéndolo en potencial o real compromiso vital y, al mismo tiempo, es susceptible de recuperación. La persona críticamente enferma experimenta una serie de sensaciones traumáticas: miedo, desamparo, soledad, desorientación, dolor y angustia como consecuencia de las connotaciones negativas que supone el ingreso en esta unidad. La dinámica de trabajo, la situación del paciente, la inmediatez de las respuestas exigidas y la dificultad en minimizar ruidos, convierten a la UCI en un entorno impersonal, tecnológicamente invasivo y ciertamente estresante, que rompe la conexión de la persona con su entorno. El ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo. La impotencia, el miedo y la ansiedad son constantes debido a que se encuentran en un ambiente extraño y desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, a la vez que son sometidos a numerosas técnicas invasivas dolorosas y sienten que la muerte puede estar cerca.

### **1.3.4. Experiencias y sentimientos en los pacientes hospitalizados en UCI**

#### **1.3.4.1. Dolor en UCI**

Uno de los elementos que las personas críticamente enfermas vinculan a su estancia en la UCI, es el dolor (Fernández, Machado, Fernández y Salazar, 2013; García-Ramírez, Valenzuela-Molina, Zazueta-Araujo, López-Morales, Cabello-Molina, Martínez-Hernández-Magro, 2018; Gómez, Monsalve, Soriano y

de Andrés, 2007). El dolor ha sido descrito, en ocasiones, como insoportable y conexo a la sospecha de amenaza de muerte inaplazable (Barbosa y Azevedo, 2006).

Hewitt (2002) declara que el dolor continúa constituyendo el elemento más abrumador en la UCI desde la perspectiva de la persona enferma. Asimismo, Novaes et al. analizaron los estresores de carácter físico y psicológico y *tener dolor* fue calificado como el más aflictivo (1997). Aunque se trata de una cuestión con una elevada incidencia en la UCI, existen limitados estudios que aborden dicho aspecto.

Chong y cols. (2004) manifiestan que en diversos estudios multicéntricos la existencia de un porcentaje de entre el 49% y el 64% de personas críticamente enfermas sufrieron dolor severo. Sin embargo, únicamente el 14,9% tuvo un manejo inadecuado del mismo.

La pesadumbre se ve intensificada por la ejecución de algunas técnicas tales como la intubación, la aspiración de secreciones de la vía aérea, las punciones vasculares y/o las movilizaciones (Romero, de la Cueva, Jover, Delgado, Acosta, Sola, 2013).

Un estudio multicéntrico llevado a cabo en el año 1996 reveló que un porcentaje de entre el 50% y el 65% de las personas críticamente enfermas que participaron en el estudio sufrieron dolor durante su estancia en la unidad (Desbiens, Wu, Broste, Wenger, Connors, Lynn; 1996). Además, el 15% de estas personas expresaron que este dolor, de intensidad moderada a severa, fue padecido durante más de la mitad de su estancia, acontecimiento ratificado en otras investigaciones realizadas (Chanques, Sebbane, Barbotte, Viel, Eledjam, Jaber, 2007; Walder & Tramer, 2004).

El estudio *Thunder Project II* (Payen y Payen 2001 y 2007), con una muestra de más de 5900 sujetos realizado en 4 países y 169 hospitales, concluyó con que la movilización o el cambio postural suponía el procedimiento más doloroso en adultos (Payen, Bru, Bosson, Lagrasta, Novel, Deschaux et al. 2001; Payen, Chanques, Mantz, Hercule, Auriant, Leguillou, 2007).



Tal y como afirman los expertos, un mal control del dolor puede provocar la aparición de eventos fisiológicos tales como aumento del consumo miocárdico, la reducción de la capacidad pulmonar y del peristaltismo, la inmunosupresión e la hipercoagulabilidad (Feeley & Gardner, 2006; Pardo, Muñoz y Chamorro, 2006). Además, éste puede desencadenar otros problemas, tales como infecciones quirúrgicas, intensificación de la ansiedad, insomnio, agitación y delirio (Sessler & Varney, 2008).

Una adecuada confirmación, evaluación y control del dolor fundamenta un de los cimientos del cuidado del paciente crítico (Latorre, Solís, Falero, Larrasquitu, Romay, Millán, 2010). Las sociedades científicas han establecido ciertas recomendaciones dirigidas a la valoración del dolor. Sin embargo, se ha demostrado que no siempre se consiguen resultados óptimos. A pesar de las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas, la adecuada valoración del dolor en UCI es escasa y el empleo de herramientas validadas para ello infrecuente, siendo destacable además la tendencia a infravalorar el grado de dolor de los pacientes (Latorre, Solís, Falero, Larrasquitu, Romay, Millán, 2010). La enfermería podría atajarlo como una oportunidad para cuidar atendiendo a la integralidad con el propósito de abarcar las necesidades de las personas y ofrecer así una asistencia completa.

La enfermera ha de ser una persona empática, capaz de sentir y entender lo que percibe y experimenta el otro. Etimológicamente, la palabra empatía se compone del prefijo griego “en”, que significa “con”, y de la raíz de la palabra “pathos”, cuyo significado es “sentir”. Es decir, la empatía constituye la capacidad cognitiva de sentir lo que siente el otro. Tal visión no solo requiere que la enfermera “sea científica, académica y clínica, sino también una agente humanitaria y moral implicada como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos” (Watson, 2002: 53).

Otros factores identificados como generadores de estrés y ansiedad son el verse atado por tubos y la pérdida de intimidad (Novaes et al, 2012). En este estudio, otro de los estresores que identificaron fue el que los pacientes describieron como *estado de verse atado por los tubos*, estado que se contradice con el estado normal de movimiento.

### 1.3.4.2. Pérdida de intimidad

En determinadas ocasiones, los pacientes manifiestan sentimientos de desnudez, pudor y vulnerabilidad.

La prioridad fundamental de las personas que padecen un proceso grave y sus familias radica en la recuperación de su estado de salud. En ocasiones, esto pasa por relegar a un segundo plano el bienestar emocional, la intimidad, pues la persona no puede elegir en su papel de enfermo. En términos de Rojas (2016), la enfermedad pone en peligro dos cimientos esenciales de la Dignidad Humana: Intimidad y Autonomía. La enfermera debe conocer y respetar la intimidad de la persona, pues ésta se encuentra en una situación de vulnerabilidad que no la exime de determinados derechos en este contexto. Las enfermeras tienen la responsabilidad de garantizar la intimidad de las personas autónomas, como de aquellas que no pueden hacer efectivo este derecho.

En el proyecto denominado *Proyecto 1 año, 12 meses para 12 compromisos* se escogió el mes de septiembre para explorar el significado de la intimidad en la HU-CI. Como consecuencia de este trabajo, se redactó este decálogo de buenas prácticas con el objeto de garantizar la intimidad del paciente críticamente enfermo:

1. Respeto a la intimidad corporal: se recomienda pedir permiso para explorar, desnudar o tocar el cuerpo de la otra persona explicando con anterioridad lo que se va a realizar (esta autora insiste en una mayor delicadeza en el aseo).
2. Respeto al espacio físico: si el paciente lo solicita, se intentará mantener cerrado el box y, una vez entremos, se explicará el por qué de esa entrada.
3. Recogida de información de la persona atendida: se tiene que preguntar la información necesaria.
4. La información entre compañeros de equipo implicados en la atención a la persona: se valorará qué información se transmite al equipo y cuál se reserva para uno mismo, pues no aporta ningún dato necesario en el proceso clínico y vulnera la intimidad de la persona.

5. Información telefónica: no se ofrecerá información telefónica de forma habitual. Se puede plantear en situaciones concretas, con garantía de con quién estamos hablando y con el consentimiento, si pudiera darse, de la persona críticamente enferma.
6. El respeto a la intimidad y la participación de la familia o personas vinculadas: se preguntará al paciente por las personas que él quiere que sean informadas de su estado.
7. Custodia de la historia clínica: se será cuidadoso con la historia clínica del paciente con el propósito de evitar la intromisión no deseada.
8. Intimidad a la hora de recibir visitas: el paciente tiene el derecho, durante su ingreso, de escoger a las personas que pueden visitarle. Además, los profesionales intentarán mejorar su imagen, en lo que sean capaces, con el objetivo de reforzar su autoestima.
9. Intimidad en el traslado de pacientes a pruebas complementarias o a otras plantas del hospital: el profesional intentará ser cuidadoso atendiendo a la exposición física durante los traslados.
10. Respeto a la imagen pública y social del paciente: este ítem se refiere a la obligatoriedad de no dar información a los medios de comunicación, a no ser que exista una autorización expresa.

Existe un estudio, realizado en el año 2010, en el que se estudiaron 43 elementos necesarios para las personas críticamente enfermas. Mientras que en el puesto 6-7 estaba la lejanía con la familia, en el puesto número 39 el no tener intimidad. Esto hace cuestionarnos por qué le estamos dando más importancia a nuestras creencias que a las de los propios pacientes (Ayllón, 2010: 48).

#### **1.3.4.3. Sueño: necesidad de descanso**

En un estudio realizado por Tembo y Parker (2010) nos enseñan que el sueño es importante en los pacientes críticos para recuperar su salud y para su supervivencia y hay evidencia suficiente que nos demuestra que estos pacientes

no tienen suficiente tiempo de sueño, ni de buena calidad, debido a las condiciones ambientales de estas unidades (Tembo, Parker. Factors that impact on sleep in intensive care patients). La prevalencia de estos trastornos en estas unidades está entre el 22-61% (Mitchell. Nocturnal care interactions with patients in critical care units). Woods, en 1972, llegó a contabilizar una media de 59,2 interrupciones en el sueño durante el postoperatorio de pacientes sometidos a cardiotorax (Woods NF. Patterns of sleep in postcardiotomy patients. Nurs Res). Tamburri et al. identificaron una media de 42,6 intervenciones para el cuidado del paciente a lo largo de una noche (Tamburri LM, DiBrienza R, Zozula R, Redeker NS. Nocturnal care interactions with patients in critical care units).

En las unidades de críticos se sabe que la necesidad de un sueño reparador constituye una carencia importante (Tineo et al., 2011). Por ello, enfermería debe conocer cuáles son los factores específicos que alteran esta capacidad con el objeto de actuar sobre ellos. No solo por la mejora del bienestar del estado del paciente, sino también contribuir en la disminución de la morbimortalidad relacionada con la intervención quirúrgica (Kennedy, 2005). La evidencia científica disponible destaca que los pacientes que han experimentado una estancia en críticos destacan, entre las alteraciones emocionales, más recurrentes: ansiedad, estrés, depresión o el conocido como síndrome de cuidados intensivos. Estos pueden producirse, entre otros, por factores relacionados con el ruido excesivo, que dificulta el sueño y el descanso, por el dolor o por las medidas empleadas para ventilar, que impiden la comunicación. Además, la falta del control del paciente sobre sí mismo, las restricciones de movimiento, las posturas inadecuadas, el ruido, las alarmas, los diferentes equipos de aspiración, los teléfonos y las conversaciones del equipo sanitario repercuten negativamente en el proceso de salud. Desde épocas remotas, se ha estudiado el sueño como un estado fisiológico, reversible, en el que existe una desconexión sensitiva y motora con el medio. En el estudio realizado por Tineo et al. (2015) se concluye que las intervenciones de enfermería quedan relegadas a un segundo plano frente a la contaminación ambiental. Se ha comprobado que existe una ley que regula el sonido ambiente en los hospitales. Sin embargo, en ocasiones, ese ruido supera los 50 dB.

La asunción de facilitar una mejora en la calidad del sueño de los pacientes pasa por superar las fórmulas de “pasa buena noche” que tanto se repite en los partes de enfermería y profundizar en las características del descanso de cada paciente.

La mala calidad del sueño en los enfermos críticos es un problema grave que requiere un abordaje multidisciplinar. La enfermería de las unidades de críticos debe identificar adecuadamente el problema y poner en marcha las medidas necesarias para su resolución, tomando en consideración las necesidades individuales y la situación de cada paciente. Otra forma de abordar el cuidado.

El ambiente de la UCI puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándoles de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños que pueden afectarles de un modo negativo. Entre los estresores presentes en este tipo de ambiente, Hewitt destaca la deprivación sensorial, definida como una reducción en la cualidad o cantidad de estimulación. Asimismo, identifica 5 tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal: una reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo, aislamiento físico y social y restricciones del movimiento. Respecto al ruido, la autora identifica las alarmas, los equipos de aspiración dejados en funcionamiento tras su utilización y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes. Además las conversaciones del equipo de la UCI también se han considerado una fuente de ruido y confusión, ya que como no es posible valorar adecuadamente su nivel de conciencia, puede que lleguen a entender parcialmente esas conversaciones y les produzcan miedo y ansiedad. Por otro lado, la ausencia de ciertos ruidos *normales*, como la televisión, la radio, el tráfico, conversaciones con amigos etcétera, pueden ser identificadas como causa de estrés por algunos pacientes. Estos niveles de ruido pueden tener un impacto significativo en la cantidad y calidad del sueño de los pacientes, que puede convertirse en otro tipo de estresor. Sin embargo, aunque estos estresores se hallen presentes en el ambiente propio de UCI, Hewitt afirma que el dolor es lo que más preocupa a los

pacientes. El descanso es un factor importante en el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, el descanso nocturno en la UCI es insuficiente. El patrón de sueño de los pacientes de la UCI se caracteriza por ser ligero y con despertares frecuentes. Entre los factores señalados por los pacientes como causantes de su mal descanso destacan la movilidad limitada, el ruido y la luz.

#### **1.3.4.4. Otros estresores en la UCI**

El ruido de alarmas, máquinas, teléfono, conversaciones del equipo sanitario, etcétera, resulta ser el principal causante del mal descanso de los pacientes ingresados en estas unidades. La iluminación artificial constante, la presencia de personas durante las 24 horas del día, el movimiento intenso, la ausencia de ventanas y relojes, etcétera, son factores que dificultan el descanso y, en muchas ocasiones, el paciente de UCI se encuentra desorientado de forma temporal perdiendo la referencia entre el día y la noche.

#### **1.3.5. Necesidades de los pacientes en la UCI**

##### **1.3.5.1. Necesidad de seguridad**

En la UCI se tiene sensación de gravedad y miedo por las posibles secuelas. Respecto al estrés de los pacientes, un ensayo clínico realizado recientemente en pacientes coronarios críticos comparó la incidencia de complicaciones cardíacas en un grupo de pacientes que recibieron un régimen de visitas abierto (RVA), frente al grupo con régimen de visitas cerrado. Sus resultados revelan que un RVA reduce las complicaciones cardíacas (edema agudo del pulmón y shock cardiogénico), y este hecho se relaciona con un perfil de hormonas de estrés más favorable en el grupo que recibió un RVA frente al grupo en régimen de visitas cerrado (Valle, 2019).

### **1.3.5.2. Necesidad de decidir**

No poder decidir sobre los asuntos que les afectan puede significar que de alguna manera no se respete su autonomía y contribuye al desconocimiento de sus decisiones por parte del equipo de salud. Además, no permitir a los pacientes participar en la toma de decisiones, cuando tienen las condiciones para hacerlo, favorece la deshumanización del cuidado. En un estudio realizado por Novaes et al. (2010), en el que se seleccionaron un total de cincuenta pacientes de una unidad de cuidados intensivos, concluyeron que el sentimiento de no tener control sobre uno mismo fue considerado el primer estresor desde el punto de vista psicológico. Según los investigadores, esta falta de independencia puede generar angustia y sensación de desamparo.

### **1.3.5.3. Necesidad de comunicación e información**

Los pacientes expresan que la información recibida es escasa y poco comprensible, ya que es excesivamente técnica. Muchos de ellos consideran que no están recibiendo las explicaciones pertinentes sobre su situación. Al mismo tiempo, la familia también critica la escasez de información recibida. Afirman que la información se da rápidamente y en un contexto de frialdad. Otra de las preocupaciones que expresan los pacientes en la UCI es la dificultad para comunicarse, por ejemplo, como consecuencia de las técnicas de ventilación empleadas, requisito destacable a la hora de tomar decisiones.

### **1.3.6. Significado del cuidado de las personas críticamente enfermas desde la perspectiva de las enfermeras**

Tras realizar una extensa búsqueda, se ha comprobado que no existen estudios que profundicen en el significado que damos los profesionales de enfermería a nuestro quehacer diario.

Sin embargo, se advierte la apertura de la UCI como una forma de humanizar el cuidado de las personas.

El personal sanitario utiliza la comunicación como herramienta básica para el ejercicio de su profesión. Para Watzlawick la comunicación y la existencia son dos ideas que no pueden separarse, pues un ser requiere para su subsistencia tanto los elementos indispensables para su metabolismo, como la apropiada información sobre el mundo que lo rodea. Ningún encuentro entre seres humanos puede producirse sin que exista comunicación (Adam, 1982). De la misma manera, tal y como afirma Watzlaeik, “la actividad o inactividad, las palabras o el silencio, todo tiene un mensaje valioso: ellos influyen en otros y estos otros, sucesivamente responden a estas comunicaciones y por tanto están comunicando ellas mismas” (1976, p.49, visto en Adam, 1982). Pero, ¿qué se entiende por comunicación? Para mí la comunicación no son solo palabras, en estas circunstancias el lenguaje no verbal constituye una potente arma.

Por otro lado, sería interesante conocer si la enfermería posee las competencias para satisfacer las necesidades de las familias. En ocasiones, las enfermeras reconocen que la falta de tiempo y recursos son causantes de una atención mediocre a las familias (Castillo y Lagos, 2019). Verhaeghe et al. (2019) insisten en que el desconocimiento de las necesidades de la familia está relacionado con la falta de tiempo o de personal, lo que supone una evaluación discontinuada e insuficiente de estas necesidades. Por otro lado, la diferencia entre las necesidades que perciben los profesionales y la que advierten las familias no siempre se corresponde. A partir de esta diferencia de percepciones nace la percepción de insatisfacción de la familia.

### **1.3.7. La familia en la UCI**

Un estudio publicado en el año 1992 por Titler y Walsh manifestaba que las visitas constituían un efecto negativo en la salud de la persona enferma. En otras ocasiones, esta cuestión se justificaba basada en el desconocimiento que la presencia de la familia podría suponer en la salud de la persona críticamente enferma.

La familia era considerada importante para el paciente, pero exclusivamente como contexto y no como una extensión del mismo. En consecuencia, la familia se convertía en una entidad que precisaba también



atención y protección. Por tanto, el paciente y la familia no eran considerados como un todo, concepto que ha evolucionado con el transcurso de los años.

Tal y como afirmaba Goldenberg en 1997, “la familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa” (p. 4). Las interacciones que se establecen entre sus miembros y la dependencia mutua existente entre ellos, hace que los factores que influyen en uno de los miembros, afecten al resto de la estructura en mayor o menor magnitud. Por ello, es de vital importancia considerar a la familia como una unidad o sistema, en el que cualquier alteración en alguno de sus miembros implica disfuncionalidad en la totalidad.

El modelo ecológico de Bronfrenbrenner, la familia constituye “un sistema abierto que funciona a modo de unidad y en el que todos sus miembros están íntimamente relacionados, de manera que cualquier efecto adverso que afecte a uno de sus miembros repercute de forma negativa sobre los demás, lo que da lugar a una situación de crisis y desestabilización”. Cada miembro de la familia experimenta de un modo u otro angustia y preocupación ante la enfermedad y hospitalización de un ser querido.

Los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría, califican la hospitalización en una UCI como un estresor traumático, ya que somete a los miembros de una familia a una difícil situación que implica cambios de roles, desplazamiento del hogar y miedo a la muerte. La familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles, y, en ocasiones, con la aceptación de lo inevitable. Estos conflictos afectivos y emocionales pueden repercutir no solo en la salud psicológica de la familia, sino además, en la recuperación del paciente.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (DSM-IV), concerniente a la

Asociación Americana de Psiquiatría, atribuye la significación de traumática la permanencia en una UCI. Abarca la dificultad a la que se enfrenta la familia, pues se trata de un acontecimiento que compromete, pues supone un cambio en la estructura familiar. Además, son numerosas las investigaciones que apuntan que el padecimiento familiar influye en la capacidad de recuperación del paciente. En contraposición con determinados juicios preestablecidos, se han realizados diversas investigaciones que demuestran los aspectos positivos de un mayor contacto de paciente y familia.

Ya en 1979 Molter alertaba que el esfuerzo de los profesionales se dirigía mayoritariamente a cuidar a los pacientes olvidando la atención de la familia y recordaba la necesidad de ampliar los cuidados a la unidad familiar, entendiendo como tal, familiares y amigos. Siguiendo esta filosofía más integradora, la enfermería de cuidados intensivos ha cambiado su foco de cuidado ampliándolo también a la unidad familiar. Numerosas publicaciones nos advierten de la necesidad de realizar este cambio, ya que los miembros del entorno familiar presentan una amplia prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión.

La hospitalización de una persona críticamente enferma encarna un desequilibrio en el conjunto de la integridad de la estructura familiar. Algunos autores definen el encuentro entre la enfermera y la familia como insuficiente y frecuentemente centrado en las necesidades percibidas exclusivamente por el profesional, las cuales, en determinadas ocasiones resultan inexistentes o, por otro lado, ya se encuentran abordadas (Molter & Captain, 1979).

Craven manifiesta que:

“... si la enfermera expande su concepto de paciente de un individuo en una cama al de un miembro participante de una familia, entonces expandirá su función para ayudar a los familiares a enfrentar la enfermedad del paciente y al mismo tiempo mantener la función familiar” (página 332).

Hymovich (1974), enunciaba tres consideraciones que debían ser valoradas cuando se entendía el concepto de familia como una extensión de la vida de la persona enferma. Estas son: A) La integración de la familia constituye

una cuestión manifiesta en el cuidado de calidad, B) Tanto los profesionales como las personas enfermas como la familia están en el mismo equipo y C) La familia seguirá siendo una forma de vida viable para la mayoría de la población.

Desde la década de los años ochenta, se han desarrollado múltiples investigaciones que abordan las necesidades de los familiares de la persona críticamente enfermas. Ya en el año 1979, Molter determinó una relación de cuarenta y cinco necesidades expresadas por los familiares de personas críticamente enfermas. Estas premisas pueden clasificarse en términos de comunicación, protección, amparo, bienestar, confianza y flexibilidad en la política de visitas (Molter, 1979).

Siguiendo con esta línea de argumentación, Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnstee y Grypdonck realizaron una revisión de la literatura a través de la cual estructuraron las necesidades de las familias en cuatro categorías: necesidades cognitivas, necesidades emocionales, necesidades sociales y, por último, necesidades prácticas.

Durante décadas, el sistema sanitario ha estado centrado en la persona enferma (Hupcey, 1998). Sin embargo, existe literatura que avala que, tanto en el contexto español como en el internacional, no aparecen estándares de atención a las familias claramente establecidos. El sistema sanitario, en general, está organizado solo parcialmente en función de los usuarios. Las enfermeras han justificado estas restricciones basándose en el agotamiento emocional y estrés que la relación continua con la familia les produce, junto a la posible interferencia en los cuidados provocada por su presencia en las unidades.

El análisis de la literatura evidencia una investigación limitada que reúna la las necesidades expresadas por parte de los familiares de la persona enferma al mismo tiempo que opinan los profesionales de la salud (Mi-kuen, French, Kai-kwong, 1999; Santana, Sánchez, Hernández, García, Robaina, Villanueva, 2007).

En una revisión de la bibliografía realizada por Pardavila y Vivar con el objetivo de conocer las experiencias y las necesidades de las familias en la UCI, se advirtió como resultado una cuantiosa obra descriptiva y exploratoria.

Plakas et al, realizaron un estudio de teoría fundamentada en Grecia, en el que no solo progresaron sentimientos negativos por el temor, sino otros positivos relacionados con la esperanza y la creencia de que su ser querido va a salir adelante. Como importante citar la cantidad de publicaciones que confirman que una de las necesidades emocionales coincide con la cercanía con su ser querido. Diversas investigaciones apuntan a que el aislamiento supone una fuente de preocupación para los familiares.

En palabras de Martín y García de Lorenzos (2017:451), el número de personas críticamente enfermas que sobreviven a su estancia en la UCI está creciendo progresivamente.

Dentro del Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos, se ha diseñado un marco conceptual con el objetivo de desarrollar acciones específicas que contemplen la humanización como una dimensión transversal de la calidad. Estas áreas de trabajo abarcan aspectos relacionados con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome de desgaste profesional, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida. Todo ello tiene como objetivo común ofrecer unos cuidados intensivos, ya no solo excelentes desde el punto de vista técnico, sino más humanos, contemplando al profesional como motor del cambio.

En un estudio realizado en el año 2019, el 100% de los familiares consideraron importante la necesidad de “conocer cuáles son los resultados esperados de tratamiento de mi familiar” (Castillo y Lagos, 2019). Asimismo, la investigación de Pardavila et al. (2014), concluyó con que “tener respuestas a mis preguntas” coincidía con la necesidad más importante para los familiares, a la que seguía “conocer cuáles son los resultados esperados del tratamiento que se está realizando a mi familiar”.

De acuerdo a estos datos, se puede concluir que la importancia que otorgan los familiares a sus necesidades en las unidades de críticos depende del contexto particular de cada caso. Por ello, sería interesante explorar las necesidades de una forma más profunda en el ámbito nacional que permitiese

fomentar un modelo de gestión del cuidado centrado en el paciente y su familia. Un modelo que favoreciese la mejora de los resultados de los pacientes, la mejora de la experiencia de la familia en la UCI y el cumplimiento de los derechos estrechamente relacionados con las dimensiones de seguridad, información y proximidad.

### **1.3.8. Perspectiva de las visitas en la UCI**

En uno de las últimas investigaciones más recientes realizadas en nuestro país, la cual abordaba las cuestiones organizativas, los horarios y las particularidades de las visitas de los familiares, se dejaba ver que únicamente el 5% de las unidades poseían un horario de visitas exento de preceptos programados (Velasco, Prieto, Castillo, Merino, Perea-Milla, 2005). Esta investigación concluyó con que muy frecuentemente el tiempo de visita era de media hora y solo en un 12% de las mismas era superior a una hora. Frecuentemente son dos los acompañantes que pueden realizar la visita de forma simultánea casi en el 65% de las unidades. Sin embargo, solo en el 39% de las UCI estos dos acompañantes podían intercambiarse por otros durante la duración de la misma (Velasco, Prieto, Castillo, Merino, Perea-Milla, 2005).

En el año 2015, los autores Escudero, Martín, Viña, Forcelledo, García-Arias y López-Amor realizaron una encuesta nacional que contó con un total de 206 de las mismas completadas (lo que supone una muestra del más del 50%). A través de las mismas se halló que solamente cinco UCI (no existiendo un registro oficial en nuestro país de un número riguroso de las existentes; la estimación que hace la SEMICYUC [Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias] es de unas 250), lo que suponía un excepcional 3,8%, tenían un horario de visita totalmente abierto. El 9,8% tenían un horario abierto únicamente durante el día. Esta investigación verifica que un 67,7% de las mismas aceptan dos visitas al día, siendo dos el máximo de personas en el 91% de las mismas. El 40,6% de las UCI tenía un horario de visita de 30 minutos y un 45,1% contaba con 60 minutos.

Si se establece una comparación entre lo que acaecía en el año 2005 en nuestro país y los datos que tenemos, no se ha avanzado en exceso. Según el estudio de Velasco et al. se puede confirmar que, aún conociendo los aspectos positivos de una UCI menos restrictiva, no estamos haciendo todo lo posible por conseguirlo. Se trata de un dato que confronta con la referencia que esclarecía que, ya en el año 1998, un 40% de las UCI de Estados Unidos conservaba un horario de visita libre, aún todavía con limitaciones.

En Reino Unido, un estudio llevado a cabo por Biley, Millar y Wilson en el año 1993, manifestaba que el 62% de las UCI apostaban por la visita libre, únicamente con algunos impedimentos.

El estudio llevado a cabo por Stockdale y Hughes en 1988, en el que participaron enfermeras de 197 UCI, concluyó con visitas extremadamente limitadas en tiempo y en número de familiares, además de la edad de los mismos. Tuvieron que pasar apenas cuatro años para que, en un estudio realizado por Hopping et al. en el año 1992, estos destacaran un progreso que se hace evidente cuando nos referimos a la paulatina apertura de estas unidades.

### **1.3.9. Por qué se continúa en el mismo punto: UCI restrictiva**

Aunque existe la evidencia suficiente que revela que una apertura de la UCI sería beneficiosa, tanto para la persona críticamente enferma como para su familia, este propósito se está instaurando de forma muy paulatina en nuestro país. Y esto, ¿por qué?

En la década de los años noventa, se emprende en nuestro país un movimiento de investigación culminante en la situación de los familiares de las personas críticamente enfermas. Esta tendencia respaldaba la instauración de políticas más accesibles para las familias. Sin embargo, simultáneamente se revelaba una predisposición de perjuicio en los profesionales con respecto a la cuestionable entrada de la familia en la unidad y el compromiso que ello suponía

en el proceso de atención (Zaforteza, García, Quintana, Sánchez, Abadía, Miró, 2010).

En el año 2020, se desarrolló un proyecto en la UCI del hospital Galdakao-Usánsolo con el propósito de analizar, no solo las consideraciones que los profesionales sanitarios, los pacientes críticamente enfermos y sus familias aportaban con respecto a la política de visitas instaurada, sino también la justificación de un pacto en la implantación de un régimen de puertas abiertas. En este estudio participaron 58 profesionales, 120 familiares y 123 pacientes, de los cuales el 65,5% de los profesionales, el 28,3% de los familiares y el 53,7% de los pacientes no estuvieron de acuerdo con la política de visitas instaurada. Además, el 77,6% de los profesionales sanitarios, el 43% de los familiares y el 56,9% de los pacientes lo estimaron insuficiente. Prepondera la decepción por parte de los profesionales y los pacientes, así como los profesionales constituyen los demandantes del cambio (Arnaiz, Esteban, Olaechea, Legarreta, 2020). El hecho de que las familias no se frustren excesivamente con esta cuestión está relacionado, por un lado, con la gravedad vital de la situación, que lo abarca todo. Y, por otro lado, por la presunción arraigada de que las visitas en la UCI tienen que ser limitadas (Holanda, Marina, Ots, Lanza, Ruiz, García, 2017).

Los profesionales, especialmente los de enfermería, carecen de formación específica en procesos de duelo y carecen de estrategias para canalizar la angustia que transmiten los familiares. Además, existe la percepción de que los familiares son «un problema». Estas cuestiones, unidas a que existe una tendencia en los sistemas de salud de organizarse más en función de las necesidades de quienes trabajan en ellos que en función de las necesidades de sus usuarios, provocan que las decisiones sobre los familiares se tomen en función de las preferencias de los profesionales.

Zaforteza (2013) realizó un estudio para conocer el grado de satisfacción de los sanitarios respecto a una ampliación de los horarios de visita. La gran parte de ellos se manifestaron en contra de la propuesta, escudándose en la falta de espacio, la vulneración de la intimidad del paciente, el perjuicio para los propios familiares y pacientes y un aumento en la carga del trabajo del profesional.

Pese a que existen algunos autores que piden ser cautelosos con este tema, no se trata de un tema novedoso, que esté sin explorar. Por otro lado, otros autores creen que se está siendo demasiado cuidadoso, y aún con la problemática organizacional, arquitectónica y profesional, urge la apertura de la UCI. Conseguir extender el modelo, requiere aprender de las experiencias positivas de algunas unidades. Fomentar la participación de los profesionales, la formación y los cambios en las actitudes y hábitos que permitan una modificación aperturista de la política de visitas, adaptada a la idiosincrasia de cada unidad.

En España no existen claras referencias de cómo se encuentran organizadas las visitas en la actualidad. No se conoce ningún estudio que haya indagado en el modo de organización de éstas considerando un ámbito más amplio que el de una región en concreto.

Con los datos anteriores nos podemos hacer una idea de la dificultad de la persona enferma y su familia a la hora de abordar esta situación.

Estas situaciones nos llevan a reflexionar que, como profesionales, nos encontramos no solo con problemas de salud, sino también con problemas del alma. Tal y como explica Safranski (2011), nuestra profesión nos permite explorar la autenticidad del ser humano y conocer las cuestiones esenciales del ser humano. Convivimos diariamente con el principio y el final de la vida y con el dolor de la existencia humana. Tras esta afirmación, abordemos un enunciado implícito en el discurso de Goethe (visto en Safranski, 2011), que afirma que: “todo objeto nuevo, si lo observamos atentamente (si somos sensibles a su significado), abre un nuevo órgano en nosotros” (14). Al respecto conviene decir que, ambas reflexiones han influido en que mi deseo en el momento en el que decido realizar este proyecto, es el de potenciar el mundo de la sensibilidad, ya que ésta nos constituye como personas cada vez más activas frente al enfermo. No debemos olvidar que el profesional de enfermería se encuentra junto a una persona que debe superar una enfermedad y con frecuencia requiere ser apoyada más allá de lo exclusivamente físico. Por ello, además de profundizar en el cuidado, sería preciso examinar también ciertos aspectos personales que favorecen el encuentro con uno mismo. Esto nos capacitará para emprender una



observación minuciosa para llegar a ser receptores y motivadores de estímulos (Safranski, 2011).

Como afirman Barnard y Sandelowski (2001), el uso de la tecnología no es incompatible con la atención humanizada, más bien ambos deberían de ser complementarios. El entorno idóneo para que se produzca de esta manera se encuentra en el marco de las relaciones personales. El descubrimiento de nuestras palabras y de nuestros gestos, la búsqueda del otro, empatizar con la situación que experimenta la otra persona, reflexionar y valorar lo que se espera de nosotros como profesionales de la salud constituyen la base para que se establezca una relación excepcional entre ambos, que constituye la base del cuidado enfermero (Quero, 2004). Es decir, vincular el conocimiento científico y técnico hacia los aspectos afectivos, sociales, culturales y éticos de las relaciones que se establecen a través de su práctica de la enfermería (Arroyo, 2001; Quero, 2004).

Siguiendo con esta argumentación, Collière (1993) manifiesta la importancia de la enfermería como una profesión cuya esencia está basada en los comportamientos y en las actitudes. Por tanto, la calidad del encuentro entre el profesional de enfermería y el paciente reside en la concesión de un cuidado humanizado y otro instrumental, Por ello, una relación interpersonal es, como explica Peplau (1990), una oportunidad de crecimiento “que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria” (14), tanto para el paciente como para la propia enfermera, más allá de la mera ejecución de procedimientos y técnicas.

La teoría de las relaciones interpersonales puede servir como pilar en el cual sustentar las actuaciones de la enfermera y conferir significado a su relación con el paciente. Múltiples teóricas del cuidado enfermero evidencian la naturaleza del cuidado basada en un proceso interpersonal (Peplau, 1990; Peplau, 1998). La interacción necesaria que se produce entre ambos conceptos paradigmáticos, que son enfermera y persona, acontece entre una persona que posee una necesidad y otra capaz de ayudarla. Es precisamente cuando se produce este encuentro entre ambos, cuando el paciente se siente libre para manifestar sus sentimientos y satisfacer sus necesidades, y no solo las de

carácter biológico, sino todas aquellas que se encuentran asociadas a otras dimensiones de la persona. Estas dimensiones, que incluyen los aspectos psicológicos, culturales, sociales y espirituales, recuperan la integralidad del individuo y denotan inclinación por aspectos inherentes al ser humano.

Si se fundamenta la base de la enfermería en las relaciones interpersonales, los profesionales de enfermería deberíamos conocer los planteamientos existentes en torno al cuidado para validarlos o, por el contrario, descartarlos y desarrollarlos de nuevo. Por ello, considero necesario construir un cuerpo de conocimiento, a partir de una visión holística del ser humano, con la finalidad de actuar de forma eficaz y comprometida, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad. Con el propósito de garantizar este compromiso, sería necesario saber cuál es el punto de partida de los profesionales enfermeros:

Si los datos de otros países y la experiencia nos dice que es algo bueno, ¿por qué no pasar a la acción?

Algunas cuestiones en las que se fundamentan políticas restrictivas en las diferentes investigaciones están relacionadas con la estructura arquitectónica y organizacional de estas unidades y/o las creencias de las propias instituciones y profesionales.

¿Se basa el ejercicio asistencial en las necesidades de los pacientes?  
¿Se puede considerar que existe una relación cuando el contexto está constituido por personas en estado crítico, muchas de las cuales tienen dificultades para la comunicación? ¿Se tiene en cuenta a la familia?

## 1.4. Preguntas de investigación y objetivos

### 1.4.1. Preguntas de investigación

Tal y como se sugirió en líneas anteriores, durante mis años de formación para obtener la diplomatura de enfermería y la posterior titulación de máster, han existido diversos interrogantes, dudas y planteamientos, muchos de los cuales continúan presentes en la actualidad. Parte de estos interrogantes están relacionados con la manera en que las enfermeras cuidamos:

- ¿Cuál es el significado que le otorgan las enfermeras a la noción de cuidado enfermero en una UCI?
- ¿Qué relación existe entre la teoría enfermera sobre el cuidado y su aplicación en la práctica en cuidados intensivos?
- ¿Cómo se cuida al paciente crítico? ¿Se cuida de forma integral, considerando las dimensiones físicas, emocionales y sociales? ¿Qué se tiene en cuenta y qué no? ¿Qué se ve y qué no se contempla?
- ¿Cuáles son los elementos específicos del cuidado de enfermería a los que los profesionales confieren mayor importancia? ¿Cuáles son las habilidades específicas que desarrollan en el cuidado de un paciente crítico y su familia? ¿Qué dificultades se detectan en el cuidado de la persona enferma y su familia?
- En el trato con los pacientes y su familia, ¿se encuentra dificultad para hablar de cuestiones delicadas? ¿Se comparten estas dificultades con el resto del equipo? ¿Qué estrategias emplean las enfermeras para gestionar las emociones con la persona críticamente enferma y su familia en situaciones complejas?
- ¿Cuál es la formación inicial recibida sobre el cuidado en la Universidad? ¿Y en el hospital? ¿Se conocen bien las técnicas de comunicación? ¿Los profesionales identifican que necesitan formación en aspectos de carácter emocional? ¿Cómo

influye la experiencia formativa de la enfermera en el trato que se le da a la persona y a su familia?

- ¿Influyen las experiencias personales en la forma de ejercer los cuidados?
- ¿Las relaciones entre los profesionales influyen en la forma de cuidar?
- ¿Consideran las enfermeras la UCI un entorno complejo y estresante para la persona críticamente enferma y su familia?

#### **1.4.2. Objetivo general**

El propósito principal de este proyecto de investigación radica en la exploración de los diferentes significados que definen el cuidado de la persona críticamente enferma y su familia en palabras de las propias enfermeras para comprender la realidad de la atención en la UCI.

Tomando estas ideas como referencia, se plantea el siguiente objetivo general:

- Describir, comprender e interpretar los significados que las enfermeras otorgan al acto de cuidar en una UCI.

#### **1.4.3. Objetivos específicos**

- Conocer la relación existente entre la teoría del cuidado enfermero y la práctica enfermera.
- Describir y comprender situaciones de atención enfermera-paciente-familia.
- Explorar los elementos específicos del cuidado relevantes para las enfermeras.
- Identificar habilidades y estrategias en el cuidado del paciente y su familia.

- Identificar las dificultades en el cuidado del paciente y su familia.
- Explorar las estrategias que emplean las enfermeras para gestionar situaciones complejas con el paciente y su familia.
- Conocer la formación inicial sobre el cuidado en la preparación pregrado de enfermería, así como la facilitación de formación continuada en el hospital a este respecto.
- Describir cómo influyen las experiencias personales en el ejercicio del cuidado a la persona críticamente enferma y a su familia.
- Explorar cómo influyen las relaciones entre los profesionales en la forma de cuidar al paciente crítico y a su familia.
- Describir la UCI como el entorno en el que se produce el cuidado y su influencia en la atención a la persona críticamente enferma y su familia.

# CAPÍTULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

---

- ✚ CONCEPTO DE PARADIGMA
- ✚ CIENCIAS NATURALES, CIENCIAS HUMANAS
- ✚ LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
- ✚ LA ETNOGRAFÍA COMO MÉTODO PARA ESTA INVESTIGACIÓN
- ✚ TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN ESTE ESTUDIO ETNOGRÁFICO
- ✚ DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA



## CAPITULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- “Queremos entender el mundo. Díganos, oh, Sabio, qué tenemos que hacer para conocer el mundo” -.
- “¿Habéis leído los trabajos de los grandes pensadores?” -.
- “Sí, Maestro, cada uno de ellos, tal como fuimos instruidos” -.
- “¿Y habéis practicado diligentemente vuestras meditaciones de manera que os habéis convertido en uno con la infinitud del universo?” -.
- “Sí, Maestro, con devoción y disciplina” -.
- “¿Habéis estudiado los experimentos, las investigaciones estadísticas y los modelos matemáticos de las ciencias?” -.
- “Hemos ido todavía más lejos de su examen, Maestro, hemos estudiado en los laboratorios donde se realizan los experimentos y donde se analizan las encuestas y donde se desarrollan y prueban los modelos matemáticos” -.
- “¿Y todavía no estáis satisfechos? ¿Todavía queréis saber más?” -.
- “Sí, Maestro, queremos entender el mundo” -.
- “Entonces, pequeños míos, tenéis que introducirlos en el mundo. Vivir entre las gentes del mundo como lo hacen ellos. Aprender su lengua. Participar en sus rituales y en sus rutinas. Probar el mundo. Olerlo. Mirar y escuchar. Tocad y dejaos tocar. Escribid lo que veis y escucháis, cómo pensamos y cómo os sentís” -.
- “Entrad en el mundo. Observad y maravillaos. Experimentad y reflexionad. Para entender un mundo tenéis que convertirlos en parte de este mundo y al mismo tiempo, mantenerlos separados, una parte del mismo y aparte del mismo” -.
- “Id, pues, y regresad para decirme qué habéis visto y escuchado, qué habéis aprendido, y qué habéis llegado a entender” -.

---

(M.Q. Patton, 1990: 199)



## 2.1. Concepto de paradigma

La metodología que guía este proyecto de investigación debe permitir describir, interpretar y comprender el significado que las enfermeras otorgan al acto de cuidar en una UCI.

En esta tesis, el sujeto de estudio es la enfermera de la UCI. ¿Cómo se puede comprender lo que vive, experimenta y sostiene? Para conocerlo se necesita recurrir, no solo a ella, sino también al contexto en el que se desempeña su actividad profesional: la UCI.

¿Qué tipo de investigación constituye la más adecuada para el desarrollo de este proyecto de investigación? La metodología cualitativa constituye la más idónea para la consecución de los objetivos planteados.

La investigación comprende multiplicidad de enfoques, metodologías, premisas y circunstancias. La ilimitada diversidad de situaciones susceptibles de investigación exige perspectivas diferentes en la composición de estudios de investigación (Ruiz Olabuénaga, 2003: 11-13). La investigación nos aproxima a la experiencia de estar en el mundo y deliberar acerca de esta misma. Se trata de un acto de responsabilidad, pues implica la necesidad de comprender lo más íntimo del ser humano (Van Manen, 2003: 24).

Guba y Lincoln (1994: 108) definen el concepto de paradigma como un conjunto de convicciones sobre la condición de la realidad que se investiga, la relación entre el investigador y la realidad investigada y la disposición para alcanzarla. No se trata de una cuestión exclusiva de método, sino que el paradigma orienta además en otros aspectos ontológicos, metodológicos y epistemológicos esenciales. Thomas Kuhn, físico, filósofo de la ciencia e historiador estadounidense, escribió la siguiente reflexión mientras realizaba una estancia en el Centro de Estudios Avanzados sobre las Ciencias de la Conducta de la Universidad de Harvard en el año 1959:

Estuve en condiciones de prestar una indivisa atención a los problemas presentados más adelante (se refiere a los diferentes capítulos de su libro). Lo más importante es que, el pasar un año en una comunidad compuesta,

principalmente, de científicos sociales, hizo que me enfrentara a problemas imprevistos sobre las diferencias entre tales comunidades y las de los científicos naturales entre quienes había recibido mi preparación. Principalmente, me asombré ante el número y el alcance de los desacuerdos patentes entre los científicos sociales, sobre la naturaleza de problemas y métodos científicos aceptados. Tanto la historia como mis conocimientos me hicieron dudar de que quienes practicaban las ciencias naturales poseyeran respuestas más firmes o permanentes para esas preguntas que sus colegas en las ciencias sociales. Sin embargo, hasta cierto punto, la práctica de la astronomía, de la física, de la química o de la biología, no evoca, normalmente, las controversias sobre fundamentos que, en la actualidad, parecen a menudo endémicas, por ejemplo, entre los psicólogos o los sociólogos. Al tratar de descubrir el origen de esta diferencia, llegué a reconocer el papel desempeñado en la investigación científica por lo que, desde entonces llamo “paradigmas” (Kuhn, 1986: 13).

Kuhn descubrió durante su permanencia en la Universidad de Harvard que los científicos sociales, a diferencia de los integrantes de la comunidad de científicos físicos, meditaban, debatían y controvertían los aspectos fundamentales de las teorías y los métodos que utilizaban. Los físicos, sin embargo, sostenían una concepción común en una disciplina considerada por este autor como “más madura”, mientras que los científicos sociales no la compartían en sus campos (Shulman, 1989: 13). Por este motivo, Kuhn sugirió la utilización del término paradigma con el objeto de describir las “realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”, constituyendo la primera acepción que el autor asignó al término (Kuhn, 1986: 13).

Un paradigma, por tanto, supone la existencia de una comunidad académica. Esto quiere decir que, el paradigma es concebible si está sistemáticamente conectado y ratificado por los integrantes de una institución que, desde una perspectiva profesional, intervienen en el mismo cometido académico, investigativo y/o de instrucción. Navarro (1997) estimaba que esta sociologización del término había supuesto una de las más grandes contribuciones de Kuhn, quien valoraba “a la comunidad científica como el eje

principal del desarrollo científico y no únicamente a los individuos, como entes aislados, generadores de teorías, encerrados dentro de las paredes de un laboratorio” (Navarro, 1997: 11). Con este enunciado, Kuhn contemplaba que “aunque la ciencia es practicada por individuos, el conocimiento científico es intrínsecamente un producto grupal y ni su peculiar eficacia ni la manera en que se desarrolla será entendida sin referencia a la naturaleza especial de los grupos que la producen” (Navarro, 1997: 11).

La investigación en el campo de las ciencias de la salud se efectúa fundamentalmente dentro de dos extensos paradigmas. Una de las primeras determinaciones que afronta el investigador radica en delimitar, de acuerdo al fenómeno de estudio, si su proyecto se adecúa a la condición que caracteriza a la metodología de investigación cuantitativa o, por el contrario, se adapta a las propiedades de la metodología de investigación cualitativa. Por un lado, el paradigma positivista, lógico y empírico analítico, en el que se dispone la investigación cuantitativa. Por otro lado, el paradigma interpretativo, simbólico y constructivista, en el que se ubica la investigación cualitativa (Polit y Hungler, 2000: 11-14). La adopción de uno u otro paradigma emerge de la naturaleza del fenómeno estudiado, de nuestros objetivos, inquietudes e hipótesis y limitará los procedimientos de estudio que se utilizarán en la investigación (Parahoo, 2006: 38; Pérez Serrano, 2004: 16-18; Ruiz Olabuénaga, 2003: 11-13).

A este respecto, Ruiz Olabuénaga (2003: 13) utiliza este esquema de Plummer (1983) para sintetizar estas dos perspectivas: la humanista y la positivista.

<b>DOS PLANTEAMIENTOS</b>		
	<b>Humanista</b>	<b>Positivista</b>
<b>Focos de estudio</b>	Únicos, idiográficos Centrados en lo humano Lo interior, subjetivo Significado, sentimiento	Generales y homotéticos Centrados en la estructura Lo exterior, objetivo Cosas, sucesos
<b>Epistemología</b>	Fenomenología Relativista Perspectivista	Realista Absolutista esencialista Lógico positivista
<b>Tarea</b>	Intentar, comprender Describir, observar	Explicación causal Medir
<b>Estilo</b>	Suave, cálido Imaginativo Válido, real, rico	Duro, frío Sistemático Fiable, replicable
<b>Teoría</b>	Inductiva, concreta Cuenta historias	Deductiva y abstracta Operacionalismo
<b>Valores</b>	Comprometida ética y políticamente Igualitarismo	Neutral ética y políticamente Pericia y Elites

Tabla 1. Dos planteamientos, dos metodologías (Ruiz Olabuénaga, 2003:13)

En lo que se refiere a Gummesson (Ruiz Olabuénaga, 2003: 13-14), la distinción entre ambos paradigmas queda sintetizada como se muestra en la siguiente tabla:

PARADIGMA HERMENÉUTICO	PARADIGMA POSITIVISTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Investigación centrada en el entendimiento e interpretación.</li> <li>✚ Los investigadores se concentran en generalizaciones específicas y concretas (&lt;&lt;teoría local&gt;&gt;), pero también en ensayos y pruebas.</li> <li>✚ La distinción entre hechos y juicios de valor es menos clara. Se busca el reconocimiento de la subjetividad.</li> <li>✚ El entendimiento previo que, a menudo, no puede ser articulado en palabras o no es enteramente consciente - el conocimiento tácito juega un importante papel. Los datos son principalmente no cuantitativos.</li> <li>✚ Los investigadores aceptan la influencia tanto de la ciencia como de la experiencia personal; utilizan su personalidad como un instrumento.</li> <li>✚ Los investigadores permiten, tanto los sentimientos, como la razón para gobernar sus acciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Investigación concentrada en la descripción y explicación.</li> <li>✚ Está dirigido por teorías e hipótesis expresadas explícitamente.</li> <li>✚ La investigación se concentra en la generalización y abstracción.</li> <li>✚ Los investigadores buscan mantener una clara distinción entre hechos y valores objetivos.</li> <li>✚ Son centrales las técnicas estadísticas y matemáticas para el procesamiento cuantitativo de datos.</li> <li>✚ Los investigadores mantienen una distancia entre ellos y el objeto de estudio; desempeñan el papel del observador externo.</li> <li>✚ Distinción entre ciencia y experiencia personal.</li> <li>✚ Los investigadores tratan de ser emocionalmente neutrales.</li> <li>✚ Los investigadores descubren un objeto de estudio externo a sí mismo, más que &lt;&lt;crean&gt;&gt; su propio objeto de estudio.</li> </ul>

Tabla 2. Oposición del tradicional paradigma positivista al paradigma hermenéutico según Gummesson adaptado (Ruiz Olabuénaga, 2003: 13-14)

## 2.2. Ciencias naturales, ciencias humanas

Dilthey (1976) (Van Manen, 2003: 21-22) expuso la distinción entre ciencia natural y ciencia humana. La ciencia física o natural, denominada *Naturwissenschaften*, posee un objeto de estudio diferente al de la ciencia humana, denominada *Geisteswissenschaften*. Las ciencias naturales estudian los acontecimientos naturales, las cosas, los objetos de la naturaleza y el modo en que se comportan estos mismos. Las ciencias naturales optan por la medición matemática, el experimento controlado y la observación distanciada. La ciencia natural clasifica los acontecimientos naturales y trata de establecer relación causal, esto es, relacionar unos eventos con otros mediante conexiones necesarias. Por otra parte, las ciencias humanas estudian a las personas en el mundo, quienes construyen elementos con significado que evidencian el modo en el que el ser humano permanece en el mundo. Si se profundiza en el planteamiento de las ciencias humanas o *Geisteswissenschaften*, es el mundo humano determinado por la *Geist*, esto es, la psique, la conciencia, los valores, las acciones, los sentimientos y las emociones por medio de los cuales se pretende explicar y analizar los fenómenos humanos y sobre nosotros mismos en el entendimiento del significado de las experiencias vividas. Dilthey (1976) explicaba que “nos explicamos la naturaleza, pero la vida humana la tenemos que entender” (Van Manen, 2003: 22). Las ciencias humanas persisten en el planteamiento del significado de los fenómenos humanos y la comprensión de las experiencias vividas. Van Manen explica que el procedimiento de las ciencias humanas radica en la descripción, la explicación y el análisis sobre nosotros mismos (Van Manen, 2003, 22-23).

En la investigación en enfermería ha predominado el enfoque cuantitativo (Cabrero y Richart, 1996: 214). Sin embargo, se ha confirmado la existencia de un incremento de investigación cualitativa en nuestra disciplina en las últimas décadas (Cabrero y Richart, 1996: 214-215; Streubert, 2011). Esto se debe a la existencia de determinados fenómenos que no pueden ser estudiados desde una perspectiva exclusivamente biológica, sino que necesitan ser planteados desde una perspectiva cualitativa, que permita describir, interpretar y comprender el significado de los mismos (Topping, 2008). Ruiz Olabuénaga (2003: 17) defiende

que frente a la exclusividad de lo científico, que denota el sometimiento de la ciencia social positivista, surge otra opción científica, la metodología de investigación cualitativa.

Los investigadores cuantitativos distinguen el control y la explicación; los cualitativos, la comprensión de la relación establecida entre todo lo que existe. El modelo cuantitativo se esfuerza por cercar la interpretación personal en el diseño, la recogida y el análisis de los datos, una fase que se estima como “libre de valores”. Por otro lado, el modelo cualitativo advierte que la persona consciente de la interpretación esté en el trabajo de campo, la observación, emitiendo juicios subjetivos y analizando (Stake, 1999: 45). Una conveniente aproximación a la comprensión radica en impregnarse de testimonios, historias y relatos que faculten el entendimiento del fenómeno basado en la experiencia (Stake, 1999: 42-44).

Ortega y Gasset (1946-1947) sostenía que, una perspectiva es falsa en el momento que ambiciona ser exclusiva. No existe un único punto de vista, sino que la pluralidad de la existencia humana prescinde de lo verdadero y lo falso. Este autor insiste en el discernimiento que permite incorporar la dimensión perspectivista de la realidad, una razón trascendental e histórica. Esta razón trascendental demuestra que las desemejanzas individuales, las características de cada pueblo y hecho histórico, no constituyen obstáculos para concretar la realidad, sino que integran el órgano a través del cual se comprende, se capta la realidad. Cada individuo constituye un punto de vista fundamental e irremplazable (197-203).

El antagonismo existente entre ambos paradigmas de investigación, aceptados universalmente, reside en que, por un lado, el positivismo se fundamenta en el análisis estadístico de los datos alcanzados a través de experimentos y/o investigaciones comparativas y descriptivas. Sin embargo, la hermenéutica simboliza la rebeldía frente a la severidad del positivismo en un intento de descubrir un método más consonante con determinados problemas sociales (Ruiz Olabuénaga, 2003: 12-13). Por otro lado, la disconformidad entre ambos paradigmas de investigación, la metodología cuantitativa y la cualitativa, se manifiesta en el momento en el que se sugiere una supremacía de una

metodología sobre otra (Ballestín y Fàbregues, 2018; Cabrero y Richart, 1996; Ruiz Olabuénaga, 2003: 11). Pese a que existen autores que se pronuncian sobre dos paradigmas científicos incompatibles, la concepción del mundo desde una u otra perspectiva, la pregunta de investigación, el proyecto de trabajo y las pautas que rigen la recogida y el análisis de datos, entrañan la utilización de la metodología de investigación más adaptada a los aspectos anteriormente citados (Pérez Serrano, 2004; Ruiz Olabuénaga, 2003: 11-12). Esto quiere decir que, el problema de investigación y/o la exploración de respuestas orientan el enfoque, no debe suceder a la inversa. En síntesis, la utilización de una metodología de investigación obedece al momento que el investigador pretende priorizar (Calero, 2000: 195-197).

¿Por qué investigar en ciencias humanas? (Van Manen, 2003: 23).

Nietzsche se cuestionaba dos interrogantes. Por un lado, el significado de estudiar al ser humano en su humanidad. Por otro, la metodología necesaria para este tipo de estudio. Diógenes fue un filósofo griego perteneciente a la escuela cínica que vivió en el siglo IV a. C. Fue un intelectual poco convencional y cuentan que paseaba por su ciudad con una linterna encendida a la luz del día y, cuando se le preguntaba por lo que buscaba, él respondía: “Ni siquiera con una linterna a plena luz del día puedo encontrar a un verdadero ser humano” (Van Manen, 2003: 23). En este momento, el público se designaba como tal. A lo que él respondía: “Yo quiero seres humanos verdaderos” (Van Manen, 2003: 23). Esta anécdota, aparentemente sin propósito, perpetuó en el tiempo por el significado que abrazaba. No únicamente por la pregunta con respecto a la naturaleza del ser humano, sino por el hecho de plantearla. Este pensador griego insistía en que “un ser humano no es simplemente algo que uno sea de forma natural, sino que es algo que uno mismo debe intentar ser” (Van Manen, 2003: 23). Sustentándose en este suceso, Nietzsche expresaba que “quienquiera que esté buscando al ser humano, primero tiene que encontrar la linterna” (Van Manen, 2003: 23).

La investigación en las ciencias humanas compromete el planteamiento y la reflexión del modo en que se experimenta el mundo como ser humano. El hecho de inquirir, controvertir y teorizar, en términos de Van Manen (2003: 23-



24), comprende una forma de unirse al mundo, de ser parte de él, de conocer aquello que es más intrínseco al ser.

Con el propósito de alcanzar los objetivos planteados, se ha elegido la metodología de investigación cualitativa por constituir el enfoque más pertinente para profundizar en el concepto de los cuidados en palabras de las propias enfermeras. Esta metodología ha constituido la linterna, el faro en mi búsqueda individual de la experiencia de la enfermera en la UCI. No únicamente por lo que significa serlo de forma natural, sino por lo que las enfermeras intentan ser en su práctica diaria profesional.

La investigación cualitativa concede la proximidad al mundo empírico. Este método permite una alianza entre los datos y lo que las personas expresan y ejecutan. La observación de las personas en su cotidianidad y la comprensión de sus pensamientos posibilitan un conocimiento directo de la vida social, sin conceptualizaciones, definiciones operacionales y/o escalas clasificatorias. Por el contrario, no se trata de una exploración impresionista, insustancial o frívola; sino que los procedimientos, aunque rigurosos, no tienen por qué convertirse en estandarizados (Taylor & Bogdan, 2013: 22).

El *mundo real* de las enfermeras de la UCI ha constituido el *laboratorio* de esta investigación cualitativa. La transformación del instinto en conocimiento y la evolución de un interrogante sugerente en una revelación, ha constituido un proceso dirigido por las posibilidades y, en ausencia de éstas, por la lucha de hacerlas visibles, evidentes, traerlas a la superficie más allá de un proceso regido por el azar. Múltiples caminos convergen en el conocimiento abstracto. Sin embargo, la complejidad de describir la magia del método cualitativo, no implica que no se pueda considerar, analizar y debatir sobre la misma (Morse, 2005: 26-49).

## 2.3. La investigación cualitativa

### 2.3.1. Perspectiva histórica

De acuerdo a los comienzos de la investigación cualitativa, se sustenta que la observación explicativa, la entrevista y otros procedimientos cualitativos son, al menos, tan remotos como la historia escrita. Wax (1971) declara que el trabajo de campo se remonta a tiempos de historiadores, exploradores y escritores, desde el griego Heródoto hasta Marco Polo. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX cuando los métodos cualitativos fueron utilizados de forma consciente en el marco de la investigación social (Taylor & Bogdan, 2013: 17).

En Antropología, Boas (1911) y Malinowski (1932) legitimaron el trabajo de campo en virtud de sus aportaciones. El proceso de estructuración entre trabajo de campo etnográfico y teoría antropológica surgió a finales del siglo XIX y se afianzó a consecuencia de la publicación de Bronislaw Malinowski del insigne apartado metodológico denominado *Los argonautas del Pacífico occidental*, en la segunda década del siglo XX. Por otro lado, Franz Boas, considerado el padre de la Antropología norteamericana moderna, irrumpió en la Antropología por su dedicación a los modos sensitivos de la experiencia, fundamentalmente en su trabajo de campo. Este físico alemán, influenciado por la experiencia de campo, el contacto con las culturas nativas y determinados experimentos frustrados en el laboratorio de Wilhelm Wundt, hicieron que desestimara la validez absoluta de los modelos propuestos por la física y las ciencias naturales en pro de la comprensión subjetiva de las culturas y sociedades en su esencia. Ello originó una inclinación por la comprensión subjetiva de las culturas, la preeminencia del trabajo de campo frente a la antropología de sillón. Desde la perspectiva de Boas, el trabajo del antropólogo se fundamenta en el descubrimiento de las características de las sociedades y culturas, por lo que el manejo de la lengua nativa y la observación *in situ* se transformaban en imprescindibles (Apud, 2013: 217).

Como consecuencia de la aportación de estos autores en la academia, tanto la investigación de campo como la observación participante, continúan vinculadas a la Antropología. Asimismo, los métodos cualitativos de investigación pertenecen a la historia de la sociología norteamericana. Entre los años 1910 y

1940, la *Escuela de Chicago* divulgó múltiples estudios de observación participante sobre la vida urbana. Los estudiosos de la década de 1940, dominaban la observación participante, la entrevista en profundidad y los documentos personales. A pesar de ello, el interés por el método cualitativo disminuyó hacia el final de la década de los cuarenta y principios de la del cincuenta, con el resurgimiento de grandes teorías, tal como constituye la de Parsons en 1951 y los métodos cuantitativos. En cambio, la producción de investigaciones significativas en el marco de la metodología cualitativa resurgió en la década de los sesenta, pues no pudo ser aislada por la consideración de sus aportaciones (Taylor & Bogdan, 2013, 17-19).

Con respecto a la perspectiva histórica de la investigación cualitativa, Valles (2000: 21) sugiere una cita de Kirk y Miller (1986: 10) que insiste en que “la investigación cualitativa es un fenómeno empírico, localizado socialmente, definido por su propia historia, no simplemente una bolsa residual conteniendo todas las cosas que son “no cuantitativas”. Este autor persiste en la dificultad de establecer un esquema temporal de la evolución de la perspectiva de investigación cualitativa en las ciencias sociales. Es por ello que aporta diferentes planteamientos, de los que se ha seleccionado la cronología propuesta por Denzin y Lincoln (Valles, 2000, 31-34), que comprende cinco períodos:

PARÉNTESIS CRONOLÓGICO	DENOMINACIÓN DEL PERÍODO HISTÓRICO	CARACTERIZACIÓN
(1900-1950)	Tradicional	Positivismo. Época del <i>etnógrafo solitario</i>
(1959-1970)	Modernista o “edad dorada”	Postpositivismo. Análisis cualitativo riguroso (Becker et al., 1961 y Glaser & Strauss, 1967)
(1970-1986)	Géneros desdibujados	Interpretativismo (Geertz, 1973 y 1983)
(1986-1990)	Crisis de representación	Reflexividad, (auto)crítica (Marcus y Fischer, 1986; Clifford, 1988)
(1990- )	Postmoderno	Descubrimiento y redescubrimiento de modos de investigar cualitativos

Tabla 3. Temporalización histórica de la investigación cualitativa en el siglo XX  
(Valles, 2000, 31-34)

Valles (2000: 33-34) interpreta las características que determinan cada período:

□ El período tradicional constituye el momento de la etnografía clásica. Se caracteriza por la redacción de narraciones objetivas de las experiencias de campo por parte de los investigadores cualitativos, reflejo del paradigma científico positivista. En este período, los investigadores se esfuerzan por reproducir interpretaciones válidas, fieles e imparciales. La persona a la que estudiaban era considerada extranjera, extraña. En Antropología es el período del *etnógrafo solitario*, personificado en las figuras de Malinowski y Radcliffe-Brown. Esta etnografía de la modernidad temprana, que examinaba grupos culturales desde el encierro territorial, fue descrita por Rosaldo en los siguientes términos:

Una vez, el etnógrafo solitario se marchó al ocaso en busca de “su nativo”. Después de pasar una serie de pruebas encontró al objeto de su búsqueda en una tierra lejana. Ahí, sufrió su rito de paso, resistiendo el sumo juicio de “la investigación de campo”. Después de recopilar “los datos”, el etnógrafo solitario regresó a casa y escribió una historia “verdadera” de “la cultura”... El etnógrafo solitario describió a los colonizados como miembros de una cultura armoniosa, homogénea internamente e inalterable... (Rosaldo, 1989: 39).

□ El período modernista se identifica por la perseverancia en el propósito de formalización de los métodos cualitativos (Cicourel, 1964; Glaser y Strauss, 1967; Filstead, 1970; Lofland y Lofland, 1971; Bogdan y Taylor, 1975; entre otros). Según Denzin y Lincoln (1994) “los investigadores trataron de encajar los argumentos de Campbell y Stanley (1963: 8) sobre la validez interna y externa en los modelos construccionista e interaccionista del acto de la investigación” (Valles, 2000: 33).

□ Esta etapa se conoce como “géneros desdibujados” o “borrosos” (*blurred genres*), pues la frontera entre las ciencias sociales y las humanidades se había difuminado. En esta circunstancia, los investigadores sociales indagan en la hermenéutica y en la semiótica, en nuevas hipótesis y métodos de análisis. Como consecuencia de ello, la metodología cualitativa se consolida con el desarrollo de incipientes paradigmas, como son: el post-estructuralismo, el

neopositivismo, el neo-marxismo, el deconstruccionismo y la etnometodología, entre otros. Denzin y Lincoln (1998) la describen como la “edad dorada” de la investigación cualitativa. Las obras de Geertz denominadas *The Interpretation of Cultures* (1973) y *Local Knowledge* (1983) supusieron el preámbulo y el desenlace de esta época histórica. Este autor demanda la reconsideración de la presentación y representación de los textos y la certificación de los criterios evaluadores de la etnografía (Valles, 2000: 33).

□ El cuarto período es considerado por Denzin y Lincoln (1994) una prolongación del anterior, el perfeccionamiento de la fase precedente. Se designa como una etapa de “crisis de representación”. Por un lado, los investigadores sociales se enfrentan a una crisis de representación. Por otro, a un desequilibrio de legitimación. La crisis de representación evidencia una objeción a una creencia que resultaba básica en la investigación cualitativa anterior, la facultad del investigador monopolizaba la *experiencia vivida*. En segundo lugar, la crisis de legitimación compromete la consideración de los principios estimados arcaicos para una adecuada evaluación de los resultados de investigación cualitativa. En este caso, se alude a los conceptos de validez y fiabilidad (Valles, 2000: 34).

□ La última etapa o “quinto momento” (Denzin & Lincoln, 1994: 11), apartado pendiente de clausura. Éste insiste en la importancia, no solo de sugerir un intervalo de la historia con unas características determinadas, sino de pronosticar conclusiones, entre las que se encuentran (Valles, 2000: 34):

A) La historia impregna el presente como herencia legítima o contra la que se enfrenta.

B) En la actualidad, la heterogeneidad de paradigmas es más amplia que nunca.

C) Se asiste al descubrimiento y redescubrimiento de los modos de investigar cualitativos.

D) La metodología de investigación cualitativa que profundiza en la clase, la raza, el género y la etnicidad, convirtiéndose en un proceso multicultural, nunca podrá ser enfocada desde una perspectiva positivista, objetiva o neutra (Denzin & Lincoln, 1994: 11. En Valles, 2000: 34).

Determinadas consideraciones históricas resultan ineludibles para el aprendizaje del politólogo o sociólogo, así como para la comprensión de los expertos de lo social de la investigación cualitativa. La idoneidad de contextualizar y delimitar históricamente los argumentos ontológicos de la investigación social ha sido defendida por los autores como necesaria en la transformación de lo epistemológico y lo metodológico. A tal efecto, Hughes (1980/1987: 24-25) escribía:

“... debemos seguir el consejo de Toulmin y abstenernos de considerar la epistemología como disciplina autónoma sin raíces en el pensamiento de un período histórico determinado (...). Por ejemplo... Descartes y Locke, dos de las principales figuras filosóficas, pese a su genio fueron hombres de su tiempo y examinaron los principios del conocimiento humano a la luz de las ideas que entonces prevalecían sobre el orden de la naturaleza y el sitio que ocupaba el hombre dentro de éste. Según Toulmin, dieron por supuestos tres ‘lugares comunes’: que la naturaleza era fija, inmutable y podía conocerse con ayuda de principios racionales igualmente fijos, inmutables y universales; que existía un dualismo entre la mente y la materia (...); y, finalmente, que el criterio del conocimiento, de certeza inobjetable, lo suministra la geometría, criterio conforme al cual debía juzgarse toda otra forma de conocimiento (...). Esta concepción ofrecía tanto una descripción ontológica básica del mundo como prescripciones epistemológicas sobre el modo en que ese mundo debía investigarse. Dirigía la atención de los científicos y filósofos y, con el tiempo, se estableció como versión autorizada del mundo...” (Valles, 2000: 22).

La investigación cualitativa detenta una historia heterogénea, procede de la curiosidad del ser humano y han sido los etnógrafos, los psicólogos sociales, los historiadores y los críticos literarios quienes, a lo largo de la historia, la han enfocado desde un punto de vista juicioso. El filósofo Wilhelm Dilthey sostenía

que la ciencia no se transformaba en una dirección que auxiliara al ser humano en la comprensión de sí mismo en los siguientes términos (Stake, 1999: 41):

Solo desde sus acciones, desde sus manifestaciones inmutables, desde el efecto que produce en otros, puede el hombre aprender sobre sí mismo; así que aprende a conocerse solo por la vía circular de la comprensión. Lo que fuimos, cómo nos desarrollamos y nos convertimos en lo que somos, lo aprendemos por la forma en que actuamos, por los planes que una vez seguimos, por la forma en que nos sentimos en vocación, por los antiguos y caducos conocimientos, por los juicios que hace tiempo se nos hicieron... Nos comprendemos, a nosotros y a los otros, cuando transmitimos nuestras experiencias vividas a todo tipo de expresión propia y a las vidas de los demás.

A continuación se expone una tabla en la que se explican las características más importantes de los estudios cualitativos (Stake, 1999: 49):



HOLÍSTICO	EMPÍRICO	INTERPRETATIVO	EMPÁTICO
<p><b>Está contextualizado</b></p> <p><b>Orientado al caso</b></p> <p><b>Evita el reduccionismo</b></p> <p><b>Busca comprender su objeto más que comprender en que se diferencia de los otros</b></p>	<p>Orientado al campo de observación</p> <p>Énfasis en lo observable, incluyendo las observaciones de los informantes</p> <p>Naturalista, no intervencionista</p> <p>Preferencia por las descripciones en lenguaje natural</p>	<p>Los investigadores confían más en la intuición</p> <p>Los observadores de campo tratan de reconocer los acontecimientos relevantes para el problema</p> <p>La investigación es una interacción del investigador y el sujeto investigado</p>	<p>Atiende a la intencionalidad del actor</p> <p>Busca los esquemas de referencia de los actores, sus valores</p> <p>El diseño atiende, aunque planificado, a nuevas realidades; responde a nuevas situaciones</p> <p>Los temas son émicos</p> <p>Los informantes sirven de experiencia indirecta</p>

Tabla 4. Características de los estudios cualitativos (Stake, 1999: 49)

### **2.3.2. Pertinencia de un estudio cualitativo**

La metodología evidencia la condición en que se orienta un problema y se explora su respuesta (Taylor y Bogdan, 2013: 15). El argumento que fundamenta la elección de la investigación cualitativa se basa en la naturaleza del fenómeno investigado. Como afirman Strauss y Corbin (2002: 12) “toda la investigación que intenta comprender el significado o naturaleza de la experiencia de personas, se presta a trabajos de campo para encontrar lo que la gente hace y piensa”. Flick (2004) ratifica que la investigación cualitativa, ligada a la investigación naturalista, constituye la metodología más pertinente para el estudio de las experiencias vividas y las relaciones sociales.

La metodología cualitativa no pronostica ni controla los fenómenos (estudio de variables), sino que persiste en la exposición estricta de la cotidianidad (estudio de las personas) (Streubert & Carpenter, 1995). La finalidad de esta metodología radica en comprender e interpretar la realidad, el comportamiento y el sentido que otorgan las personas y generar conocimiento nuevo (Schwandt, 1994). A tal efecto, el investigador comprende la realidad en un contexto determinado. En este contexto de trabajo, para comprender los significados que las enfermeras otorgan al acto de cuidar en su cotidianidad, resulta pertinente utilizar la investigación cualitativa.

Con el propósito de introducir el marco teórico metodológico en el que se sustenta este proyecto, en este apartado se descubre la esencia de la investigación cualitativa, sus métodos de recogida y análisis de datos.

Toda investigación que explora y produce hallazgos mediante procedimientos no estadísticos se revela como investigación cualitativa. Habitualmente se trata de investigaciones sobre la vida de las personas, experiencias vividas, comportamientos, emociones y sentimientos. La utilización de la investigación cualitativa predomina en las ciencias sociales e insiste en el aspecto individual, holístico y dinámico de la experiencia humana (Silverman, 2000). Sus métodos de investigación adquieren una perspectiva interpretativa, pues profundizan en el significado y el entendimiento de la conducta humana (Topping, 2008). La investigación cualitativa posibilita el entendimiento del

mundo “de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven” (Schwandt, 1994: 118).

En palabras de Sandín (2003: 139), diversos autores reconocen el proceso de investigación cualitativa como “emergente, flexible y no lineal” y subrayan su condición contextual y de adecuación a la realidad, esto es, el desarrollo de la misma necesitará de la información recogida durante el estudio.

A su vez, Taylor y Bogdan (2013: 20-23) manifiestan que la metodología de investigación cualitativa genera datos descriptivos, que son: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Desde la perspectiva de estos autores, estas son las características de la investigación cualitativa:

- La investigación cualitativa es inductiva. Constituye una investigación flexible que parte de interrogantes imprecisos. Los investigadores desarrollan el entendimiento conforme comprenden los datos; no se reúnen los datos para evaluar teorías preestablecidas.

- El investigador cualitativo advierte a las personas y el ámbito desde una perspectiva holística. Las personas y el contexto no son sintetizados como variables, sino que son considerados íntegramente.

- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que provocan sobre las personas objeto de estudio. Aunque este efecto no puede ser excluido, se trata de dirigir o disminuir.

- El investigador cualitativo trata de experimentar la realidad de las personas que estudia para conocer su modo de ver el mundo.

- El investigador cualitativo suspende sus propias convicciones. Tal y como lo expresaba Bruyn (1966), el investigador cualitativo contempla el mundo como si los acontecimientos se produjeran por primera vez.

□ Desde la perspectiva del investigador cualitativo, cada uno de los enfoques son valiosos. No existe una verdad absoluta, sino que persigue el entendimiento desde la perspectiva de los sujetos.

□ Los métodos cualitativos poseen una naturaleza humanista. El estudio cualitativo de las personas posibilita el entendimiento de su experiencia en su lucha constante en la sociedad.

□ La investigación cualitativa prioriza la validez de la investigación. No utiliza procedimientos necesariamente estandarizados. Sin embargo, se trata de un procedimiento riguroso.

□ En investigación cualitativa todas las personas y escenarios son dignos de estudio.

□ La investigación cualitativa es un arte. El investigador no se convierte en prisionero de un procedimiento o técnica, sino que los métodos sirven al investigador.

### **2.3.3. Técnicas de recogida de información en la investigación cualitativa**

En investigación cualitativa, las diversas técnicas existentes confieren una recogida de información de acuerdo con el sistema perceptual e interpretativo del investigador. Además, capacitan la recepción de información desde el punto de vista de los participantes y la comparación y la constatación de la perspectiva del investigador de acuerdo a los juicios y consideraciones de los informantes. Asimismo, estas técnicas facultan como fuentes de datos al investigador o a las personas participantes sobre sí mismos en el ejercicio de determinados cometidos en un contexto definido (Rodríguez Gómez, 1999: 144).

En investigación cualitativa, se ambiciona la conquista de datos en profundidad en las propias palabras de los informantes. Lo sugestivo radica en la

consecución de concepciones, convicciones, prácticas, experiencias, sensaciones, turbaciones e inquietudes de los participantes, desde una perspectiva individual, grupal o colectiva (Hernández, Fernández y Baptista, 2007). Con el propósito de abordar fenómenos complejos fundamentados en las experiencias de las personas y de emprender otras fórmulas de ver y comprender la realidad social que confieran la máxima riqueza informativa, se necesitan determinadas técnicas de recogida de datos que lo garanticen. En consecuencia, las técnicas de recogida de información fundamentales en investigación cualitativa son: las técnicas de lectura y documentación, la observación, la entrevista en profundidad, como técnica estrella, y los grupos focales (Ruiz Olabuénaga, 2003: 73, 122-123).

Por un lado, la lectura de documentos radica en una construcción política y social, en la que participa no solo el autor, sino también el investigador que los analiza e interpreta (Ruiz Olabuénaga, 2003: 123). Una vez seleccionado el fenómeno a estudio, la revisión bibliográfica contribuye en la concisión del problema y en el planteamiento de las más pertinentes preguntas de investigación (Polit y Hungler, 2000: 77). La técnica de lectura y documentación permite al investigador comprender y dominar el estado actual del conocimiento sobre un fenómeno determinado y considerar cuestiones menos estudiadas. Esta revisión faculta el reconocimiento de respuestas a las dificultades que acontecen y/o al enriquecimiento de la práctica. Además, el análisis de este material facultará la perspectiva del fenómeno, indispensable para que el investigador aborde los resultados de la investigación, así como el análisis comparativo con otras revelaciones que vaticinen y asistan nuevos proyectos de investigación (Polit y Hungler, 2000: 78).

Sin embargo, Strauss y Corbin (1990: 48) advierten de la revisión exhaustiva de la literatura, pues existe el riesgo de vulnerar la originalidad y la ingeniosidad del investigador. Por este motivo, insisten en la utilidad de la literatura más destacada y el esfuerzo por no ser apresados por la misma, pues la metodología cualitativa está orientada a la producción de teoría, más que a la comprobación de la misma (Valles, 2000: 85).

En segundo lugar, la observación se comprende y ejecuta como el ingreso en una realidad social, ya sea como espectador o como parte de la misma (Ruiz Olabuénaga, 2003: 123). Ruiz Olabuénaga e Ispizua (1989: 79-80) definen la observación en los siguientes términos:

“La observación es una de las actividades comunes de la vida diaria... Esta observación común y generalizada puede transformarse en una poderosa herramienta de información social y en técnica científica de recogida de información si se efectúa:

- *Orientándola* y enfocándola a un objetivo concreto de investigación, formulado de antemano.
- *Planificándola* sistemáticamente en fases, aspectos, lugares y personas.
- *Controlándola* y relacionándola con proposiciones y teorías sociales.
- *Sometiéndola* a controles de veracidad, de objetividad, de fiabilidad y de precisión”.

El método observacional implica la delimitación de una unidad de observación, la observación propiamente dicha y el registro sistemático de conductas, actitudes, acontecimientos, circunstancias y atmósferas relevantes para el fenómeno de investigación. Cada actividad, expresión o frase instituye una entidad que, a su vez, podría fraccionarse en entidades más reducidas (Polit y Hungler, 2000: 349).

El esquema y el contenido de una conversación no radica en la dificultad de su apreciación y registro, sino que la complejidad se fundamenta en la traducción de las emociones, carencias y miedos de las personas que, en ocasiones, no son expresados de forma verbal. Por este motivo, la perceptibilidad y reproducibilidad de los indicios no verbales suponen un desafío fundamental en el ámbito de la salud (Polit y Hungler, 2000: 348).

Por otro lado, la entrevista, técnica estrella de la recogida de información en investigación cualitativa (Ruiz Olabuénaga, 2003: 165), constituye un diálogo dirigido en el que resulta imprescindible la habilidad de hacer preguntas y escuchar las respuestas. No se trata de una herramienta mecánica, pues se

encuentra influenciada por las características del investigador, las del entrevistado y el contexto (Ruiz Olabuénaga, 2003: 122-123).

La entrevista compromete una interacción en la que, tanto el entrevistador como el entrevistado, se condicionan de forma consciente o inconsciente. Esta interrelación social ficticia comprende una circunstancia excepcional que propicia determinado contenido exclusivo que únicamente puede entenderse en este contexto de intercambio. Esta excepcionalidad se debe a las características orgánicas, culturales, educativas, sociales y de conducta, tanto del investigador como del entrevistado (Ruiz Olabuénaga, 2003: 165). La entrevista, en suma, constituye una técnica que permite la transferencia verbal de la definición que el sujeto aporta con respecto a su situación personal. En términos de Ruiz Olabuénaga et al. (2003: 166-167), la entrevista compromete un sacrificio de “re-inmersión” del investigado frente al entrevistador que realiza una actividad cuasi teatral. La entrevista constituye, en cierta medida, una condición de libertad y confianza. Esta condición argumenta la factibilidad de esta inmersión teatral.

A diferencia de la observación, que asiste al “festum in vivo”, esto es, que convive con el fenómeno de investigación paralelamente, la entrevista fundamenta una recreación “post festum”. Esta reconstrucción radica en una revelación en retrospectiva.

En las propias palabras de Ruiz Olabuénaga et al. (2003: 167), la entrevista:

- Se configura con una estructura de *relato de un suceso*, relatado por la *misma persona* que lo ha vivenciado, y desde *su punto de vista*.
- La entrevista en sí es el *contexto* en el cual se configura este relato, y crea una *situación social* para que suceda. En este relato, el entrevistador ejerce la función de *facilitador*.

En definitiva, el entrevistador constituye el instrumento de la investigación y no lo es un cuestionario de entrevista. Se trata de comprender la perspectiva del informante “tal como la expresa con su propia vida” (Taylor y Bogdan, 2013: 101). La entrevista instituye un potente instrumento, pues en palabras de Benney y Hughes (1956: 142) “constituye un encuentro en el que ambas partes se

comportan como si fuesen de igual status durante su duración sea esto o no así” (Ruiz Olabuénaga, 2003: 167).

Por otro lado, los grupos focales se han transformado en una opción efectiva y muy empleada en la obtención de datos cualitativos. En lo que respecta al número y tipología de preguntas, se recomienda que sean destacadas para que dinamiten en profundidad las experiencias de las personas, así como respondan a los objetivos de investigación planteados. Por otra parte, en este tipo de procedimiento, la figura del moderador resulta esencial en el progreso y perfección de la técnica, pues constituye el miembro que tiene la responsabilidad de fundar una atmósfera favorable para la consecución de información relevante para el estudio. La realización de un grupo focal requiere organización y tiempo (Rodas y Pacheco, 2020).

#### **2.3.4. Principales métodos en investigación cualitativa**

Dentro de la investigación cualitativa, existen múltiples métodos de estudio. El pasado investigativo sobre el que se sostienen está vinculado a las disciplinas de la Antropología, la Psicología y la Sociología (Polit y Hungler, 2000: 234-235). Pese a que existen diversos métodos, se destacan la fenomenología, la teoría fundamentada y la etnografía, entre otros.

Estos tres métodos comparten la investigación de la experiencia humana y la inclinación por interpretarla desde la perspectiva de los participantes. Sin embargo, aunque sus esfuerzos se orientan en dirección a la vida cotidiana de los participantes, poseen enfoques diferentes (Robson, 2002).

A continuación, se definen los métodos de la fenomenología, la teoría fundamentada y la etnografía, así como sus principales características, propósitos y técnicas propias de recogida de información:



### 2.3.4.1. La fenomenología

El origen de la fenomenología se remonta a los primeros años del siglo XX en la escuela de pensamiento filosófico instituida por Husserl (1859-1938). La fenomenología se caracteriza, frente a otras modalidades de investigación de carácter cualitativo, por la perspectiva sobre la experiencia subjetiva y lo individual (Rodríguez, Gil y García, 1999: 40).

En términos de Bullington y Karlson, “la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad” (Bullington y Karlson, 1984; citado por Tesch, 1990: 49; visto en Rodríguez, Gil y García, 1999: 40). En lo que respecta a Merleau-Ponty (1962: 8), este autor insistía en que un fenómeno de la experiencia vivida evidencia el aprendizaje de re-explorar la experiencia básica del mundo (Van Manen, 2003: 50). O, tal y como declaraba Heidegger (1962: 58), la fenomenología es “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra por sí mismo, efectivamente por sí mismo” (Van Manen, 2003: 51).

En investigación fenomenológica, se reconoce la percepción de la existencia humana como valiosa y reveladora por la propia consciencia que el ser humano tiene de la misma. La declaración *ser en el mundo* (o *encarnación*) constituye una consideración que evidencia que las personas contemplan, advierten, reflexionan y son juiciosas por la interconexión existente entre su cuerpo y el mundo (Polit y Hungler, 2000: 238).

La fenomenología insiste en las experiencias de vida de los sujetos. Los interrogantes que impulsan el esfuerzo del fenomenólogo son: ¿Cuál es la esencia de un determinado fenómeno conforme lo experimentan los sujetos? Asimismo, el fenomenólogo considera la existencia de una esencia que puede ser interpretada y entendida, así como el etnógrafo estima la existencia de las culturas (Polit y Hungler, 2000: 237).

Por otro lado, en palabras de Van Manen (1990: 8-13; citado por Mélich, 1994: 50), la investigación fenomenológica se caracteriza por:

- Examinar la experiencia vital, lo cotidiano (que se define como la experiencia no calificada).

- Explicar un fenómeno conscientemente. La consciencia entraña un propósito o intención.
- Estudiar la naturaleza del fenómeno que constituye un genérico con el objeto metódico de descubrir la configuración significativa del mundo de la vida.
- Describir el significado de la experiencia cotidiana, no así la instauración de correlaciones estadísticas de variables.
- Explorar un saber sistemático, latente, autocrítico e intersubjetivo, como lo es la ciencia fenomenológica, desde una perspectiva científica-humana.
- Experimentar la pertinencia e inspirar la práctica diaria de la educación.
- Constituir la búsqueda de significado del ser humano, esto es, qué es ser en el mundo.
- Reflexionar sobre la experiencia innata.

Existen cuatro elementos relevantes para el investigador fenomenologista, que son: espacio vivido o espacialidad, cuerpo vivido o corporalidad, tiempo vivido o temporalidad y relación humana vivida o relacionalidad (Polit y Hungler, 2000: 238).

El propósito de la fenomenología radica en la explicación de la experiencia vivida y las consideraciones que suscita. En términos de Tesch, “antes que estudiar el impacto de un programa diseñado para facilitar la integración de alumnos pertenecientes a minorías étnicas, por ejemplo, o estudiar la cultura de la clase multirracial, o las interacciones entre jóvenes de distintas razas, la fenomenología se interesaría por cómo es la experiencia de estar en una clase multirracial, o cómo es la experiencia de ser un alumno perteneciente a una minoría étnica (o mayoría) en una clase de integración” (1990: 49).

Las técnicas de recogida de información en investigación fenomenológica se asientan en la grabación de conversaciones y en la descripción de experiencias personales (Rodríguez, Gil y García, 1999: 41).

En conclusión, la fenomenología insiste en la experiencia de las personas y en el significado que les conceden. Este método de investigación se fundamenta en la instrucción del proceso de interpretación, en virtud de lo cual, las personas determinan su mundo y actúan en consecuencia (Rodríguez, Gil y García, 1999: 42).

#### **2.3.4.2. La teoría fundamentada**

Por otro lado, la teoría fundamentada fue expuesta por los autores Glaser y Strauss en el libro denominado *The Discovery of Grounded Theory* (1967), fundamentado en el interaccionismo simbólico (Polit y Hungler, 2000: 239; Rodríguez Gómez et al., 1996: 48). La teoría fundamentada que se rige por los preceptos de Glaser y Strauss, no emprende una investigación con un problema determinado, sino que el problema surge de los datos (Polit y Hungler, 2000: 239; Rodríguez Gómez et al., 1996: 48; Strauss y Corbin, 2002: 22).

El fundamento de la mayoría de los estudios de teoría fundamentada está sustentado en el desarrollo de una experiencia social caracterizada por determinadas etapas sociales y psicológicas que la representan. El propósito de la teoría fundamentada radica en la concepción de interpretaciones de fenómenos cimentados en la realidad (Polit y Hungler, 2000: 239).

En términos de Strauss y Corbin, la teoría fundamentada “es una metodología general para desarrollar teoría que está cimentada en una recogida y análisis sistemáticos de datos. La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos” (1994: 273; en Rodríguez Gómez et al., 1996: 48). En palabras de Sandoval (1997: 71), la teoría fundamentada es “una metodología general para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados; es una forma de pensar acerca de los datos y poderlos capturar. Aunque son muchos los puntos de afinidad en los que la teoría

fundamentada se identifica con otras aproximaciones de investigación cualitativa, se diferencia de aquellas por su énfasis en la construcción de teoría”.

En la teoría fundamentada, la recogida, el análisis de los datos y el muestreo acontecen de forma simultánea (Polit y Hungler, 2000: 239). El análisis lo constituye el diálogo entre el investigador y los datos (Strauss y Corbin, 2002: 22). Glaser y Strauss (1967) sugieren la utilización del *método de la comparación constante* y el *muestreo teórico* para progresar en la teoría fundamentada. El método de la comparación constante se define como la técnica de análisis que persiste en la consecución de un proceso dinámico y sistemático de fraccionamiento, conceptualización, reducción e incorporación de los datos, con el objeto de fundamentar una teoría. Este método compromete la comprobación de las presunciones, las características y las categorías que manan en los diversos marcos o contextos existentes. Por otro lado, el muestreo teórico se fundamenta en la recopilación de nuevos casos con el objetivo de precisar y extender, tanto los conceptos, como las teorías que se están proyectando (Polit y Hungler, 2000: 239; Rodríguez et al., 1996: 49).

Las fuentes de información fundamentales constituyen las observaciones de campo, las entrevistas, así como otro tipo de documentos: diarios, cartas, autobiografías, biografías y otros materiales audiovisuales, así como grabaciones audiovisuales (Rodríguez et al., 1996: 48).

Una de las discrepancias existentes entre la teoría fundamentada y otros métodos cualitativos radica en la generación de teoría. Por medio del proceso de teorización, evoluciona y/o se ratifica el por qué y el cómo de un fenómeno (Rodríguez et al., 1996: 49).

En consecuencia, la teoría fundamentada constituye un método inductivo (esto es, en base a los datos se concluyen hipótesis, conceptos y/o teorías), mientras que la fenomenología y la etnografía emplean y ratifican una teoría ya existente (Glaser, 1992).

### 2.3.4.3. La etnografía

La etnografía constituye el método por excelencia que han utilizado los antropólogos. Estos profesionales científicos alcanzaron ciudades foráneas e inquirieron “al enclave étnico, al gueto, que tuviera las características culturales y de organización con que él - etnógrafo - pudiera sentirse cómodo” (Hannerz, 1986, 13). Los primeros antropólogos fueron seducidos por lo salvaje, lo exótico.

En consecuencia, Park fundó un perfil de observación, externo al despacho, establecido en la calle. Frank Boas lo interpretó en el año 1925 en estos términos:

“La Antropología, las ciencias, se orientaron hasta ahora, sobre todo, para la investigación del hombre primitivo. No obstante, el hombre civilizado es también un interesante objeto de estudio, cuya vida es tanto para la observación como para la investigación es de fácil acceso. Vida y cultura de la ciudad son más diversas, refinadas, complejas, pero los motivos fundamentales son en ambos casos los mismos. Los métodos de la observación que etnólogos como Boas y Lowie han desarrollado en la investigación de la vida y las costumbres de los indios norteamericanos, se podrían utilizar para investigar las necesidades, las creencias, las prácticas sociales y en general las formas de vida en “la pequeña Italia” (Little Italy) o en el Lower North Side, o bien para caracterizar las refinadas formas de vida de los habitantes de Greenwich Village o del vecindario en torno a la Washignton Square en New York” (Imilan, 2007: 39).

La etnografía estudia todo aquello que es compartido culturalmente por un grupo de personas, así como las percepciones de sentido común de las experiencias cotidianas. La etnografía es la tarea de describir una cultura en particular (ethnos). Así, el etnógrafo quiere entender lo que uno debe saber como miembro de un grupo en particular, para convertirse de forma competente en miembro de ese grupo (Van Manen, 2003: 193).

Según Boyle (2003: 184-214), las características de la etnografía son:

- **La naturaleza contextual y holística.** El planteamiento fundamental de la etnografía radica en la necesidad de conocer el contexto para poder

comprender el comportamiento del ser humano. “Cualquier relato del comportamiento humano requiere que comprendamos los significados sociales de que está imbuido” (Hammersley y Atkinson, 1983: 9). Por ello, el etnógrafo, no solo debe detallar el comportamiento, sino explorar y reconocer la causa del mismo y las circunstancias en las que se produce. Lo diferenciador de la etnografía es el trabajo de campo. En palabras de Boyle (2003: 189), éste se define como “trabajar con gente por largos períodos de tiempo en su ambiente natural”. Además insiste en que “la observación participante caracteriza la mayor parte de la investigación etnográfica y es central para un trabajo de campo efectivo” (Boyle, 2003: 189).

El trabajo de campo constituye el procedimiento que posibilita al investigador comprender una cultura (Van Manen, 2003: 236). Una hipótesis significativa del etnógrafo radica en la existencia de una cultura determinada que orienta las experiencias y la visión del mundo de sus miembros (Van Manen, 2003: 237). Por ello, el propósito del etnógrafo se convierte en profundizar para comprender la visión del mundo en palabras de sus propios miembros (Van Manen, 2003: 237).

- **El carácter reflexivo.** La investigación etnográfica tiene una naturaleza reflexiva. Esto quiere decir que el investigador pertenece a la cultura que estudia y es conmovido por la misma (Boyle, 2003).
- **El uso de datos emic y etic.** El etnógrafo diferencia entre la perspectiva emic y etic. La perspectiva emic expone la propia visión de ver el mundo de los miembros de una cultura. Se trata del lenguaje, los conceptos o los medios de expresión locales. Por otro lado, la perspectiva etic constituye la interpretación que las personas que no pertenecen a esta cultura realizan sobre las experiencias. Los investigadores cualitativos utilizan ambos enfoques: la recogida de los datos desde la perspectiva emic de los informantes y, desde una perspectiva etic, adaptan su significado, constituido tanto por la perspectiva de los informantes como por el análisis científico o etic (Boyle, 2003; Polit y Hungler, 2000: 237).

- **El producto final que llamamos etnografía.** El soporte fundamental de la etnografía radica en la inquietud por adecuar el significado del comportamiento y los sucesos para las personas que se investigan (Boyle, 2003).

Asimismo, Boyle (2003) efectúa una ordenación de etnografías. Si bien es cierto que no existe una conformidad universal, manifiesta la existencia de una clasificación de etnografías. Este autor alude a dos taxonomías, que son: la taxonomía I y la taxonomía II. La taxonomía I comprende las etnografías procesales, esto es, aquellas etnografías que especifican procesos sociales. A su vez, las etnografías procesales se distribuyen en cuatro subtipos, que son: holísticas, particularistas, interseccionales y etnohistóricas (Morse, 2005: 223). Por otro lado, la taxonomía II cataloga las etnografías de acuerdo a sus cualidades binarias (urbana o rural, tema múltiple o tema único).

La etnografía procesal holística o clásica analiza grupos extensos y, habitualmente, se configura en forma de libro, consecuencia de su extensión. A modo de ejemplo, se puede especificar la investigación de Malinowsky acerca de los habitantes de las Islas Trobiand. Por otro lado, la etnografía procesal particularista radica en la adaptación, en una unidad social definida o en determinados grupos específicos, de una metodología holística. En tercer lugar, la etnografía procesal interseccional o de corte transversal, consiste en la ejecución de una investigación que alude a un período concreto de tiempo del grupo que se estudia. Finalmente, la etnografía procesal etnohistórica, supone una comprobación de la existencia cultural como consecuencia de los eventos pasados (Boyle, 1994).

Según esta clasificación de Boyle, este estudio constituye una etnografía procesal particularista, dado que el contexto es una UCI, una unidad hospitalaria conformada por un pequeño grupo de personas, pero con una cultura específica dentro del ámbito hospitalario.

### **2.3.4.3.1. Técnicas de recogida de información en etnografía**

La táctica, además del patrón de la investigación etnográfica puede modificarse con fluidez, conforme a requerimientos transformables que se revelan en el proceso de elaboración teórica (Hammersley y Atkinson, 1994: 11).

La amenaza de que los resultados alcanzados únicamente sean de aplicación en determinadas situaciones de investigación queda reducida, ya que, todo proceso social se explora en el emplazamiento habitual de las personas y no en espacios instaurados de acuerdo a los objetivos de la investigación (Hammersley y Atkinson, 1994: 11).

La etnografía recurre a diversas fuentes de datos. Las principales técnicas de recogida de información en investigación etnográfica constituyen la observación participante, como técnica estrella, la entrevista en profundidad, los grupos focales y el diario de campo. Además de que la utilización de múltiples fuentes de información evade la contingencia de abandonarse a un solo tipo de información y la probabilidad de que los resultados se hallen sometidos al método (Hammersley y Atkinson, 1994: 11), estos procedimientos de investigación etnográfica permiten el entendimiento de los pensamientos, las convicciones, las emociones, las interacciones, las reflexiones y las experiencias en el propio lenguaje de las personas (Schwandt, 1994: 118) y, en consecuencia, los datos que permiten interpretar la esencia de la experiencia desde la perspectiva de las enfermeras (Flick, 2004).

La condición multidimensional de la investigación etnográfica fundamenta el sustento para la triangulación, que permite la comparación estructural de las diferentes categorías de datos (Hammersley y Atkinson, 1994: 11). Además, la observación participante faculta el contacto natural y prolongado con las personas en su contexto que, asociada a la entrevista en profundidad y al diario de campo, que han constituido las técnicas de recogida de información utilizadas en este estudio, han permitido examinar nuestro entendimiento de la experiencia de las enfermeras en la UMI, desterrar planteamientos inexactos y convencionalismos. De este modo, se ha revelado una forma efectiva de



controlar las reacciones y otras amenazas del proceso de validación (Hammersley y Atkinson, 1994: 11).

#### **2.4. La etnografía como método para esta investigación**

Se pueden hallar múltiples argumentos para realizar investigación cualitativa y, particularmente, etnografía. Sin embargo, el fundamento de su selección radica en la naturaleza del problema que se explora.

La etnografía compromete la exposición y la deducción del comportamiento cultural. El método etnográfico coordina un proceso, el trabajo de campo y un producto, el texto escrito. El trabajo de campo constituye el procedimiento que faculta la comprensión de la cultura. Por otro lado, el texto etnográfico constituye la táctica que expone y transmite este comportamiento cultural (Polit y Hungler, 2000: 236).

La pertinencia y la consecución de la etnografía en este estudio de investigación radican, por un lado, en la observación del comportamiento natural de las enfermeras en su cotidianeidad del compromiso vital, sin procedimientos estandarizados, sin artificios. Por otro lado, en la facultad del investigador para contemporizar e incorporar los datos procedentes de ambos planos del espacio de investigación (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 93).

En esta tesis se pretende conocer lo que las enfermeras hacen en la UCI y **lo que dicen que hacen**. El comportamiento humano exige la comprensión de los significados sociales, los cuales nos aproximan a la cultura de aquellos individuos a quienes se está estudiando. El significado de este comportamiento humano exclusivamente puede comprenderse dentro de un contexto. Por este motivo, se precisa estudiar el comportamiento “natural” de las enfermeras en la UCI, es decir, el sentido que tiene su trabajo en un entorno natural que, en este caso, es la UCI.

En el hospital seleccionado, el nombre de la UCI es UMI (Unidad de Medicina Intensiva), pero las enfermeras suelen hablar de UCI y UMI indistintamente.

No se puede estimar el mundo social considerando estímulos ficticios por medio de experimentos o entrevistas. La limitación de la investigación a experimentos o entrevistas, en este caso, evidenciaría el comportamiento de las enfermeras en situaciones experimentales y/o de entrevista (Hammersley y Atkinson, 1994: 6-7). Por otro lado, la capacidad del etnógrafo por fusionar la tarea que se ejecuta en la mesa de trabajo, examinando literatura y cuadernos de notas, y la que se realiza en el campo, dialogando y debatiendo con los informantes, observando sus movimientos y participando en sus prácticas (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 93), ha constituido el cimiento para la comprensión del comportamiento natural de las enfermeras en la UCI.

En algunos casos, la etnografía se abstrae en una cultura delimitada más explícitamente, lo que se conoce como microetnografía. Este tipo de investigación etnográfica se caracteriza por su rigurosidad y por la minuciosidad de sus proyectos de unidades reducidas de un grupo o cultura o de actividades características de una unidad organizacional. De acuerdo con esta definición, se puede identificar este estudio con una microetnografía, pues se trata de un estudio exhaustivo de un grupo o cultura, las enfermeras de la UCI, y de las actividades específicas que acontecen en esta identidad organizacional (Polit y Hungler, 2000: 236).

Además de una microetnografía, esta tesis se clasifica, como se ha señalado, dentro de la etnografía procesal particularista. Teniendo en cuenta que, tal y como manifestó Morse, la unidad etnográfica en la enfermería puede ser una sala hospitalaria, un pequeño grupo de pacientes o un asilo de ancianos, la unidad de críticos obedece a esta definición. La etnografía particularista se centra en una unidad social o en procesos de pequeños grupos y asiste en la comprensión de las reglas, normas y valores culturales y cómo se relacionan con el comportamiento relativo a la salud y a la enfermedad (Morse, 2005: 226).

## **2.5. Técnicas de recogida de información en este estudio etnográfico**

***“Tiene mejor conocimiento del mundo,  
no el que más ha vivido, sino el que más ha observado”***

Arturo Graf (1848-1913). Escritor y poeta italiano

### **2.5.1. La observación participante**

La historia de la observación participante se escribe incorporando el desarrollo del trabajo de campo y la etnografía. Se trata de la historia del método cualitativo (Guasch, 2002: 15).

En la literatura sociológica y antropológica el concepto de observación participante se ha utilizado para designar una estrategia metodológica que incluye determinadas técnicas de obtención y análisis de datos, que comprenden la observación y la participación directa (Valles, 2000: 147). Rodríguez Gómez et al. (1999: 165) definen la observación participante como un método de recogida de información que compromete al investigador en los acontecimientos que observa.

En palabras de Taylor y Bogdan (2013: 34) “en la observación participante el mejor consejo es arremangarse los pantalones: entrar en el campo, comprender un escenario único y solo entonces tomar una decisión sobre el estudio de otros escenarios”.

En lo que respecta a determinados autores, se identifican cuatro tipos de participación: pasiva, moderada, activa y completa (Vázquez y Angulo, 2003; Valles, 2000).

Por un lado, la participación pasiva se define como aquella en la que el investigador no interviene, pero presencia la acción. Schatzman y Strauss (1973: 59-60) insisten en la complejidad de esta táctica y así lo expresan:

“... incluso en los primeros períodos de la observación, los anfitriones tratarán de implicar al observador, de inducirle a que revele sus verdaderos

intereses y particularmente su personalidad. Quieren ser observados por una persona parcialmente conocida, no por un extraño”.

Por otro lado, la participación moderada fluctúa entre la intervención y la observación. Se mantiene el equilibrio entre el interior y el exterior de la acción (Vázquez y Angulo, 2003). Schatzman y Strauss (1973: 60) perseveran en el planteamiento de que esta alternativa presenta determinadas ventajas. El participante moderado solicita aclaraciones, las cuales marcan el rumbo de la investigación. Ello facilita que los actores releguen de la figura del observador y que la acción se equipare a la realidad. De esta manera, la aproximación al significado que los anfitriones otorgan a dicha realidad, se hace evidente.

En tercer lugar, la participación activa (Spradley, 1980), compromete al investigador en la actividad analizada.

Por último, se hacía referencia a la observación participante completa, que es la que se ha desarrollado en este estudio. Según Spradley (1980: 61), la observación participante completa evidencia que, “el nivel más alto de implicación para los etnógrafos se alcanza probablemente cuando estudian una situación en la que ellos ya son participantes ordinarios”.

Poner en marcha la observación participante es un asunto complejo, no es cuestión solo de obtener un permiso, sino que incluye la interrelación con el resto de personas de la institución. La recogida de datos incluye un nivel de confianza que no constituye una tarea fácil.

En mi caso, era la primera enfermera que estaba realizando una tesis doctoral en ese hospital. Además, con una metodología nada conocida, la investigación cualitativa. Se pusieron en cuestión los objetivos que podía tener al realizar la observación participante. Además, la interpretación de los profesionales de la unidad, no siempre se mantuvo próxima al propio objetivo de la investigación. Lidar con estas cuestiones instituyó una tarea difícil, de ahí que el trabajo de campo supusiera un esfuerzo mucho mayor del que había previsto (Taylor y Bogdan, 2013: 52-53). En este sentido, Rodríguez et al. manifiestan que, aparte de solicitar el permiso para acceder a una unidad, puede tener que negociarse después con cada persona o grupo la pretensión de extraer un nuevo

tipo de información (1996: 105).

Tal y como sostiene la literatura, el observador debe afrontar dos dificultades muy significativas con el objeto de ejercer una competencia productiva respecto a los informantes (Polit y Hungler, 2000: 351). La primera de ellas consiste en la consecución de la aproximación al grupo social estudiado y, en segundo lugar, la instauración de una comunicación de calidad que impulse la cordialidad dentro del grupo social. Si no se consigue la primera de las premisas, el proyecto no podría persistir. Por el contrario, si no se logra la segunda de ellas, el investigador verá limitado su conocimiento acerca del grupo. En palabras de Leininger (1985), el investigador alcanzará un conocimiento “de fachada”, esto es, una averiguación distorsionada como consecuencia de la conducta desconfiada del grupo que se observa (Taylor y Bogdan, 2000: 351).

La aptitud en la relación interpersonal constituye un aspecto fundamental en el apropiado cometido del observador participante. Tal y como expresa Wilson (1985: 376), para que se consiga la anhelada notoriedad en la observación participativa, el investigador debe “conducirse por los canales necesarios, cultivar relaciones, evadir apariencias, evitar juicios de valor y ser lo menos entrometido y lo más encantador posible” (Polit & Hungler, 2000: 351). En palabras de Taylor y Bogdan (2013: 58), “cuando el compromiso activo en las actividades de las personas es esencial para lograr la aceptación, hay que participar por todos los medios, pero sabiendo dónde trazar la línea divisoria”.

Fue Bronislaw Malinowski quien esquematizó la observación participante. Este autor afirma que para la consecución de una etnografía conveniente “lo fundamental es apartarse de la compañía de los otros blancos y permanecer con los indígenas en un contacto tan estrecho como se pueda” (Guasch, 2002: 20). Esta inmersión en un espacio cultural extraño permite alcanzar al investigador, lo que en términos de Malinowski se conoce como los *imponderables* de la vida real. Los *imponderables* aluden a la práctica del trabajo, la particularidad de la actividad corporal y/o la existencia de compañerismo, inclinación o rivalidad entre los miembros, entre otras. Se trata, por tanto, de un procedimiento científico que permite la implicación en la vida cotidiana del grupo (Guasch, 2002: 20).

Evans-Pritchard, en base a la disciplina de su maestro Malinowski, manifestaba que: “Para efectuar una buena investigación, el antropólogo debe [...] desde el principio hasta el fin, estar en contacto estrecho con la población que está analizando, debe comunicarse con ella solamente en el idioma nativo, y debe ocuparse de su vida social y cultural total [...], y por lo tanto observar sus actividades diarias desde dentro y no desde fuera de su vida comunal [...] tratando de desempeñarse como parte física y moral de la colectividad” (Guasch, 2002: 21).

Siguiendo estas consideraciones, quizás por ser la primera enfermera en realizar una tesis doctoral en esta institución, tenía indicaciones de realizar entrevistas en profundidad exclusivamente a los profesionales. No podría entrevistar a personas críticamente enfermas, ni a sus familias. Tenía interiorizado el papel del observador participante y estaba dispuesta a asumir cualquier tarea que se me asignara con la idea de realizar la investigación y conseguir una adecuada recogida de datos.

Los *imponderables* de esta investigación están relacionados con las oportunidades que se me presentaban, buscaba, descubría o se me brindaban en la unidad. De hecho, ayudaba a las enfermeras en determinados procedimientos. Realicé tareas de *enfermera circulante*, de *auxiliar de enfermería*, de *celador*, de *ayudante con los estudiantes* y de *acompañante*. Cooperaba en el aseo diario de la persona críticamente enferma (junto a enfermeras, auxiliares de enfermería y celador). La observación y la participación en esta actividad cotidiana me salvaron. Participé cada uno de los días en los que acudí a la unidad, en múltiples aseos, desde el primero hasta el último día. Esta actividad me permitió conocer y acercarme a las enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores y médicos intensivistas. Conseguí percibir la forma en la que las enfermeras pensaban, expresaban y hacían con sus compañeras/os, con la persona críticamente enferma y con su familia. Alcancé a comprender su visión particular de la unidad, los puntos fuertes y los obstáculos contra los que luchaban día tras día. Asimismo, me impregné de la enseñanza que las enfermeras concedían a los estudiantes del grado de enfermería, de una milimétrica instrucción práctica y de una minuciosa educación en cuidados de

enfermería. Las enfermeras persistían en la dificultad que encontraron cuando la familia pasó a integrarse en el día a día de la unidad, así como en lo caótico que intuían la presencia de la familia durante la realización de una reanimación cardiopulmonar (RCP), como exponía en alguna ocasión el director médico de la unidad. No solo estuve presente en la realización, a primera hora de la mañana, de los aseos. También presencié y colaboré en otras circunstancias diferentes, algunas de estas decisivas para la persona enferma y su familia. Asistí a la monitorización de un nuevo paciente (ya fuese procedente de otro hospital, de quirófano o de planta), a la colocación de vías venosas centrales, intubaciones traqueales, técnicas de diálisis y hemofiltración y a la aplicación de ventilación mecánica no invasiva e invasiva, entre otras. En algunas de estas intervenciones contemplaba apartada con turbación. Un sinfín de profesionales, perfectamente organizados, transitaban estas escenas, concentrados. Se coordinaban con miradas, órdenes y/o confirmaciones. En otras de las intervenciones que contemplaba, se me solicitaba de manera urgente el traslado de algún elemento material necesario para una intercesión inminente y *volaba* por conseguirlo y hacerlo llegar en el menor tiempo posible. También se dieron otras situaciones más distendidas en las que las enfermeras me hicieron partícipe de sus viajes a otras comunidades autónomas en busca de formación complementaria.

Estas vivencias me permitieron enfrentar determinadas dificultades como observadora, recogidas en los manuales de investigación cualitativa (Guasch, 2002: 41-46; Taylor y Bogdan, 2000: 53-65).

### **2.5.2. La entrevista en profundidad**

La conversación constituye un procedimiento primitivo de alcanzar sabiduría. Ya en la antigua Grecia, Tucídides (historiador y militar ateniense), interrogó a hombres que batallaron en las guerras del Peloponeso con el propósito de manuscibir la historia de la guerra. Asimismo, Sócrates progresó en el conocimiento filosófico a consecuencia de las conversaciones que mantenía con sus antagonistas sofistas. A pesar de ello, el término entrevista no se manejó hasta el siglo XVII (Kvale, 2011: 27).

La entrevista constituye una técnica en la que un sujeto, conocido como entrevistador, recurre a otro o a un grupo, denominados entrevistados o informantes, con la intención de alcanzar información acerca de una cuestión definida (Rodríguez Gómez, 1999: 167). Kvale aporta otra definición de entrevista que la fundamenta en una *visión-entre*, esto es, una reciprocidad de las perspectivas entre dos personas que dialogan sobre una cuestión de atractivo común (2011: 27).

Tanto los antropólogos como los sociólogos han apostado por las entrevistas informales con el objetivo de recabar información de sus informadores. Sin embargo, la publicación sistemática sobre entrevistas de investigación constituye un fenómeno reciente. En el ámbito educativo y de la salud, la entrevista se ha convertido en una disciplina universal de investigación en los últimos tiempos (Kvale, 2011: 27).

A continuación, se exponen algunos ejemplos de la trascendencia que han tenido las entrevistas cualitativas en la consecución de conocimiento académico y profesional en la cronología de la psicología. Por un lado, la teoría psicoanalítica de Freud se fundamentó en buena medida en las entrevistas que mantenía con sus pacientes, las cuales reportaban conocimiento sobre la personalidad, las neurosis, los sueños y la sexualidad. En efecto, este conocimiento, aún habiendo pasado más de cien años, continúa siendo un referente de la psicología en la actualidad. Por otro lado, la teoría de Piaget del desarrollo infantil (1930), se cimentó en las entrevistas efectuadas a las/os niñas/os en su contexto natural. Este psicólogo, epistemólogo y biólogo suizo posibilitaba la revelación espontánea relativa al peso y el tamaño de los objetos empleando una combinación de observaciones naturalistas, tareas experimentales sencillas y entrevistas. Por último, la investigación con más entrevistas realizadas (más de 21.000) que se ha emprendido nunca, se desarrolló en la planta de producción conocida como *Western Electrical Company* de *Hawthorne*. Este proyecto concluyó que el rendimiento y la moral de los trabajadores, no solo se incrementaba con las modificaciones en la iluminación, sino también como consecuencia de las condiciones sociopsicológicas (Kvale, 2011: 27-28). Estas investigaciones, no solo han



respaldado nuestra forma de pensar, sino que también han conmovido los tratamientos sociales, tales como la terapia y las tácticas para contrastar el comportamiento de los trabajadores. De hecho, dentro de las cien personas más prestigiosas del siglo XX que homenajea la revista *Time* (1999), se encontraban Freud y Piaget entre los únicos científicos sociales (Kvale, 2011: 29). En el ámbito sanitario, la investigación sociológica realizada por Glaser y Strauss que se publicó y analizó bajo el nombre de *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (1967), fue pionera en la investigación cualitativa. Ambos sociólogos emplearon la entrevista cualitativa en su estudio del contexto hospitalario (Kvale, 2011: 29).

Igualmente, las publicaciones *The Ethnographic Interview* (Spradley, 1979) y *Research Interviewing - Context and Narrative* (Mishler, 1986), incluyeron de forma sistemática la entrevista. Estos y otros trabajos han contribuido a que el método cualitativo se haya transformado y convertido en fundamental dentro de la investigación social (Kvale, 2011: 29).

La facultad de la conversación, actividad que se aprende como resultado del proceso espontáneo de la relación humana, fundamenta un cimiento incuestionable para la instrucción del método de cualquier tipo de entrevista profesional. Asimismo, las diversas formas de diálogo sostenidas por el investigador como observador participante pueden ser estimadas como tipos de entrevista. Es por esto que se utiliza la expresión “entrevista conversacional”, pues los expertos sugieren no privar a la entrevista de determinados atributos de la “conversación común”. Esta reflexión es interpretada por Schatzman y Strauss a través de la siguiente explicación (1973: 71):

“En el campo, el investigador considera toda conversación entre él y otros como formas de entrevista... El investigador encuentra innumerables ocasiones - dentro y fuera de escena, en ascensores, pasillos, comedores e incluso en las calles - para hacer preguntas sobre cosas vistas y oídas... Las conversaciones pueden durar solo unos pocos segundos o minutos, pero pueden conducir a oportunidades de sesiones más extensas” (Valles, 2000: 178).

Uno de los componentes elementales en la definición de entrevista hace

referencia a la *conversación* o al *diálogo* característicos de la cotidianeidad. Los autores de *Doing Naturalistic Inquiry* (Erlandson et al., 1993), expertos investigadores en el ámbito de la educación, proyectan el siguiente planteamiento sobre esta técnica de investigación (Valles, 2000: 179):

“... en la investigación naturalista, las entrevistas adoptan más la forma de un diálogo o una intervención (...). Permiten al investigador y al entrevistado moverse hacia atrás y hacia delante en el tiempo (...). Las entrevistas pueden adoptar una variedad de formas, incluyendo una gama desde las que son muy enfocadas o predeterminadas a las que son muy abiertas (...). La más común, sin embargo, es la entrevista semiestructurada que es guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado. (...). Este proceso abierto e informal de entrevista es similar y sin embargo diferente a una conversación informal. El investigador y el entrevistado dialogan de una forma que es una mezcla de conversación y preguntas insertadas”.

El vínculo que aproxima y divide la argumentación entre las *entrevistas profesionales* y la *conversación ordinaria* radica según Denzin (1961) (reafirmando en la obra de Goffman conocida como *Encounters*), en la reflexión subsiguiente. Por un lado, en que la naturaleza de *encuentro* que explica multitud de patrones frecuentes de relación social, también define a toda entrevista (Valles, 2000: 179). En otros términos, las entrevistas procuran “la forma de un diálogo o una interacción”. Esto compromete su cualidad de encuentros dirigidos por pautas que contrastan los límites pertinentes de relación interpersonal en cada caso (Erlandson et al., 1993. En Valles, 2000: 179). Por otro lado, Caplow se aproxima al planteamiento de que la entrevista “es similar y sin embargo diferente de una conversación” (tal y como manifestaba la cita de Erlandson) ya que, en pro de la eficacia de la entrevista, “el entrevistado debe percibirla como una conversación, sin que se dé cuenta de la estructura de la interrogación, el orden de las preguntas, o los objetivos del entrevistador” (1956: 171).

Por otro lado, Spradley (1979) insistía en que los rasgos distintivos de la entrevista en profundidad se fundamentan en la existencia de un propósito

explícito, en la exposición de determinadas aclaraciones al entrevistado sobre la técnica e incluso sobre las propias preguntas planteadas, además de insistir en la asimetría que se halla entre el entrevistador y el entrevistado. Asimismo, este autor destaca la insistencia en las declaraciones del informante, la demostración de fascinación e ignorancia por parte del investigador, así como la evasión de la simplificación, pero sí la persuasión al informante en el desarrollo de comentarios y puntualizaciones (Rodríguez Gómez, 1996; 168-170).

Asimismo, Valles confirma que la entrevista formal dista de una conversación ordinaria, razón por la cual resulta más enriquecedora y estos son los motivos (2000: 180):

- La intervención del entrevistado y el entrevistador dependen de “expectativas explícitas”, esto es, uno habla y el otro escucha (Valles, 2000: 180). La entrevista consiste en un procedimiento unidireccional: “el rol del entrevistador es preguntar y el rol del entrevistado, responder” (Kvale, 2011: 38).
- El entrevistador alienta al entrevistado a pronunciarse, mientras que en una conversación natural la obstinación no se elude, en la entrevista no se desmiente al entrevistado (Valles, 2000: 180).
- El entrevistador constituye la persona encargada de estructurar y sostener la conversación desde la perspectiva del entrevistado. Esta cuestión radica en la existencia de un espejismo de fácil comunicación que hace que las sesiones extensas parezcan fugaces (Valles, 2000: 180).

La entrevista cualitativa en profundidad se define como un diálogo que se establece entre el investigador y los informantes. No se trata de un intercambio de preguntas y respuestas, sino de descubrir en la conversación el significado que los informantes les conceden a sus experiencias en sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 2013: 101). El planteamiento de una entrevista cualitativa con el objetivo de instruirse del informante, se explicita en este extracto (Spradley, 1979: 34):

“Quiero entender el mundo desde su punto de vista. Quiero conocer lo que usted conoce en la forma en que usted lo conoce. Quiero entender el significado de su experiencia, ponerme en su piel, sentir las cosas como usted las siente, explicar las cosas como usted las explica. ¿Se convertirá en mi maestro y me ayudará a entender?” (Kvale, 2011: 80).

Esta modalidad de entrevista tampoco constituye un diálogo abierto entre colegas en las mismas condiciones, pues una entrevista de investigación consiste en un diálogo experto asimétrico de poder entre el entrevistador y el entrevistado (Kvale, 2011: 38) (el entrevistado es valorado como un informador, no así como rival) (Kvale, 2011: 40). En otros términos, el investigador emprende, delimita y precisa el tema de la misma, además de proponer los interrogantes y en qué cuestiones penetrar, así como el momento de concluir la conversación. La finalidad no es tanto una conversación provechosa, sino el desarrollo de la misma, pues esta instrumentalización de la conversación procura descripciones y especificaciones que el investigador descifra y documenta de acuerdo a sus intereses investigativos (Kvale, 2011: 38). El entrevistador tiene que ser capaz de reconocer y deducir el sentido de lo que se dice, cómo se dice, además de interpretar las expresiones corporales, faciales y la vocalización (Kvale, 2011: 35). Como un “gran intérprete”, el investigador defiende la facultad única de descifrar, de deducir. En ocasiones, el investigador obtiene información pese a que el entrevistado no conozca exactamente lo que se persigue, se intentan examinar “las direcciones indirectamente” (Kvale, 2011: 39).

La producción de conocimiento a partir de entrevistas en una investigación se puede asemejar a la figura del investigador como viajero. En este ejemplo, el viajero (investigador) se desplazará a un territorio remoto en el que explorará el paisaje, paseará con los habitantes locales, les hará preguntas y les alentarán a relatar sus propios testimonios, cuestiones que narrará como una crónica en su viaje de vuelta. Esta expedición no genera exclusivamente una nueva consciencia del mundo, sino que compromete el hasta ahora desconocido conocimiento de sí mismo, así como el descubrimiento de prácticas y hábitos presupuestos en su tierra natal. Esta metáfora del investigador como viajero implica un proceso simultáneo de entrevista y su evaluación en la cimentación de

conocimiento. Este trabajo refleja esta forma de hacer, es decir, la recogida de datos y el análisis de los mismos han formado parte del mismo proceso, no consideradas como dos fases independientes (Kvale, 2011: 44).

Los aspectos básicos que asisten en la interpretación y en el entendimiento de la entrevista proceden de su lengua nativa: la consciencia, la experiencia, la deducción, el concepto y la interacción humana. Estos aspectos básicos han sido examinados sistemáticamente desde la perspectiva de la filosofía fenomenológica de Husserl y Merleau-Ponty. Esta filosofía examina las vivencias de las personas priorizando sus exposiciones, en un intento de obviar la consciencia previa, como fuente de sabiduría inalterable (Kvale, 2011: 45). Desde una perspectiva postmoderna, la entrevista de investigación cualitativa se fundamenta en un criterio de construcción de conocimiento que tiene valía por derecho propio (Kvale, 2011: 46). Los contextos heterogéneos, alterables y particulares del lenguaje cobran relevancia en detrimento de las doctrinas modernas y absolutas de conocimiento (Lyotard, 1984. Citado por Valles, 2000: 46).

El investigador, como instrumento de la investigación (Taylor y Bogdan, 2013: 101), persigue la sabiduría expresada con palabras y no con números (Kvale, 2011: 35). Palabras que detallen con la máxima precisión lo que perciben, aprecian, sienten, soportan, padecen y sufren los entrevistados con el objeto de interpretar, con disciplina y rigor, la heterogeneidad y las desemejanzas de un fenómeno. No en términos generales, sino de acuerdo con descripciones minuciosas a través de las cuales se profundiza en niveles concretos de significado (Kvale, 2011: 35). El hecho de tratarse de entrevistas no rigurosamente estructuradas ni íntegramente no-directivas favorece que los entrevistados puedan permitirse la modificación de su explicación y la significación que a ésta le atribuyen, además de exteriorizar nuevas cuestiones y relaciones en las que no habían reparado con anterioridad (Kvale, 2011: 36).

Por tanto, la entrevista en profundidad se define como dinámica, flexible y abierta (Taylor & Bogdan, 2013: 101). Además, la relación que se establece entre el entrevistador y el entrevistado depende de la interconexión y de la forma en que se influyen uno a otro. Una experiencia positiva facilita la consecución

de insólitos modos de interpretar un fenómeno. Mientras que, por otro lado, una experiencia negativa en la entrevista puede desembocar en estrategias psicológicas inconscientes, tanto en el entrevistador como en el entrevistado. Resulta coherente considerar que la particularidad de que una persona extraña sea sensible e intente comprender tus propias consideraciones y vivencias, no se trata de una práctica habitual.

### **2.5.2.1. Rigidez entre la responsabilidad científica y la ética en la entrevista**

Jette Fog (2004) expuso la disyuntiva ética a la que se enfrenta todo investigador. El entrevistador ambiciona una entrevista penetrante, perspicaz y reflexiva. Por un lado, este tipo de entrevista puede suscitar una percepción comprometida para el entrevistado. Por el otro, el entrevistador ansía que sea lo más considerada, tolerante, perspicaz y penetrante. Esta dicotomía implica convivir en la frontera entre la inseguridad de incomodar y/o irritar al entrevistado y la imposibilidad de alcanzar material experiencial que sondee no solo la parte superficial del tema estudiado (Kvale, 2011: 120-121).

### **2.5.2.2. Limitaciones de las entrevistas en profundidad**

Un investigador no experto se enfrenta a los heterogéneos informes resultantes de la transcripción de las entrevistas. El conocimiento que emana de este análisis se encuentra supeditado a la relación que se establece entre el entrevistador y el entrevistado. Resulta indispensable la fundación de una atmósfera favorable que respalde la percepción de firmeza y sinceridad en la revelación de hechos personales e íntimos que van a ser de dominio público. La dicotomía existente entre la ciencia y la deontología en la entrevista de investigación queda patente en el libro de Sennet denominado *Respect* (2004, 37-38):

“La entrevista en profundidad es un oficio distintivo, a menudo frustrante. A

diferencia de un encuestador haciendo preguntas, el entrevistador en profundidad quiere sondear las respuestas que las personas dan. Para sondear, el entrevistador no puede ser fríamente impersonal; tiene que dar algo de sí mismo para merecer una respuesta abierta. Sin embargo, la conversación se escora en una dirección; el objetivo no es hablar como hablan los amigos. Con demasiada frecuencia, el entrevistador encuentra que ha ofendido a los sujetos, traspasando una línea que solo los amigos o los íntimos pueden cruzar. El oficio consiste en calibrar las distancias sociales sin hacer que el sujeto se sienta como un insecto bajo el microscopio” (Kvale, 2011: 32).

Se puede hacer investigación loable y concluyente por medio de entrevistas. El intercambio entre las personas, que implica una permuta de relatos, reflexiones y percepciones desconocidas e inéditas, resulta una recompensa, tanto para el entrevistador como para el entrevistado. La interpretación de las entrevistas transcritas puede suscitar nuevas perspectivas de un fenómeno consabido y/o que se conviertan en conocimiento desconocido e innovador. Sin embargo, también existe el riesgo de que las entrevistas redunden en impresiones generales y convencionalismos (Kvale, 2011: 31).

Además, también puede acontecer que, por efecto de la supremacía del investigador, determinados actores eludan determinadas cuestiones, encubran información, cuestionen la figura del investigador, se rebelen ante sus interrogantes y apreciaciones o incluso, de forma insólita, renuncien a continuar en la entrevista (Kvale, 2011: 39).

Por supuesto que me cuestionaba determinadas preguntas: ¿De qué manera podía obviar el influjo con cuestiones que pudiesen dirigir las respuestas sobre los entrevistados? ¿Podía tener la seguridad de que mis interpretaciones coincidirían con lo que los informantes pretendían trasladarme? ¿Sería mi apreciación únicamente subjetiva? La respuesta a estas preguntas me dirigía a los propósitos de mi investigación (Kvale, 2011: 31).

### **2.5.3. El diario de investigación**

Utilizando una frase de Borges, he intentado que mi exposición de los hechos, de las situaciones y de los fenómenos haya sido fiel a la experiencia vivida o, lo que es lo mismo, honesta con la evocación personal de la realidad (Bolívar, Domingo y Fernández, 2001; citado en González, 2008).

En palabras de Van Manen, las propias experiencias personales poseen una disponibilidad precisa que, por el contrario, pertenecen únicamente al individuo que las experimenta. En este caso, en el momento en el que he reflejado una apreciación personal, he procurado recordar el recuerdo de mi vivencia en toda su amplitud. Por intermedio de nuestras introspecciones, reflexiones, convencimientos y aspiraciones se otorga el significado a lo que se experimenta. Por otro lado, la reflexión respecto a nuestras vivencias comprende irremediamente el volver a vivirlas, proceso que radica en la obtención de un significado hermenéutico. Este proceso valida la concepción de lo que significa estar en el mundo en cuanto a nuestras normas históricas y socioculturales (Van Manen, 2003).

En etnografía, las anotaciones de lo que se observa se efectúan recurriendo a las notas de campo. Las notas de campo constituyen registros que facultan la exploración y el análisis futuro del fenómeno a estudio (Rodríguez Gómez et al., 1996: 161). Empezar un estudio etnográfico implica comenzar un diario de campo. Esta herramienta constituye un elemento de registro de la práctica de la investigación. Por otra parte, este instrumento reúne las actividades que realiza el investigador en el campo. Por tanto, el diario de campo puede definirse como una revelación que se desarrolla a lo largo del tiempo de investigación, además de la médula del trabajo de mesa (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 96).

Mi diario de campo está compuesto por descripciones de la estructura arquitectónica de la unidad, una memoria y descripción de las actividades realizadas diariamente, aclaraciones y objeciones del transcurso de la investigación, la exposición de conversaciones casuales y reflexiones e interpretaciones de lecturas realizadas durante el trabajo de campo en la unidad



(Velasco y Díaz de Rada, 2004: 97).

Mientras duró la observación en la UMI, utilicé diversas libretas en las que anotaba palabras clave, esquemas, frases y notas breves que, en cuanto terminaba la observación, desarrollaba con el objetivo de reproducir con veracidad lo que había contemplado (Rodríguez Gómez et al., 1996: 161; Velasco y Díaz de Rada, 2004: 96-97).

En palabras de Spradley (1980: 71):

“[El diario] contendrá un registro de experiencias, ideas, miedos, errores, confusiones, soluciones, que surjan durante el trabajo de campo. El diario constituye la cara personal de ese trabajo; incluye las reacciones hacia los informantes, así como los afectos que uno siente que le profesan los otros” (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 96).

Persuadí en determinadas pautas que ejercen los etnógrafos. Escribía mi diario cada día de los que acudía a la unidad. La observación participante se registró en el diario de campo. A su vez, en este trabajo, la observación participante se designa con las siglas DC, el día, mes y año en que fue realizada. En ocasiones, mantenía conversaciones cotidianas, casuales con las enfermeras y, evidentemente, no hubiera sido lo más correcto sacar mi libreta y realizar anotaciones. Por este motivo, mi objetivo fue plasmar la esencia de lo que me era trasladado e inmediatamente intentaba transcribirlo, pues tenía que evitar la perturbación que supone el paso del tiempo en la mente. Resulta factible que la información que se recibe pueda acondicionarse discretamente a la concepción y percepción precedente de un fenómeno determinado conforme pasa el tiempo.

En términos de Schatzman y Strauss (1973), existen tres modelos de notas de campo, que denominan: notas observacionales, teóricas y metodológicas. En primer lugar, las notas de campo observacionales (NO) se caracterizan por describir hechos presenciales contemplados recurriendo a la observación visual y/o auditiva, en los que no se efectúa un proceso de interpretación. Se trata del quién, qué, cuándo, dónde y cómo de la actividad de las personas (100). Por otro lado, las notas de campo teóricas (NT), reproducen una intencionalidad autoconsciente de deducir significado en base a una o varias

notas de observación. Estas notas analizan, deducen, argumentan y teorizan con el propósito de crear ciencia social. Por último, las notas de campo metodológicas (NM), manifiestan una intervención operacional a la organización del escenario, a la secuencia, a la situación, al tiempo. Se pueden estimar como notas observacionales sobre el investigador o sobre el proceso metodológico (101).

De acuerdo a esta terminología, en la redacción del diario de campo, identifiqué explícitamente el contenido relativo al investigador o a los informantes. A modo de ejemplo, las declaraciones textuales de los informantes se descubren en el diario de campo entrecomilladas. Se trata de revelaciones o confesiones expresadas por los informantes que ilustran la forma de ver el mundo de los actores (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 98-100). En etnografía, la exposición de los acontecimientos tiene que distinguirse con respecto al análisis que realiza el investigador. En este aspecto, mi diario de campo recoge las reflexiones y deducciones alcanzadas por el investigador entre corchetes con las iniciales (C.O), que significan *comentarios del observador* (Rodríguez Gómez et al., 1996: 161; Taylor y Bogdan, 2013: 83, Velasco y Díaz de Rada, 2004: 100). En etnografía, se considera fundamental el registro de los instintos, sensaciones, preconcepciones, deducciones y temas futuros de investigación (Taylor y Bogdan, 2013: 83). Tanto las notas de campo como los comentarios del investigador, aparecen con la fecha (hora de observación, día, mes y año) (Rodríguez Gómez et al., 1996: 161; Velasco y Díaz de Rada, 2004: 100). Durante el proceso de escritura del diario de campo, tal y como describen los manuales (Taylor y Bogdan, 2003: 84), mi propósito estuvo vinculado a la consecución de notas de campo en cuestión de expresiones descriptivas y, no tanto, en términos de valoración, evaluativos. Mis anotaciones en el diario de campo, ajustadas fundamentalmente a la descripción de escenarios y actividades de los actores, se trabajaron durante muchas horas con el objeto de configurar una representación del emplazamiento y de los movimientos que se efectuaban en el mismo (Taylor y Bogdan, 2003: 84).

La posición del investigador cualitativo en etnografía, a pesar de la fascinación por la cultura del otro, debe permanecer en cierto modo, ajena a su

perspectiva. Este distanciamiento propicia la existencia de la etnografía (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 100). Las pautas anteriormente mencionadas, permiten ratificar el etnocentrismo del proceso etnográfico (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 98), esto es, la sensibilidad hacia el extrañamiento. De lo contrario, se permanecerá en la cautividad del etnocentrismo particular de cada individuo, sin avanzar (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 96).

## **2.6. Diseño de la investigación cualitativa**

Hammersley y Atkinson (2006: 39) manifiestan que, en apariencia, la dirección de una etnografía puede representar una atribución demasiado elemental. Esta cuestión puede deducirse por la innecesaria falta de programación y la posibilidad de avanzar de acuerdo a lo inesperado (2006: 40). Sin embargo, esta característica improvisada no redime de un proyecto preliminar al trabajo de campo, ni significa que la conducta del investigador resulte anárquica tomando en cada momento *“la dirección que presenta menos resistencia”* (2006: 40).

Desde nuestra perspectiva, el diseño de la investigación tiene que tratarse de un procedimiento reflexivo en todas sus fases.

Pese a que existen múltiples propuestas que determinan el proceso metodológico de investigación cualitativa (Janesick, 1994; Morse, 1994; citado en Valles, 2000: 79), esta tesis persiste en la propuesta de Rodríguez Gómez et al. (1996: 63).

Los autores Rodríguez Gómez et al. (1996: 63) estructuran el proceso metodológico de investigación cualitativa en las fases que se exponen a continuación:



Figura 5. Fases del proceso metodológico de la investigación cualitativa (Rodríguez Gómez et al., 1996, 63)

No se trata de un procedimiento hermético, sino que el investigador experimentará un constante proceso de toma de decisiones.

A continuación, se desarrollan cada una de las fases planteadas por Rodríguez Gómez et al. (1996: 63). Éstas son:

### **2.6.1. Fase preparatoria**

Según los autores Rodríguez Gómez et al. (1996: 65), la fase preparatoria se fundamenta en dos etapas: reflexiva y de diseño.

#### **2.6.1.1. Etapa reflexiva**

La razón de un proyecto de investigación habita en el propio investigador, en su experiencia, en su conocimiento y en sus opciones éticas y políticas. Rodríguez Gómez et al. (1996: 66) declaran que el fundamento de un proyecto

de investigación reside en argumentos personales, científicos, profesionales y sociales.

A continuación, se expone el punto de partida del investigador, mi punto de partida, pues la determinación que orienta el proyecto se encuentra modelada por mi idiosincrasia.

Todo comenzó en el año 2012. Después de mucho pensarlo decidí inscribirme en el programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Madrid (UEM).

Mientras cursaba el Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería en la Universidad de Navarra durante el año académico 2011/2012, descubrí que la formación me permitía delimitar y resolver cuestiones utilizando la evidencia científica, desarrollar un razonamiento más crítico y me aportó las herramientas necesarias para crear un cuerpo de conocimiento en el que cimentar mi práctica y autonomía profesional. Una mayor especialización en enfermería ha fomentado que nuestra profesión esté experimentando una metamorfosis y que podamos reafirmar nuestra identidad como enfermeras a través de la emergencia de estudios y proyectos que lideran nuestras colegas de profesión. Yo quería formar parte de ese cambio.

Estas reflexiones me llevan indiscutiblemente a pensar en muchas de las personas que he conocido a lo largo de mi trayectoria profesional. Cada una de las personas sanas o enfermas, sus familias y sus amigos que, a través de sus vivencias, me aproximan a mi pensamiento desordenado acerca del significado de mi profesión.

Para encontrar estas respuestas y dar sentido a mi quehacer diario, decidí matricularme en el programa de Doctorado. Después de meses esperando, por razones administrativas, el 9/01/2013 la Universidad me comunicó el nombre de mis dos directoras de tesis: Purificación González Villanueva y Esperanza Manso Martínez. Llevaba mucho tiempo esperando ese momento, así que rápidamente me puse en contacto con ellas. Tal y como me sugirieron, el 14/01/2013 concertamos una tutoría en Madrid. Ellas insistieron en la importancia de la relación y la comunicación entre directores y doctorando en la elaboración de la

tesis y yo estaba emocionada por ponerles cara, contarles en lo que había estado trabajando e instruirme en aquel proceso desconocido para mí.

Aquel catorce de enero, tras cuatro horas conduciendo desde mi lugar de residencia, llegué entusiasmada a la Universidad. Por fin nos poníamos cara. Nos presentamos, puntualizamos en qué nos habíamos formado, hablamos acerca de nuestras trayectorias y les expliqué mi propuesta de tesis.

Aquella proposición estaba vinculada a mi proyecto fin de máster. Recuerdo la pregunta que me hizo Purificación González Villanueva, una vez finalizada mi exposición. “¿Realmente este tema te apasiona?” Ella insistía en la alta competencia y rigor que exigía la elaboración de una tesis que, sumado a una temática no del todo motivadora, abocaba a convertirse en una meta arriesgada y difícil de alcanzar. Al margen de mi evidente vocación científica, una pertinente elección del tema impulsaría la fortaleza y la aptitud necesarias para desarrollar este proyecto duro y, en muchas ocasiones, frustrante. De esta manera, el peligro de abandono disminuía.

Una vez en casa, reflexioné acerca de dicho planteamiento. Aunque al principio tuve muchas dudas sobre cuál sería el tema de mi proyecto de tesis, en febrero del año 2013 lo presenté bajo el título: “Significados del cuidado en la práctica enfermera en una unidad de cuidados intensivos”. Quise unir en este trabajo, dos de mis grandes pasiones: el cuidado de enfermería y los cuidados críticos.

La humanización de los cuidados críticos implica un desafío grandioso pues, al compromiso vital, hay que incorporarle una intervención de enfermería fundamentada en el cuidado integral. El tratamiento de la enfermedad crítica debe darse paralelamente a la reflexión de la enfermera, desde el liderazgo, la toma de decisiones, la comunicación y la educación, en lo relativo a la relación de todos los participantes en la atención (persona críticamente enferma, familia y el resto del equipo asistencial). Desde mi perspectiva de estudiante y enfermera novel me parecía un desafío imponente y necesitaba conocer lo que mis compañeras de profesión pensaban, hacían y experimentaban en la cotidianidad de la UCI.

Durante los siguientes meses fueron diversos los encuentros presenciales y virtuales que compartimos en un intento de elaborar un proyecto pertinente que presentar en el hospital. Mis directoras me instaban a profundizar en el título propuesto, a definir y delimitar el propósito del estudio, el/los objetivo/s generales y específicos, a concretar determinados conceptos fundamentándome en la literatura y en mi experiencia, así como a valorar la UCI en la que podría llevarlo a cabo.

Con todos estos planteamientos desarrollé un paper necesario para presentar en la Universidad y con fecha 27/02/2013 quedó inscrita la tesis en la UEM. En el mes de julio de este mismo año nos encontramos de nuevo en la Universidad con el propósito de perfeccionar la propuesta, así como solucionar algunas cuestiones relacionadas con la biblioteca y la disponibilidad y accesibilidad a los recursos de la misma.

Aquel verano me empleé de forma exhaustiva en la culminación de mi planteamiento con el propósito de poder entregarlo en el hospital y comenzar con los trámites oportunos para iniciar el trabajo de campo (contacto con la institución, petición de permisos, solicitud y aprobación del comité de ética del hospital, entre otros).

Una vez finalizado el verano, en septiembre del año 2013, contacté con mis directoras y fijamos una tutoría presencial en la que ultimar el proyecto y debatir sobre la metodología idónea según las características del mismo.

A partir de este momento, una vez revisada la propuesta de investigación y con la aprobación y el consentimiento de mis directoras, me puse en contacto con la subdirección de enfermería del centro que había seleccionado para desarrollar el trabajo de campo.

### **2.6.1.2. Etapa de diseño**

Tras una extensa consideración teórica, se procede a esquematizar las actividades de la investigación.

Con el propósito de aproximarme e impregnarme de esta metodología y prepararme para lo que iba a experimentar en los meses posteriores, decidí colocar en un lugar visible de mi habitación el decálogo del buen investigador cualitativo (Valles, 2000: 80) y, de esta manera, profundizar y no desistir de mi papel como investigadora.

### **El buen investigador cualitativo...**

1. Es paciente, sabe ganarse la confianza de los que estudia
2. Es polifacético en métodos de investigación social
3. Es meticuloso con la documentación (archiva metódicamente y a diario)
4. Es conocedor del tema (capaz de detectar pistas)
5. Es versado en teoría social (capaz de detectar perspectivas teóricas útiles a su estudio)
6. Es, al mismo tiempo, capaz de trabajar inductivamente
7. Tiene confianza en sus interpretaciones
8. Verifica y contrasta, constantemente, su información
9. Se afana en el trabajo intelectual da dar sentido a sus datos
10. No descansa hasta que el estudio se publica

Figura 6. Decálogo del investigador cualitativo (basado en Morse, 1994)

Después de realizar la reflexión teórica mencionada, se considera ineludible la programación de las intervenciones, esto es, el diseño de la investigación. A este respecto, el proyecto de investigación se establece tomando como referencia cuestiones como el diseño más adecuado de acuerdo a la formación, experiencia y opción ético-política del investigador, qué o quiénes



van a ser estudiados, así como el método y las técnicas que van a utilizarse en la recogida y análisis de datos (Rodríguez, Gil y García, 1999: 67).

#### **2.6.1.2.1. Sujetos del estudio**

Los sujetos incluidos en este estudio son todas las enfermeras de la UMI que han querido participar de forma voluntaria. La muestra de este estudio es intencional. La selección no se realiza siguiendo las leyes del azar, sino de una forma intencionada (Olabuénaga, 2003: 64).

Con el objeto de esclarecer determinados conceptos asociados, cabe destacar que los miembros que intervienen en un proyecto de investigación se denominan *sujetos* o *actores*. En este aspecto, cada uno de las personas (sujeto o actor) desempeñan su labor dando como resultado la *película*, que emana de la interacción de los mismos en las circunstancias que experimentan (Kottak, 2003: 11). En Antropología, se utiliza la palabra *informante* (Kottak, 2003: 11), que constituyen los sujetos con los que el investigador interactúa (las personas que proporcionan la perspectiva emic). En esta misma línea, el investigador tiene que reconocer a los *informantes clave*. Estos individuos se caracterizan por poseer un gran conocimiento de la cultura que se estudia (Rodríguez Gómez et al., 1999).

Los participantes o informantes se eligen porque cumplen con determinados requisitos. Seleccionar a los informantes no es tarea fácil, dado que es necesario saber cuáles son las personas que pueden proporcionar más y mejor información, y esto es diferente en cada momento del trabajo de campo (Rodríguez, Gil y García, 1999: 135-36). En investigación cualitativa, la selección de informantes constituye un proceso constante, fásico, pues su desarrollo puede darse en todas las etapas de la misma (Rodríguez, Gil y García, 1999: 135).

El muestreo intencional es “aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional” (Olabuénaga, 2003: 64). En términos de Rodríguez Gómez et al., “frente al

muestreo probabilístico la investigación cualitativa propone estrategias de selección de informantes que suponen una selección deliberada e intencional. Las personas o grupos no se seleccionan al azar para completar una muestra de tamaño  $n$ , se eligen uno a uno de acuerdo con el grado en que se ajustan a los criterios o atributos establecidos por el investigador” (1999: 135). Por otro lado, en términos de Strauss y Corbin (2002: 220), el muestreo teórico significa que “más que predeterminado antes de comenzar la investigación, evoluciona durante el proceso; se basa en conceptos que emergen del análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría que se está construyendo (...). El propósito del muestreo teórico es maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar cómo varía una categoría en términos de sus propiedades y dimensiones” (2002: 220). El muestreo teórico resulta significativo en el momento en el que se exploran áreas inusuales o inéditas, puesto que permiten al investigador seleccionar las perspectivas de muestreo que pueden reportar el máximo rendimiento teórico. Cabe destacar, además, que el muestreo teórico es acumulativo. Esto quiere decir que, cada hecho o circunstancia que entra en el muestreo se incorpora al análisis y a la recogida de datos anterior y los incrementa. El muestreo se convierte en más específico en el transcurso del tiempo, puesto que el investigador se encuentra liderado por la teoría que va evolucionando (Strauss y Corbin, 2002: 220-221). En términos de Ruiz Olabuénaga, el muestreo teórico se fundamenta en la recopilación, codificación y análisis de datos con el propósito de generar teoría conforme el investigador la depura. La decisión del grupo a analizar, qué interrogantes plantear, dónde y cuándo, permiten desarrollar teoría en la medida en que se afina. Por ello, no conciernen los números o la selección al azar, sino que prevalece la consecución de los datos más significativos para el fenómeno estudiado (2003: 64). Tal y como afirman Glaser y Strauss (Ruiz Olabuénaga, 2003: 64), “el investigador se coloca en la situación que mejor le permite recoger la información relevante para el concepto o teoría buscada”.

La recogida de datos y el análisis son procesos relacionados. A medida que se va recopilando información, se comparan los acontecimientos, acciones, actividades y situaciones, las cuales facilitan la calidad de los datos según la selección de los informantes. Esto se corresponde con lo que se denomina

muestreo teórico, es decir, buscar otros escenarios, otras fuentes de información, otros informantes, con el objetivo de recabar información y disponer de la mejor información posible, de acuerdo a la pregunta de investigación y los objetivos planteados.

Según describen Taylor y Bogdan, se pretende llegar a tener una descripción densa, es decir, profundizar en todos aquellos aspectos buscando el mayor nivel de desarrollo, con los matices y detalles que faciliten encontrar las relaciones en el análisis, hasta conseguir la saturación teórica, la cual nos indica el momento de finalizar el trabajo de campo (2013: 90).

En palabras de Selltiz (Ruiz Olabuénaga, 2003: 64), en el muestreo intencional “no hay modo de estimar la probabilidad que cada elemento tiene de ser incluido en la muestra ni la seguridad de que cada elemento tiene alguna oportunidad de ser incluido”. Dentro del muestreo intencional se distinguen dos categorías: el *muestreo opinático* y el *muestreo teórico*.

Por un lado, el muestreo opinático se caracteriza por la selección de los informantes de acuerdo con criterios estratégicos personales, tales como: los informantes más accesibles, los informantes expertos pueden considerarse los más competentes y/o representativos e incluso los informantes que contactan con el investigador por mediación de personas entrevistadas con anterioridad (conocido como muestreo *de bola de nieve*).

Tanto el muestreo opinático como el teórico han resultado ineludibles en este proceso. La consecución de los datos más reveladores se ha manifestado, no solo a partir de la recopilación, codificación y análisis de datos, sino también con determinadas estrategias que me permitieron realizar mis primeras entrevistas. El hecho de que determinados compañeros se lanzasen, alentó a muchos otros.

#### **2.6.1.2.1.1. Criterios de inclusión de los sujetos**

Se establecieron unos criterios que marcarían la selección de las

enfermeras, habida cuenta de que no se trataba de principios inflexibles y que podían ser modificados a lo largo del estudio:

- Enfermeras que ejerciesen su profesión en la UCI del hospital elegido para el desarrollo del estudio.
- Enfermeras de la UCI que quisieron participar de forma voluntaria.

#### **2.6.1.2.2. Selección de escenarios**

Taylor y Bogdan (2013: 36) insisten en que un escenario ideal dispone de fácil acceso, de la inmediatez de un conveniente vínculo con los informantes y de la capacidad para obtener datos de interés para la investigación. Resulta complejo asegurar el acceso a un campo en el que satisfacer los intereses del investigador (Taylor y Bogdan, 2013: 36).

Los expertos sugieren la exploración de escenarios ajenos, tanto del ámbito personal como profesional, de la persona que investiga (Taylor y Bogdan, 2013: 36).

En este aspecto no estaba preocupada. Nunca había desempeñado mi actividad profesional en este hospital ni en ninguna unidad de intensivos. Esta condición me concedió la capacidad de apreciar desde la admiración y la extrañeza lo que sucedía en la unidad, su análisis e interpretación.

La implicación con un escenario obstaculiza la apreciación del fenómeno sin preconcebir o calificar. La realidad cotidiana demuestra que las personas aceptamos condiciones implícitas en la percepción del mundo que se refuerzan con nuestros pensamientos infundados. De la misma manera, el investigador identifica lo que observa con la realidad objetiva, pues debe reflexionar que su análisis constituye uno entre las infinitas formas de ver el mundo (Taylor y Bogdan, 2013: 36).

Spradley (1980: 61-62) hace referencia a este razonamiento a través de las siguientes palabras:

“Cuanto más se sabe de una situación como participante ordinario, más difícil es estudiarla como etnógrafo... Cuanto menos familiarizado estés con una situación social, más capaz eres de ver las reglas culturales tácticas en funcionamiento” (Valles, 2000: 158).

Valles persiste en la trascendencia de este distanciamiento para desarrollar una observación prudente. Esta separación radica en una observación equilibrada que permite contemplar *el árbol y el bosque* (2000: 158). Esta comparación aproxima la comprensión de la equidad a través de la distancia física.

El investigador cualitativo es una persona socializada. La observación de la sustantividad sociocultural no es posible desde una imparcialidad categórica. La consciencia social es etnocéntrica, esto es, la percepción de la realidad, los valores, las creencias, la adecuación o lo inapropiado del comportamiento del ser humano en el que ha sido instruido, poseen una mayor validez con respecto a otros grupos. Los seres humanos coexistimos en nuestro mundo social teniendo la certeza de que es superior, pues nos identificamos con el mismo y funciona (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 216).

Sin embargo, el etnógrafo debe cumplir con el extrañamiento como condición necesaria. Por un lado, esta disposición capacita para el entendimiento de que, en otra realidad sociocultural, las personas no actúan como yo (nosotros) haría (mos). Por otro lado, asiste en la proyección de una conducta relativista con los aspectos que no se ajustan a los esquemas etnocéntricos propios. Estas dos acciones refuerzan la comprensión de los argumentos naturales válidos de la sociedad estudiada, aunque inverosímiles para la persona que investiga (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 216-217).

¿Dónde se iba a realizar la investigación? La selección del hospital en el que se desarrolló la investigación cumplía los siguientes criterios:

- Que dispusiera de una unidad de cuidados intensivos para personas adultas.
- Que no tuviera ninguna relación personal con el investigador.
- Que fuese accesible. Constituía el único hospital con UCI de adultos de la

provincia de residencia.

Estos criterios influyeron en la elección del hospital, que será denominado Hospital NORTE.

La UCI de este hospital, como ya se ha mencionado, recibe el nombre de Unidad de Medicina Intensiva (UMI). La unidad se divide en dos partes bien diferenciadas: el módulo asistencial, en el que se encuentran ubicadas las habitaciones de las personas críticamente enfermas y todo lo necesario para su atención inmediata y el módulo administrativo, que consta de dos salas de trabajo con ordenadores para cada miembro del equipo, los despachos del jefe de servicio, la supervisora de enfermería y la secretaria del servicio, la sala de descanso y dos salas preparadas para dar información a las familias.

La zona asistencial consta de diecisiete habitaciones. Frente a las habitaciones se disponen dos controles de enfermería, dos zonas de trabajo con ordenadores, una zona intermedia para el trabajo de enfermería, tal como la preparación de la medicación y el lavado de manos y varias habitaciones con función de almacén de aparataje, fungible y lavandería.

# CAPÍTULO III: TRABAJO DE CAMPO

---

- EL TRABAJO DE CAMPO
- COMENZAR EL TRABAJO DE CAMPO
- PROCEDIMIENTO DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD
- FASE ANALÍTICA
- NARRATIVIDAD DE LA INVESTIGACIÓN
- CRITERIOS DE RIGOR
- CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS
- CONSIDERACIONES ÉTICAS
- PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS





## CAPÍTULO III: TRABAJO DE CAMPO

### 3.1. El trabajo de campo

En palabras de Stocking (1993: 43), el trabajo de campo constituye “la experiencia constitutiva de la Antropología, porque distingue a la disciplina, cualifica a sus investigadores y crea el cuerpo primario de sus datos empíricos” (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 19).

El trabajo de campo, en términos de Edgerton y Lagness (1977: 3), se cimienta en determinados fundamentos, en muchas ocasiones tácitos, que son (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 23):

- Las más óptimas herramientas para la comprensión de una cultura constituyen el pensamiento y la sensibilidad del ser humano.
- Una cultura necesita de la perspectiva de quien la vive, además del enfoque de un observador externo.
- Los comportamientos culturales no pueden ser excluidos del todo (holismo), es decir, no pueden ser analizados sin considerar el contexto en el que tienen lugar.

El trabajo de campo, como ya advirtió Griaule, consiste en un *baile de máscaras*, esto es, una práctica de representaciones múltiples:

“Volverse un afable camarada de la persona estudiada, un amigo distante, un extranjero circunspecto, un padre compasivo, un patrón interesado, un comerciante que paga por revelaciones, un oyente un tanto distraído ante las puertas abiertas del más peligroso de los misterios, un amigo exigente que muestra un vivo interés por las más insípidas historias familiares, así el etnógrafo hace pasar por su cara una preciosa colección de máscaras como no tiene ningún museo” (citado por Clifford, 1983, 139) (Velasco y Díaz de Rada, 2004: 23-24).

### **3.1.1. Preparación del trabajo de campo y del proyecto de investigación**

Una vez considerada la propuesta de investigación y con el beneplácito de mis directoras de tesis, contacté con la Subdirección de Enfermería del centro que había seleccionado para desarrollar el trabajo de campo.

Esta primera comunicación se produjo vía mail la cual, tras un tiempo prudente de averiguación, constituyó mi única posibilidad de contacto. Escribí aquel email temblorosa, esperanzada y expectante. Una vez redactado y revisado, la mañana del día 2/12/2013, hice click en la opción de enviar y esperé una respuesta.

Aquella espera se hizo eterna. No podía dejar de mirar el correo electrónico cada vez que tenía oportunidad. Durante aquellos días, mis directoras me instaron a que profundizara y reflexionara acerca del título, pues debería evidenciar el tema de la tesis, en que ahondara en la descripción del objetivo general, pues debería estar en consonancia con el título y debatimos con detenimiento sobre el planteamiento de la observación participante en la unidad. Sabíamos que teníamos que dulcificar el término, pues no queríamos que pensasen que yo iba a actuar de “espía”. Ambicionábamos precisar que yo, como observadora, no iba a juzgar a ninguno de los actores. Mi única atribución estaba vinculada al conocimiento de cómo las enfermeras trabajaban en la UMI y a que compartiesen conmigo su desempeño profesional en la unidad. En suma, quería saber si las enfermeras hacían lo que decían que hacían.

En enero del año 2014, tras no haber recibido respuesta al mail enviado a la Subdirección de Enfermería en diciembre del año 2013, intenté ponerme en contacto con la Secretaría de Enfermería. Desde aquí me informaron de que el Departamento de Formación me mantendría informada. El día 21/01/2014, desde el Departamento de Formación del hospital, se me solicitó el envío de la propuesta de investigación vía correo ordinario y así lo hice. El día 12/02/2014, sin tener todavía una respuesta, contacté de nuevo con la responsable de formación, quien me instó a continuar esperando una respuesta.

En febrero del año 2014, por causas ajenas a mi voluntad, Esperanza

Martínez Manso, una de mis dos directoras de tesis, cesó en mi dirección.

Purificación González Villanueva, con quien estuve diariamente en contacto, ante la falta de información, decidió ponerse en contacto con el hospital, puesto que aquella desinformación nos tenía verdaderamente angustiadas. El hecho de que una doctora en enfermería y profesora de la UEM se pusiese en contacto con el hospital, podía incrementar la formalidad de nuestro proyecto.

Afortunadamente, el día 28/02/2014, Purificación consiguió contactar con la Subdirectora de Enfermería, quien le insistió en la necesidad de crear un convenio entre la UEM y el hospital. Además, se interesó por el tiempo que yo iba a estar en la unidad y la tranquilizó el hecho de que no fuese a realizar procedimiento clínico alguno, ni a comunicarme con ningún paciente. Este mismo día se intercambiaron los mails y teléfonos de contacto y, además, nos remitió a la Responsable de Formación para continuar con la tramitación de permisos.

Finalmente, el día 5/03/2014 la UEM envió el convenio a la Responsable de Formación del hospital y quedamos a la espera de que el hospital confirmara su validez. El 12/03/2014 la Responsable de Formación retornó el convenio a la Universidad, habiendo modificado la última cláusula del mismo, puesto que el hospital no podía ejecutar convenios de naturaleza privada y su jurisdicción constituía la contencioso administrativa.

El 17/03/2014 se envió desde la UEM el convenio corregido. Además, con fecha 26/03/2014 obtuvimos la confirmación por parte del Departamento de Legal de la UEM. En este momento, no podíamos hacer sino esperar la autorización por parte del hospital, con el objeto de que el Departamento de Legal de la Universidad preparara la documentación con la firma de ambas instituciones.

Con posterioridad, el día 28/03/2014 el hospital confirmó que aceptaba el convenio y la UEM se dispuso a la firma del mismo. Más adelante, el 25/04/2014 la UEM reenvió a la Responsable de Formación el convenio firmado para concluir con la firma del consejero y que nos lo devolviesen firmado. Finalmente,

con fecha 14/05/2014 la UEM me confirmó que el convenio había sido firmado por el consejero y recibido en la Universidad. En el anexo X se exponen las cláusulas del mismo.

El 27/05/2014, una vez firmado el convenio, mi directora de tesis contactó con la Subdirectora de Enfermería con el propósito de solicitar el permiso por parte del comité de ética del hospital y, de esta manera, poder dar comienzo al trabajo de campo.

Por fortuna, el 12/06/2014 pude entrevistarme con la Subdirección de Enfermería y la Supervisora de la UMI. Una vez acomodadas en un despacho de la subdirección, me preguntaron en qué iba a consistir mi proyecto y qué es lo que iba a hacer exactamente en la unidad. Intenté exponerlo de la forma más natural y espontánea posible. Una vez explicado brevemente, les cuestioné la posibilidad de entrevistar a pacientes, a lo que argumentaron que eso sería casi imposible. Además, insistieron en tener el dictamen favorable del comité de ética del hospital antes de comenzar el trabajo de campo en la unidad.

Durante los meses posteriores, esperamos ansiosas el dictamen favorable del comité de ética. En aquel tiempo, me empleé de manera exhaustiva en perfeccionar el proyecto del trabajo de campo, además de efectuar un esquema de lo que iba a consistir mi estancia en la UMI: lo que iba a hacer, una programación de fechas y actividades y planteé preguntas y/o criterios de preguntas a las que deseaba dar respuesta.

El verano siempre ha constituido una época complicada para la realización de trámites en instituciones públicas o privadas. Mis compañeras comenzaban las vacaciones estivales y, en aquel momento, este proyecto se vio ralentizado por las mismas.

Sin embargo, el 9/10/2014 pude acudir a la UMI, mantener un encuentro con la Supervisora de Enfermería de la misma de nuevo y, ¡por fin!, establecer la fecha del 20/10/2014 como inicio del trabajo de campo en la unidad.

Contaba los días que quedaban para alcanzar esa fecha y plantarme allí. Tenía mucho miedo, pero también un entusiasmo inmenso. Después de tantos

meses de llamadas, mails, “estamos en ello”, “ya te dirán algo”, esquemas, proyectos y conversaciones con mi tutora, ¡lo habíamos conseguido!

El día 20/10/2014 me presenté en la UMI, a las 11:00 horas, tal y como me había sugerido la supervisora en nuestro último encuentro. En cambio, mi estancia se pospuso una semana más, puesto que se estaba impartiendo formación sobre el ébola (apareció de forma puntual en nuestro país durante el brote en África Occidental de aquel año) y consideraron un inconveniente que yo estuviera allí.

Con la intención de mantener la ilusión a flote, a pesar de los contratiempos, inicié la elaboración del consentimiento informado que entregaría a cada uno de los entrevistados.

Por fortuna, el día 27/10/2014 comenzó mi aventura como aprendiz de etnógrafa en la UMI.

### **3.1.2. Presentación de la investigadora en la UMI**

Taylor y Bogdan (2013: 112) insisten en la importancia de las siguientes cuestiones con la intención de fundar una relación de compañerismo.

- Los motivos e intenciones del investigador. Anteriormente a mi presentación en la UMI, la supervisora de enfermería había reenviado el proyecto que había presentado a todas/os las/os enfermeras/os. No obstante, una vez en la unidad, explicaba qué es lo yo hacía allí y cuáles constituían los objetivos de mi proyecto.
- Anonimato. Insistí en la utilización de seudónimos con el propósito de preservar la intimidad de todos los miembros participantes.
- La palabra final. Esto significa que, una vez transcritas las entrevistas, se realizaría la devolución a los participantes con el propósito de que modificaran, suprimieran o añadiesen lo que consideraran oportuno.

En mi caso, la supervisora de enfermería de la unidad, fue la mediadora en mi entrada a la unidad. En la tradición de la observación participante, los informantes clave son figuras heroicas. La supervisora de la unidad me “apadrinó” y constituyó mi fuente primaria de conocimiento. Durante los primeros días en el campo, me presentó e introdujo mi cometido en la unidad; esto es, “me cobijó bajo el ala” (Taylor & Bogdan, 2013: 61).

Con anterioridad a mi entrada en el campo, le propuse la realización de una reunión en la que poder presentarme a las enfermeras de la UMI. Pretendía compartir con ellas lo que iba a hacer en la unidad y cómo había pensado hacerlo.

Este pequeño encuentro pretendía que sirviera para que los profesionales pudiesen ponerme cara y que, recurriendo a una ágil exposición, resolvieran dudas y minimizara el recelo que podía despertar mi presencia. Sin embargo, este acercamiento nunca se produjo. En la unidad había mucho trabajo y la organización de éste suponía una turbación en el programa rutinario. La supervisora insistió en que ella personalmente enviaría mi propuesta al email de todas/os las/os enfermeras/os de la unidad y que, además, iría introduciendo mis propósitos conforme tuviese tiempo (ver anexo 4).

### **3.2. Comenzar el trabajo de campo**

Comenzar el trabajo de campo implica saber que las técnicas de recogida de información fueron la observación participante, la entrevista en profundidad y el diario de investigación.

Pero, ¿qué era exactamente lo que se pretendía observar en la UCI?

Con el propósito de observar y analizar la forma en la que se realizan los cuidados en la unidad, se concluyó con la selección de fenómenos que reforzaran el entendimiento de lo que hace una enfermera en su práctica diaria profesional:

- Ingreso de una persona en la UMI en estado crítico. Se trata del primer

contacto de la enfermera con la persona críticamente enferma.

- Cuidados enfermeros dirigidos a la persona críticamente enferma.
  
- Cuidados enfermeros dirigidos a la familia de la persona críticamente enferma.

El propósito de mi estudio se centra en el significado que los profesionales de enfermería otorgan a la noción de cuidado. El primer contacto tiene lugar durante el ingreso. Es en este momento donde comienza la posibilidad de que se establezca una relación entre ambos; puede ser que el ingreso suponga un espacio de tiempo en el que puede iniciarse una relación de persona a persona. Pero, ¿cómo cuidan los profesionales de la UMI? Aunque la persona interactúa con múltiples profesionales a lo largo de su estancia en la unidad, ¿posee una relación con cada uno de ellos? ¿Todas las personas necesitan de esa relación? Además, ¿qué papel protagoniza la familia del paciente crítico? ¿Se le tiene en cuenta?

La revisión de estudios realizados, sobre todo en el ámbito internacional, nos ha transmitido que a) una política de visitas abiertas, b) la implicación de la familia en el cuidado y c) los cuidados dirigidos a la familia forman parte de la visión holística que caracteriza nuestra forma de cuidar y, además, influyen positivamente en la recuperación del paciente crítico.

En palabras de Taylor y Bogdan (2013: 74), la observación participante necesita un registro riguroso y minucioso de notas de campo. La bibliografía propone el registro de dichas notas inmediatamente posterior a la observación. De la correcta disposición de estos registros dependerá el éxito de la materia prima, de los datos. Estos autores afirman que puede que el investigador pase de cuatro a seis horas redactando una hora de observación, lo que exige una extraordinaria disciplina. En la medida en que avanza la investigación, se delimita lo que se registra de acuerdo a nuestros intereses (Taylor y Bogdan, 2013: 75). Constituye fundamental alcanzar la concentración precisa con el objeto de sintetizar lo que se ve, se oye, se siente y se piensa durante la estancia en el campo.

Con el propósito de aleccionarme en esta competencia y no desatender u omitir ningún aspecto, realizaba el registro de mis notas inmediatamente después de salir de la unidad (también tomaba notas mientras me tomaba un café en el pasillo, incluso en el baño si se trataba de datos importantes que de ninguna manera quería olvidar), en una biblioteca situada a cinco minutos en coche desde la misma.

En el cuadro que se expone a continuación aparecen los días que acudí a la unidad, el tiempo que permanecí en la misma, así como las jornadas en las que acudía a la biblioteca en un intento de estructurar toda la información obtenida.

Por otro lado, las entrevistas en profundidad se han realizado a todas las enfermeras que han accedido de forma voluntaria. En el texto, se reconocen por aparecer con nombres ficticios.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	DIARIO DE CAMPO
13/10/2014 (3 horas)	
14/10/2014 (3 horas)	
15/10/2014 (3 horas 15 minutos)	
16/10/2014 (4 horas)	
27/10/2014 (2 horas 30 minutos)	
28/10/2014 (5 horas)	
29/10/2014 (2 horas)	
30/10/2014 (3 horas 30 minutos)	



31/10/2014 (4 horas)	<p style="text-align: center;"><b>Durante la observación e inmediatamente después de salir del campo</b></p>
3/11/2014 (6 horas)	
4/11/2014 (7 horas)	
5/11/2014 (7 horas)	
6/11/2014 (6 horas)	
7/11/2014 (8 horas)	
10/11/2014 (6 horas 30 minutos)	
11/11/2014 (7 horas 15 minutos)	
12/11/2014 (6 horas)	
13/11/2014 (8 horas 10 minutos)	
14/11/2014 (5 horas 15 minutos)	
17/11/2014 (6 horas)	
18/11/2014 (7 horas)	
19/11/2014 (6 horas 45 minutos)	
20/11/2014 (7 horas 25 minutos)	
21/11/2014 (8 horas 10 minutos)	
24/11/2014 (4 horas 45 minutos)	

25/11/2014 (7 horas 5 minutos)	<b>Biblioteca<sup>1</sup></b>
26/11/2014 (3 horas)	
27/11/2014 (4 horas 20 minutos)	
28/11/2014 (3 horas 40 minutos)	
1/12/2014 (7 horas)	<b>Durante la observación e inmediatamente después de salir del campo</b>
2/12/2014 (7 horas 35 minutos)	
3/12/2014 (9 horas 5 minutos)	
4/12/2014 (3 horas)	
5/12/2014 (3 horas 30 minutos)	
8/12/2014 (6 horas)	
9/12/2014 (6 horas)	
10/12/2014 (6 horas)	
11/12/2014 (7 horas)	
12/12/2014 (7 horas 10 minutos)	
15/12/2014 (6 horas 35 minutos)	
16/12/2014 (5 horas 45 minutos)	

<sup>1</sup> Estos días acudía a la biblioteca, no al campo, en un intento de estructurar toda la información obtenida.

17/12/2014 (7 horas 5 minutos)	<b>Biblioteca</b>
18/12/2014 (6 horas)	
19/12/2014 (6 horas)	
22/12/2014 (6 horas)	
23/12/2014 (6 horas)	
26/12/2014 (6 horas 15 minutos)	
29/12/2014 (6 horas)	
5/01/2015 (6 horas 25 minutos)	
7/01/2015 (6 horas 30 minutos)	
8/01/2015 (6 horas 40 minutos)	
9/01/2015 (6 horas 20 minutos)	<b>Durante la observación e inmediatamente después de salir del campo</b>
12/01/2015 (6 horas 40 minutos)	
13/01/2015 (6 horas 45 minutos)	
14/01/2015 (7 horas)	
15/01/2015 (8 horas)	
16/01/2015 (6 horas 30 minutos)	
19/01/2015 (7 horas)	

20/01/2015 (7 horas 10 minutos)	<p style="text-align: center;"><b>Durante la observación e inmediatamente después de salir del campo</b></p>
21/01/2015 (6 horas 30 minutos)	
22/01/2015 (6 horas 35 minutos)	
23/01/2015 (6 horas 40 minutos)	
26/01/2015 (6 horas 30 minutos)	
27/01/2015 (6 horas 35 minutos)	
28/01/2015 (6 horas 40 minutos)	
29/01/2015 (6 horas 50 minutos)	
30/01/2015 (6 horas 40 minutos)	
2/02/2015 (7 horas)	
3/02/2015 (7 horas)	
4/02/2015 (7 horas 10 minutos)	
5/02/2015 (7 horas 15 minutos)	
6/02/2015 (7 horas 20 minutos)	
9/02/2015 (7 horas 10 minutos)	
10/02/2015 (7 horas 35 minutos)	
11/02/2015 (7 horas 25 minutos)	

12/02/2015 (7 horas 10 minutos)	
13/02/2015 (7 horas 5 minutos)	
16/02/2015 (7 horas)	
17/02/2015 (7 horas 30 minutos)	
18/02/2015 (7 horas 15 minutos)	
19/02/2015 (7 horas 10 minutos)	
20/02/2015 (7 horas 30 minutos)	
23/02/2015 (7 horas 40 minutos)	
24/02/2015 (7 horas 10 minutos)	
25/02/2015 (7 horas 20 minutos)	
26/02/2015 (7 horas)	
27/02/2015 (7 horas) + ENTREVISTA ARIADNA Y CANDELA	
2/03/2015 (7 horas)	
3/03/2015 (7 horas)	
4/03/2015 (7 horas 10 minutos)	
5/03/2015 (7 horas) + ENTREVISTA AINARA Y JOEN	

6/03/2015 (7 horas)	<b>Durante la observación e inmediatamente después de salir del campo</b>
9/03/2015 (7 horas)	
10/03/2015 (6 horas)	
11/03/2015 (5 horas)	
12/03/2015 (7 horas) + ENTREVISTA NATALIA Y CAMILA	
13/03/2015 (7 horas)	
16/03/2015 (7 horas)	
17/03/2015 (6 horas 30 minutos) + ENTREVISTA ADA	
18/03/2015 (7 horas 30 minutos)	
19/03/2015 (7 horas)	
20/03/2015 (7 horas)	
23/03/2015 (7 horas)	
24/03/2015 (7 horas)	
25/03/2015 (7 horas)	
26/03/2015 (7 horas)	
27/03/2015 (7 horas 40 minutos)	

30/03/2015 (7 horas 5 minutos)	
31/03/2015 (7 horas) + ENTREVISTA PAULA	
1/04/2015 (7 horas 30 minutos)	
2/04/2015 (7 horas)	
3/04/2015 (6 horas)	
6/04/2015 (6 horas)	
7/04/2015 (7 horas 30 minutos)	
13/04/2015 (7 horas)	<b>Biblioteca</b>
14/04/2015 (7 horas)	
15/04/2015 (6 horas)	
16/04/2015 (6 horas)	<b>Durante la observación e inmediatamente después de salir del campo</b>
17/04/2015 (8 horas)	
18/04/2015 (7 horas)	<b>Biblioteca</b>

Figura 7. Trabajo de campo (fuente: elaboración propia)

### 3.2.1. Primeros días en la UMI

Un hospital consiste en una organización compleja; un organismo con una estructura de categorías y relaciones y con una conformidad y unos intereses

organizativos muy específicos (Rodríguez, 1995: 161). El acceso a un hospital como investigadora, con el planteamiento de realizar una observación y permanecer en la UCI, constituía una gestión arriesgada. Y así fue. El acuerdo fue largo y arduo, tuvieron que pasar casi trece meses para que pudiese acceder al campo y, una vez en el mismo, tuve que enfrentarme a múltiples situaciones que me generaban una gran ansiedad: el no saber dónde situarme físicamente (dudando si mi presencia importunaba) y el eterno sentimiento de ser el bicho raro de la unidad. Por otro lado, también me turbaba la incorrecta identificación de los momentos en los que podía estar y otros en los que tenía que irme, y que mi papel para poder realizar la investigación fuese el adecuado.

La mayoría de los autores hablan y subrayan la importancia del trabajo de campo como algo singular de la etnografía.

Iniciar el trabajo de campo empieza por conseguir el acceso al campo, el cual suele requerir recursos y estrategias no siempre fáciles de conseguir (Gerrish y Lacey, 2008; Hammersley y Atkinson, 2006).

Se empezó por indagar sobre qué personas nos podían facilitar la entrada al campo. En etnografía, las personas responsables que autorizan la entrada de los investigadores en las instituciones se denominan *porteros* (Hammersley y Atkinson, 2006: 80). Estos miembros necesitan tener la certeza de que la investigación no perjudicará a su entidad. Por ello, Taylor y Bogdan (2013: 37) insisten en que el investigador debe asegurar una percepción que afiance la entrada en el campo.

No fue nada fácil. A pesar de las entrevistas y reuniones programadas con la Directora de Enfermería del hospital, el Jefe de Servicio de Formación de Personal del Sistema Sanitario y la Supervisora de críticos acontecidas durante los meses previos al trabajo de campo, los primeros días en la unidad fueron, desde mi punto de vista, de una confusión desmedida. Pese a que el primer día aterricé en la UMI plagada de euforia, emoción e inquietud, pronto estas sensaciones se tornaron en frustración y desencanto.

Sin embargo, al mismo tiempo, una vez firmado el convenio (ver anexo I) inicié los trámites pertinentes con el objetivo de obtener la aprobación del Comité



de Ética. El dictamen del Comité Ético de Investigación manifestó en la reunión celebrada el 27 de marzo de 2015 su dictamen favorable (ver anexo II).

Se accedió al campo con múltiples preguntas, con el deseo de conocer. No obstante, sin concepciones. De las muchas preguntas que se habían preparado, se fueron eligiendo las más pertinentes conforme avanzaba en la observación y en mi estancia en el campo.

Una de las propiedades fundamentales del diseño de un proyecto de investigación cualitativa es la flexibilidad. Se trata de un planteamiento que, en contraste con el trabajo cuantitativo, es circunstancial y supeditado concienzudamente a modificaciones. Se acepta la provisionalidad en la toma de decisiones. Sin embargo, esta toma de decisiones se orienta por los denominados “preunderstandings”, es decir, el estudio de la bibliografía, el conocimiento que otorga la experiencia y el buen criterio.

Me introduje en el campo con la impaciencia de construir vínculos con los informantes. Los manuales subrayan que los informantes, en condiciones ideales, olvidan que el investigador explora. Tal y como había estudiado, los primeros días en el campo procuré que los profesionales estuviesen cómodos y profundicé para aprender a actuar desestimando la perspectiva intrusiva de mi proyecto.

La recogida de datos, en los estadíos iniciales, era accesoria. Lo que importaba en aquella etapa constituía el conocimiento del escenario y las personas. Con la intención de acercarme a los informantes planteé algunas preguntas para iniciar la conversación con algunas/os de las enfermeras/os, estas eran: ¿Cuánto tiempo llevas trabajando aquí? ¿Cómo llegaste a esta unidad? ¿Cómo es aquí el trabajo de una enfermera?

Comprendía que el nivel de afinidad con el proyecto resultaría desigual, lo que se convirtió en un obstáculo para mí. La desconfianza de algunas/os enfermeras/os que no advertieron o experimentaron mis mismas turbaciones, me generaron inseguridad e incertidumbre.

Estas son algunas de las reflexiones que escribí en uno de mis primeros

días en el campo:

*Me siento incómoda. La falta de un rol determinado que desempeñar, en un ambiente totalmente desconocido y sin una cara amiga, se me hace cuesta arriba. Tengo ansiedad. Me está costando estrechar lazos. Me gustaría tener una cara amiga a la que acudir después de mucho tiempo sin hacer nada, salvo mirar, y poder tomar aire. Estos días estoy tomando mis notas de campo en el ratito que salgo de la unidad y me tomé un café en el pasillo. Algún dato que me parece importante lo anoto en el baño. Cuando salgo de la unidad, me acerco a la biblioteca y los desarrollo. La sensación de frustración, incertidumbre y desilusión me está superando. He leído que son percepciones normales y que van desapareciendo conforme el estudio avanza (DC 3 noviembre, 2014).*

La gran cantidad de información a la que me enfrentaba los primeros días fue tal, que habiéndolo acordado con mi directora y según los manuales consultados (Taylor y Bogdan, 2013), limitamos el tiempo de observación entre dos y tres horas. La observación se convierte en ineficaz en el momento en el que no puede ser registrada (Taylor y Bogdan, 2013).

Durante mi etapa como observadora participante, al igual que Van Maanen experimentó en el cuerpo de policía, tuve que hacer frente a los conflictos que se exponen a continuación (Ruiz Olabuénaga, 2003: 161-164):

- La “soledad metodológica”. La observación participante, pese a haber sido analizada y meditada, dependía del ingenio y de la habilidad de mis actuaciones y, no tanto, del dictamen de un libro de texto.
- La verificación de la carencia de preceptos predeterminados. Sin embargo, sí existían principios de interpretación que me orientaban más que preparaban sobre qué comportamiento era el adecuado. Esforzarse por trabajar con principios de interpretación resultaba más complejo que imitar una síntesis de patrones precisos.
- La dicotomía entre la ingenuidad y el engreimiento. Se convertía en una tarea ardua la enunciación de aspectos permisibles, con el objeto de no

provocar ofensa y, a su vez, sensibles con los que suscitar réplicas atractivas para nuestro proyecto.

- La suspicacia que motivaba la persona que disuadía en modo alguno de la cordialidad cotidiana que exigía obviar la crítica y rodearse de informadores honestos.
- La reticencia que suscitaba la persona con una conducta extremadamente aduladora y/o conforme que demandaba el perfeccionamiento de un carácter que motivara el atractivo del resto del grupo y que no retractara la personalidad del conjunto estudiado.
- El conflicto entre voluntarismo e idoneidad de los informantes. Esto es, los informadores más obstinados no siempre constituían los más competentes y valiosos.
- El compromiso por encubrir cuestiones que personalmente no avalaba.
- La disyuntiva que se manifestaba en el momento en el que presenciaba situaciones que desde mi punto de vista resultaban desacertadas. De ello emergía una elección compleja entre implicación y desentendimiento y/o entre honestidad e inmoralidad.
- El distanciamiento gradual que tuve que tantear una vez verificado lo autojustificador de algunas intervenciones que desarrollaban los informantes frente al convencimiento y franqueza con que los mismos efectuaban y comprendían estas mismas intervenciones.
- La confrontación con la aplicación que iba a darle a la información obtenida; “actuando como el espía que pasa un informe secreto, el traidor que revela información peligrosa que puede ser utilizada en contra de sus excompañeros, o el falsificador que solo publica la información inocente, inocua o inofensivamente espectacular” (164).

### 3.2.2. Relaciones de campo difíciles

Tal y como sugieren los diferentes autores, las relaciones en el trabajo de campo suelen ser complejas.

El trabajo de campo se caracteriza por el padecimiento que el ser humano experimenta en su vida social: resentimiento, incompatibilidad y enfrentamientos. Factores como la raza, el sexo y la edad pueden respaldar la conducta de los informantes con el observador. Habitualmente, el investigador acostumbra a lidiar con situaciones comprometidas y complicadas (Taylor & Bogdan, 2013: 63).

Los informantes hostiles pueden resultar tan desconcertantes como los profundamente complacientes. Tal y como afirman Taylor y Bogdan (2013: 64), el investigador se encuentra con personas a las que les inquieta su figura. Por lo general, esta turbación desaparece conforme se avanza. Sin embargo, puede resultar extenuante alejarse de determinados distintivos (Hammersley y Atkinson, 2006: 98). Johnson (1975) define como “boicoteador” a aquel informante que no colabora en la investigación. Sin embargo, pese a que existan personas que no se comprometan a participar en el proyecto, no se puede considerar que los informantes hostiles actuarán de la misma manera hasta el final de la observación. Un trato accesible, sin instigar en la interrelación, puede disuadir de la percepción prejuzgada de los informantes hostiles, de modo que, a pesar de que puede que no lo acepten, existe la probabilidad de que no se conviertan en enemigos y nos confronten con otras personas (Taylor & Bogdan, 2013: 64-65).

En un intento por profundizar en el conocimiento de los actores y del escenario, “actué como ingenua”. Esto quiere decir que, “presentarme como extraña ingenua pero interesada” (Taylor y Bogdan, 2013: 66), constituyó un procedimiento eficiente en la obtención de datos importantes. Sanders (1980: 164) sugiere que presentarse como “incompetente aceptable” facilita la formulación de interrogantes acerca de “lo que todo el mundo sabe” (Taylor y Bogdan, 2013: 66).

A continuación, se exponen determinadas situaciones que experimenté durante mi estancia en el campo, las cuales favorecieron la recogida de datos, otras que la dificultaron, así como otras que me generaron desasosiego e indecisión.

*Hoy es mi primer día en la UMI. Me tiembla el pulso al escribir estas líneas. Son las once menos cuarto y me encuentro en la sala de espera de la unidad, lugar en el que la supervisora y yo acordamos encontrarnos durante la última reunión que compartimos. Ella ha determinado que el horario idóneo para que acuda al campo durante los primeros días sean las once de la mañana. Todo depende de las circunstancias que se produzcan durante cada jornada, pero es en este lapso de tiempo, que acontece entre la planificación de las actividades de primera hora de la mañana y las que se producen ante la llegada de los familiares, en el que las enfermeras disponen de unos minutos de menor actividad. Y pensó que podría aprovecharlo para presentarme al resto del equipo y explicarles el proyecto. Después de concentrarme en el estudio de metodología cualitativa durante estos meses precedentes a la entrada en el campo, ha llegado el momento de la verdad. Y realmente siento miedo. Miles de preguntas se agolpan en mis pensamientos. El acceso a un campo implica penetrar en las culturas grupales, así como invadir de alguna manera determinados espacios que previamente son habitados por otros. ¿Qué reacciones despertará mi presencia? ¿Aprenderé a actuar correctamente en el campo? ¿Qué significa actuar correctamente en el campo? ¿Lograré que los informantes se sientan cómodos ante mi presencia? ¿Ganaré su aceptación? (DC 27 octubre, 2014).*

Tal como expresa Amezcua (2000), el primer obstáculo que experimenta el observador en el campo constituye la confrontación que se origina entre la cultura de los otros (étnica) y la del propio investigador (científica). Esta confrontación se denomina *síndrome del forastero*. La propuesta para enfrentarse a esta situación, propone Amezcua, incluye la participación en el campo: “aprendiendo a pensar, a hablar, a sentir y a comportarse como ellos” (32).

Seguidamente, se prosigue con las anotaciones del diario de campo que se desarrollaron a continuación el mismo día al que se hacía referencia en líneas precedentes.

*La supervisora de la unidad se presenta en la sala de espera y juntas nos dirigimos a uno de los controles de enfermería. Resulta alentador que, en el momento que nos acercamos al control, el personal de enfermería y auxiliar de enfermería, se encuentran reunidos. La supervisora me presenta como la estudiante de Doctorado que va a realizar en la unidad el trabajo de campo. A continuación pregunta: - “¿Leísteis el correo que os envíe la semana pasada? Contení el proyecto de su trabajo de campo” -. Las enfermeras contestan que no han tenido tiempo de leerlo. Sin embargo, aprovecho este momento para explicarles las características más importantes de mis pretensiones en la UMI. Una de las enfermeras me interrumpe nada más comenzar para preguntar: - “Y eso del Doctorado, ¿qué es?” -. Cuando comienzo mi explicación sobre el Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería, vuelve a interrumpirme para preguntarme: - “¿Y eso del Doctorado para qué sirve?” -. Estas preguntas hacen que en mi mente se agolpen las siguientes cuestiones: ¿Somos las enfermeras conocedoras del nivel de estudios universitarios a los que podemos acceder? ¿Creemos las enfermeras que nuestra disciplina puede avanzar si la teoría y la práctica no son complementarias? ¿Cuál es el abordaje que plantea el académico en este momento de cambio en la enfermería? ¿Sirve para dar respuesta a los nuevos retos de la profesión? No puedo explicarle nada al respecto puesto que rápidamente expone que tiene que acercarse a la habitación del dieciséis (DC 27 octubre, 2014).*

Estas enfermeras no tenían conocimiento de que una enfermera podía acceder a estudios de Doctorado.

Determinados autores aseguran que la enfermería es una profesión o una disciplina emergente. Una profesión, como lo es la enfermería, tan vetusta como la humanidad (a cargo de la que recaen determinados derechos humanos universales, tales como el derecho a la vida, la salud y el cuidado) no puede pasar desapercibida. Existen investigaciones que prueban las dificultades que presenta la enfermería para aplicar el conocimiento científico. Sin embargo, la

enfermería evoluciona y está permanentemente creciendo como profesión, disciplina y ciencia. Aunque existe ese porcentaje de enfermeras que no están conciliadas con la investigación, las enfermeras investigadoras destacan los obstáculos que encuentran para abrirse paso en espacios hegemónicos en los que habitualmente se encuentran invisibilizadas.

Por otra parte, y haciendo referencia a otra de las expresiones que hace una enfermera para referirse a uno de sus pacientes (*a la habitación del dieciséis*), se me plantean las cuestiones siguientes: ¿Quién es *el de la dieciséis*? ¿Se trata de un objeto al que se le realizan procedimientos y técnicas? O, por el contrario, ¿somos capaces de comprender los condicionantes de la persona críticamente enferma, contextualizarlos en base a la historia de vida de cada una de ellas e interpretarlos con el propósito de optimizar la relación persona a persona? La práctica biologicista puede deducirse por el lenguaje que se utiliza. Es habitual escuchar en el ámbito sanitario las expresiones: *la medicación del dieciséis, el tubo de la diecisiete o la saturación del dieciocho*. Estas declaraciones, incluso sin tener consciencia de ello, revelan un modo de pensamiento a partir del cual se puede cimentar nuestra práctica diaria profesional.

*Este mismo día, otra de las enfermeras que se encuentra en el control me formula la siguiente pregunta: - “¿Eres masoca? Después de todo lo que estudiaste durante la carrera, ¿aún te quedan ganas de seguir estudiando?” - . Después de este comentario, las enfermeras continúan charlando acerca de otras cuestiones. La supervisora aprovecha este momento para proponerme que pase la mañana cerca de Sonia, una de las enfermeras del turno. Ella se encuentra preparando la medicación que tiene que administrar a las doce. Me acerco a ella y le comento la posibilidad de permanecer con ella y acompañarle a las dos habitaciones a las que tiene que acudir. Ella asiente con la cabeza y me explica que, aunque ha estado atenta a lo que había manifestado sobre mi cometido, no sabía exactamente qué debía compartir conmigo. Pienso que es el momento idóneo para explicarle los objetivos de mi proyecto y los métodos de recogida de información que he escogido para dar respuesta a mis preguntas de investigación. Ella asiente. Me dirijo con ella a una de las habitaciones y antes de*

*entrar me pregunta si tiene que explicarme las técnicas que va a realizar en su interior. Yo le aclaro que no es necesario (DC 27 octubre, 2014).*

### **3.3. Procedimiento de las entrevistas en profundidad**

La grabación de las entrevistas, el relato de los informantes y su análisis supuso una secuencia emocional que me hizo experimentar la minuciosidad, el tacto, el desconcierto, la resignación, la soledad, la ansiedad, la extenuación y la satisfacción en un grado que aún no conocía; fue una travesía caótica (Kvale, 2011: 61).

Resulta complicado especificar el número de entrevistas que van a realizarse en investigación cualitativa. El muestreo teórico, como se advertía en la teoría, puede aplicarse como método para elegir a las personas a las que se les va a entrevistar (Glaser y Strauss, 1967; visto en Taylor y Bogdan, 2013: 108). En el muestreo teórico, lo fundamental radica en el potencial de cada entrevista, no en la cantidad.

Por otro lado, resulta complejo pronosticar el número de personas a entrevistar. Es sencillo, afirma Kvale (2011: 70), “entrevista a cuantos sea preciso para averiguar lo que necesitas saber”. El propósito de la investigación, examinar y detallar los significados de la práctica enfermera, precisa de la ejecución de entrevistas hasta que éstas mismas generen nuevo conocimiento, esto es, hasta alcanzar la saturación teórica de los datos (Kvale, 2011: 70). Con el propósito de aproximarme a la perspectiva de las enfermeras, realicé nueve entrevistas en profundidad, con las que se alcanzó la saturación teórica (Kvale, 2011: 71).

Tal y como se ha mencionado anteriormente, este estudio se fundamenta en una perspectiva construccionista. Son las enfermeras quienes van a relatar las características de su práctica diaria profesional. La UMI es el escenario, las personas críticamente enfermas, sus familias y los profesionales, los actores. La interrelación entre los profesionales entre sí y entre estos y la persona críticamente enferma y su familia, entre otros aspectos, fundamentarán la



vivencia de las enfermeras.

### **3.3.1. Criterios para entrevistar a las enfermeras**

Siguiendo estas indicaciones, las entrevistas fueron voluntarias. Se realizaron en una pequeña sala ubicada en el módulo administrativo de la unidad. Fueron grabadas con el consentimiento de cada uno de los participantes (ver anexo 3). El consentimiento informado me supuso, además de la oportunidad de profundizar en determinados aspectos del estudio, la consecución de la aceptación expresa de participación, así como la aclaración referente a la renuncia de participación en todo momento, si así lo deseaba el participante (Kvale, 2011: 52). Esta interrelación supuso la gestación de un clima de confianza, que facilitaba que las enfermeras preguntaran cuestiones acerca del proyecto. En estos espacios comunicativos, las enfermeras aprovechaban para preguntar, aclarar dudas no solo del proyecto, sino también de los objetivos de la investigación.

La fecha fue establecida previamente contando con el horario laboral, tanto de las enfermeras como del director médico. Teniendo en cuenta las características del trabajo de dicha unidad, hubo algunas que sufrieron modificaciones, o incluso fueron pospuestas, y la hora la acordamos considerando los momentos de menor actividad.

La grabadora estuvo sobre la mesa. Antes de empezar, insistí en la voluntad y objetivos del proyecto, en la necesidad de que la entrevista fuese grabada, en la confidencialidad de su relato, en la identidad de quienes tendrían acceso al mismo, la legitimidad de revelar parte de la entrevista o la totalidad de la misma, así como la posibilidad de respaldar su transcripción y su análisis. Por lo común, los aspectos anteriormente mencionados no supusieron obstáculo para los entrevistados.

Particularmente, pese a que informé de lo que iba a hacer en la unidad y expliqué el propósito de mi proyecto previamente, si algún informante solicitaba aclaración sobre determinados datos más específicos, me esforzaba porque

quedaran lo más esclarecidos posible.

En mi caso, como investigadora principiante respaldé mi práctica en mi manual de preguntas. Además, se consideró el proceso de recogida y análisis de datos como una sucesión circular. Una previa e intensa revisión, que había incrementado la interpretación del fenómeno estudiado, favoreció el retorno a fases precedentes, la determinación de realizar más entrevistas, así como de escuchar determinadas reproducciones o repasar ciertas transcripciones. Estas acciones permitieron el estudio de los documentos desde un enfoque desconocido, lo que resulta coherente con la finalidad de una investigación exploratoria que radica en el hallazgo de nuevas perspectivas del fenómeno investigado (Kvale, 2011: 69). Concretamente, se produjeron determinadas coyunturas con diferentes entrevistados que me alentaron a continuar rastreando pistas desconocidas.

Por ejemplo, mi búsqueda preliminar a la entrada en la unidad se había centrado en la revisión bibliográfica de la vida en la UCI; aspectos estructurales de estas unidades: características físicas, organización e instalaciones, equipamiento, estándares y recomendaciones, funcionamiento de las diferentes unidades nacionales y extranjeras, niveles de atención y cartera de servicios, garantía de los derechos del paciente crítico, cultura de seguridad, información e identificación del paciente, consentimiento informado y prevención de infecciones. Asimismo, había leído sobre lo que decía la teoría relativa al cuidado de enfermería y las fortalezas, percepciones, experiencias y obstáculos a los que los profesionales de críticos se enfrentaban en su práctica diaria profesional. Igualmente, había querido saber cómo era morir en la UCI y cuáles eran las necesidades emocionales, tanto de las personas críticamente enfermas, como las de sus familiares y también las de las propias enfermeras. La bibliografía insistía en la determinación del progreso tecnológico como medio y no como finalidad para el cuidado de las personas en un intento de humanizar un contexto profundamente tecnológico. Había analizado las carencias emocionales expresadas por personas que habían estado críticamente enfermas, sus familiares y las reveladas por los profesionales de cuidados críticos. Sin embargo, no conocía cómo se abordaban en la práctica verdaderamente. Como

resultado de una de las preguntas realizadas a Paula sobre la capacidad de las enfermeras para asistir, entender, acompañar y ayudar a las personas críticamente enfermas y sus familias, se produjo una revelación que aludía a la inexistencia de soporte psicológico en la unidad. “Aquí aún tiramos mucho del sacerdote...”.

Esta exposición supuso para mí un descubrimiento traumático. No alcanzaba a imaginar que dadas las situaciones que se daban en la UCI, críticas, dramáticas, devastadoras para la persona críticamente enferma y su familia, estas fueran derivadas a la figura de un sacerdote. Pese a que se contemplaba la necesidad de la figura de un psicólogo experto como una opción, la figura del sacerdote había sido muy socorrida durante muchos años y se seguía utilizando. Sin embargo, la realización de una interconsulta al servicio de psicología del hospital correspondía, en todo caso, al profesional médico.

En la misma línea, el nombre con el que se conocía la unidad, UMI, se me presentaba atestado de connotaciones. UMI: Unidad de Medicina Intensiva. Otro de los nombres que se ha utilizado durante décadas, ha sido la UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva). ¿Qué significado tienen? ¿Adónde nos llevan estos significados? Estos nombres evidencian la predominancia de lo biológico, de lo técnico, de lo que hay que monitorizar. No reflejan la necesidad de los cuidados, sino la importancia de los parámetros médicos.

Aunque el estudio se ha llevado a cabo en la UMI, en muchas ocasiones, en las entrevistas las enfermeras se referían a la misma como UCI. Durante mi estancia en la UMI, advertí que este término no estaba interiorizado en el lenguaje de las enfermeras. Indistintamente se hablaba de UMI o UCI cuando querían hacer referencia a la unidad del estudio.

### **3.3.2. Habilidades de la investigadora en el procedimiento de las entrevistas**

En una investigación con entrevistas, el entrevistador constituye el elemento fundamental. Por consiguiente, el entrevistador tiene que estar

instruido en la materia de la entrevista, en la habilidad de la conversación, así como en la lengua y en el estilo lingüístico de los informantes. Además, el entrevistador debe determinar el recorrido de las preguntas (qué preguntar y cómo), en qué cuestiones de una respuesta incidir, comentar. Asimismo, debe ser capaz de entrever un relato valioso y apoyar la narración del mismo.

Intenté impregnarme del tema de la entrevista, previa intensa búsqueda bibliográfica y lectura de una gran cantidad de libros, revistas y artículos. Como procedimiento de refuerzo al entrevistado, procuré incluir la finalidad de la entrevista y finalizarla con una recapitulación de lo mencionado y consultando los interrogantes que pudiera tener el mismo.

Desde mi punto de vista, me parecían preguntas sencillas. Sin embargo, las enfermeras que tenían mucha experiencia en la unidad, expresaron que las preguntas eran difíciles de contestar.

### **3.3.3. Guía de preguntas**

Después de aproximadamente cuatro meses en la UMI y, habiéndome aproximado a lo que los informantes consideraban significativo en su práctica diaria profesional, se dispuso la siguiente guía de preguntas:

- ¿Qué significado tiene para ti trabajar en una UCI?
- ¿Cuáles son tus prioridades en tu trabajo diario en la UCI?
- ¿Qué perspectiva tienes de cómo están cuidados en la UCI las personas críticamente enfermas?
- ¿Qué tipo de conocimientos necesitan los profesionales de enfermería para trabajar en una UCI?
- ¿Qué experiencias profesionales te han influido para trabajar de la forma en la que lo haces?
- ¿Qué opinas del horario de visitas en la UCI?

- ¿En qué medida crees que es importante que la familia esté cerca del enfermo?
- ¿Qué relación tenéis con los familiares?
- ¿En qué medida crees que las enfermeras nos encontramos preparadas para asistir, entender, acompañar y ayudar a las personas críticamente enfermas y sus familias?
- ¿Encuentras dificultad para hablar con las personas críticamente enfermas y sus familiares de cuestiones delicadas?

Una guía de entrevista se fundamenta en un itinerario de preguntas que vertebra el desarrollo de la entrevista. A este respecto, las entrevistas individuales en profundidad que se realizaron a las enfermeras fueron previamente formuladas. Mi pretensión residía, incluso teniendo las preguntas enunciadas, en no limitar mi intervención con el entrevistado en las cuestiones previamente estipuladas; sino en el equilibrio entre éstas y la consideración de penetrar en determinadas respuestas que sugerían una nueva trayectoria hacia el conocimiento. A continuación, se expone una tabla en la que se evidencian, tanto las preguntas del investigador, como las preguntas del entrevistador. A tal efecto, las preguntas del investigador se enuncian con un carácter teórico, mientras que las preguntas del entrevistador se transmiten en el lenguaje consuetudinario de los informantes. Asimismo, una pregunta de investigación puede ser respondida por una o diferentes preguntas de entrevista, así como una pregunta de entrevista puede revelar respuestas a determinadas preguntas de investigación (Flick, 2007, visto en Kvale, 2011: 86-87). Como ejemplo, se expone la siguiente figura:

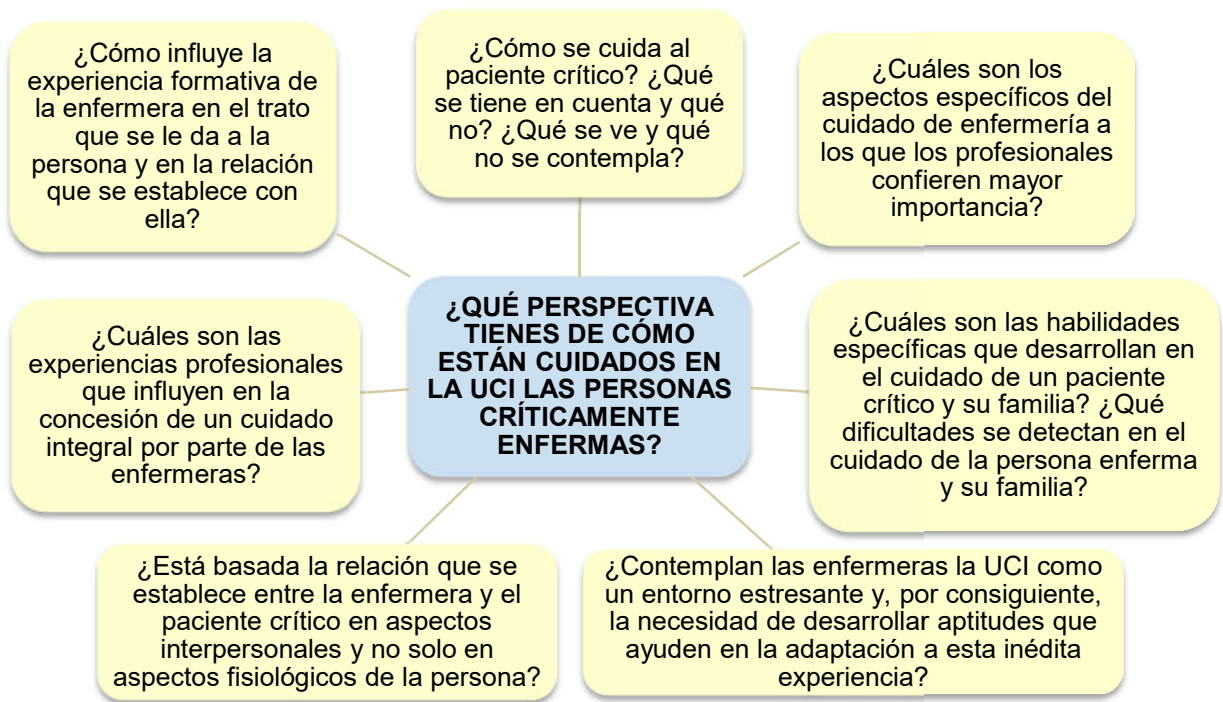


Figura 8. Transcripción de las preguntas de investigación a preguntas de entrevista (fuente: elaboración propia)

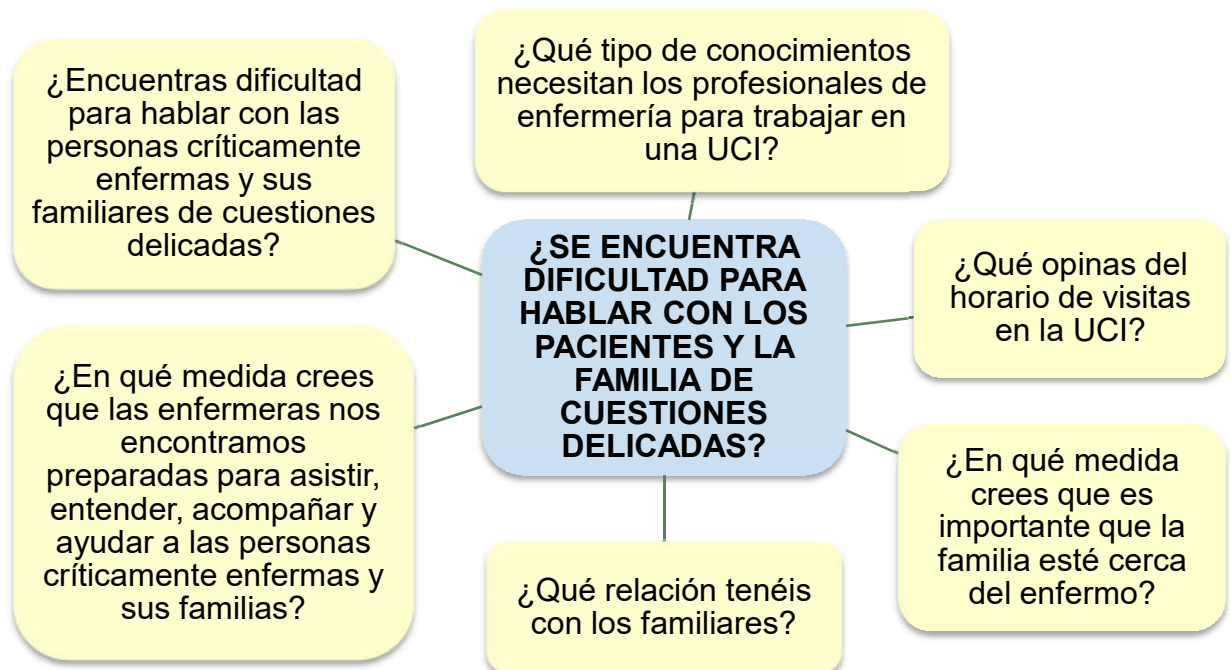


Figura 9. Transcripción de las preguntas de investigación a preguntas de entrevista (elaboración propia)

Determinadas herramientas utilizadas en la realización de las entrevistas, tales como una pausa, una simple aprobación, una incursión referente a lo que se acababa de manifestar preguntando directamente y/o la reproducción de términos representativos de una respuesta permitía, en ocasiones, una declaración posterior. Intenté prestar atención a la expresión facial, a la entonación. Utilicé este tipo de preguntas: ¿puedes contarme algo más sobre esto?, ¿lo que quieres decir es que...? Además, procuré manejar el silencio con el objetivo de que los informantes pudiesen vincular y reconsiderar determinadas respuestas (Kvale, 2011: 89).

Intenté no solo concentrarme en la guía de preguntas, sino también procuré escuchar lo que me contaban los informantes y cómo me lo contaban. Tenía que conseguir, por medio de las preguntas, mi aprobación gestual y en los silencios, convertirme en una coproductora del relato del informante (Kvale, 2011: 103).

### **3.3.4. Calidad de la entrevista**

Kvale (2011: 111) propone determinados criterios para validar el papel del entrevistador. Concretamente, el análisis de la narración mientras acontece la entrevista, la capacidad del investigador en la trascendencia de los significados de las respuestas, así como la consecución de que la entrevista instruya por sí sola a través de una magnitud de respuestas valiosas, intuitivas y delimitadas (Kvale, 2011: 111).

Conforme realizaba las entrevistas, las iba transcribiendo para comprender qué había allí. Según Velasco y Díaz de Rada (2004: 125), el etnógrafo asume que su conocimiento previo del campo es solo una parte del conocimiento global que habrá que extraer a lo largo del proceso de investigación y espera que el campo le oriente sobre lo que es importante investigar.

### 3.3.5. Datos sociodemográficos y duración de las entrevistas de las enfermeras. Participantes

Profesional de enfermería	Tiempo trabajado en UCI	Duración de la entrevista
E1	11 AÑOS EN UCI	28:34
E2	35 AÑOS EN UCI	1:05:13
E3	3 AÑOS EN UCI	50:48
E4	2 AÑOS EN UCI	1:20
E5	9 AÑOS EN UCI	36:20
E6	33 AÑOS EN UCI	46:30
E7	7 AÑOS EN UCI	19:58
E8	20 AÑOS EN UCI	35:03

Tabla 10. Exposición sociodemográfica de las enfermeras. Participantes (fuente: elaboración propia)

### 3.4. Fase analítica

El proceso de análisis de datos en investigación cualitativa no se trata de un proceso lineal ni predecible (Denzin & Lincoln, 1998). Tal y como afirmaban Polit y Hungler en el año 2000, el proceso de análisis en investigación cualitativa “es una actividad ardua e intensa que requiere perspicacia, ingenio, creatividad, sensibilidad conceptual y entrega absoluta al trabajo tenaz” (573).

De la misma manera, Morse y Field, en el año 1995, lo definían como “un proceso de agrupar datos, hacer evidente lo invisible, vincular y atribuir



consecuencias a antecedentes. Es un proceso de conjetura y verificación, de corrección y modificación, de sugerencia y de defensa” (126).

El objetivo del análisis cualitativo es reflejar la complejidad del fenómeno estudiado (Polit & Hungler, 2000). Se trata de un proceso iterativo en el que mediante el intercambio de información es posible el examen de los datos para descubrir sus constructos a la vez que se van clarificando y modificando (Denzin & Lincoln, 1998).

Del mismo modo, Goetz y Le Compte (1988: 173) valoran el análisis de datos etnográficos más como un arte, que como una ciencia. El análisis de datos necesita de la teorización; cuestión que resulta ardua para el investigador. Desde la perspectiva de estos autores, las tareas formales que precisa el proceso de la teorización, se fundamentan en: “percepción, comparación, contrastación, agregación y ordenación, establecimiento de vínculos y relaciones y especulación” (173). Por otro lado, Hammersley y Atkinson (2006: 223) insisten en que el análisis no difiere del proceso de investigación. Esto quiere decir que se emprende en la etapa previa al trabajo de campo, más exactamente, en las fases de formulación y definición del problema de investigación y se extiende durante el período de redacción del texto. Por lo tanto, el análisis sugiere un proceso paralelo al diseño de la investigación.

Por otro lado, autores como Coffey y Atkinson (2005: 17) evidencian la existencia de múltiples procedimientos de análisis de datos cualitativos. Entre ellos, el denominado método *Dey*, que se sustenta en un proceso de separación de los datos en elementos constitutivos en un intento de descubrir sus temas y patrones característicos. El proceso de separación de los datos se rige por tres fases, que son: describir, clasificar y conectar (Coffey y Atkinson, 2005: 24).

En primer lugar, la fase de describir se caracteriza por la especificación extensa y perfeccionista que contiene el contexto de la acción, la intención del actor social y las fases en las que sumerge dicha acción. Por otro lado, la fase de clasificar radica en la organización de los datos con el objeto de simbolizarlos, darles significado. Esto quiere decir que se compartimentan los datos y se les asignan determinados códigos o temas. Para finalizar, la fase de conectar, se

fundamenta en el análisis de los datos codificados y/o categorizados conforme a los vínculos que se manifiestan. En palabras de Dey, “*relacionar los conceptos es el equivalente analítico de poner cemento entre los ladrillos*” (Coffey y Atkinson, 2005: 24).

Coffey y Atkinson introducen otro enfoque, el propuesto por Wolcott (1994). Estos autores también dividen el proceso en tres fases, que son: descripción, análisis e interpretación. En primer lugar, la descripción procede del supuesto de que los datos hablan por sí mismos. En esta fase, en términos de Wolcott, la clave es preguntar: “¿Qué está sucediendo?”, además de narrar la cronología de los datos de un modo descriptivo. Por otro lado, la interpretación se fundamenta en el entendimiento de lo que acontece y cómo se descifra. En esta fase, se explora la exposición que “va más allá del límite de lo que se puede explicar con el grado de certeza que suele asociarse con el análisis”.

Según Morse y Field (1995) el investigador cualitativo se esfuerza en encontrar un significado a los datos que obtiene desde las fases iniciales del proceso.

Strauss y Corbin (2002: 53) insisten en dos premisas. La primera de ellas persevera en el convencimiento de la confrontación entre lo que el investigador advierte, frente a lo percibe en el marco de las dimensiones. Esto faculta al investigador en la utilización de la experiencia, si bien sin situar la experiencia en los datos. En segundo lugar, la relevancia de la visión de los acontecimientos por parte de los participantes y, no tanto, la perspectiva del investigador. Strauss y Corbin (2002: 86) proponen *el método de las comparaciones constantes*. Estos autores persisten en la convicción de que, en la cotidianeidad, las personas utilizan habitualmente la metáfora y el símil y piensan de forma comparativa. Basándose en esta premisa, reiteran el empleo de las comparaciones teóricas en el análisis con el mismo objeto que en la vida diaria, pues permiten la extracción de características del objeto de datos.

Por otro lado, Medina (2005: 57) propone el método de Glaser y Strauss de las comparaciones constantes. Este autor expone que se trata de un procedimiento generativo, constructivo e inductivo que coordina la codificación

inductiva de categorías con la comparación constante entre ellas. La finalidad última radica en la producción de construcciones teóricas, denominadas vectores cualitativos, que unidas a los núcleos temáticos o dominios cualitativos y las categorías constituyen una estructura conceptual que concede un sentido y nuevo significado. Medina explica que el análisis de los datos derivados de las observaciones y de las entrevistas se divide en los siguientes niveles de reducción y estructuración teórica de la información:

<p><b>NIVEL 1</b></p>	<p align="center"><b>Segmentación e identificación de unidades de significado y agrupación en categorías descriptivas</b></p> <p>En un primer nivel se llevarán a cabo descripciones minuciosas de los significados que los diferentes sujetos participantes atribuyen en los diferentes escenarios. El método de las comparaciones constantes nos va a permitir ir refinando, modificando y adecuando el sistema de categorías en función de las unidades de significado que vayan apareciendo. Es un proceso de comprobación, de comparación, de continuo reajuste de los criterios de pertenencia y asignación de las unidades a las diferentes categorías. Este proceso finalizará cuando se alcance la saturación de las categorías</p>
<p><b>NIVEL 2</b></p>	<p align="center"><b>Construcción de un sistema de núcleos temáticos emergentes</b></p> <p>En este nivel se centrarán los esfuerzos en agrupar y estructurar las categorías en diferentes núcleos temáticos emergentes o metacategorías. Para ello llevaremos a cabo un proceso de comparación intercategorías en el que intentaremos encontrar las similitudes estructurales, teóricas y los elementos comunes existentes entre ellas. Este nivel implica ya conectar, de manera interpretativa, las perspectivas de significado de los sujetos participantes en la investigación y las propias del investigador</p>
<p><b>NIVEL 3</b></p>	<p align="center"><b>Vectores cualitativos emergentes</b></p> <p>En este nivel se generarán aquellos dominios cualitativos que incluyan las metacategorías del estudio y que realmente reconstruyan de forma holística la realidad estudiada</p>

Tabla 11. Niveles de reducción y estructuración teórica de la información (2005: 57)

Para este autor, estas tres fases no suponen tres momentos aislados correlativos del análisis, sino tres operaciones que se corresponden con la reducción, la disposición de datos y la obtención de conclusiones. En este caso, se ha ejecutado una separación preliminar de los datos desde una perspectiva emic o dimensión descriptiva y una reconstitución sintética subsiguiente desde el prisma de una perspectiva etic o dimensión interpretativa.

Boyle (Morse 2005: 235) expone que existe un proceso de análisis de datos, que se sustentan en una perspectiva tradicional de la investigación etnográfica, el cual emplea los datos que emergen de la observación participante y de las entrevistas más o menos estructuradas.

En este sentido, Strauss y Corbin (2002: 64) insisten en la existencia de tres cuestiones fundamentales en el análisis. En primer lugar, los datos, que se definen en términos del balance que realizan los participantes en lo relativo a sucesos o actuaciones conforme a cómo las recuerdan (descripciones, sugerencias y vídeos, entre otros, seleccionados por el investigador). Por otro lado, las interpretaciones, tanto del observador como de los actores, de los sucesos y/o actuaciones. Por último, cabe destacar la interacción que se produce entre el investigador y los datos (que sucede en el proceso de recogida y análisis de los datos). Siguiendo a Strauss y Corbin (2002) se descubre la designación de microanálisis a lo que se había denominado análisis. En este sentido, aluden a un proceso de análisis, casi microscópico, que asista en el entendimiento de lo que se está investigando. Como características fundamentales del microanálisis, estos autores apuntan (2002: 72):

- Los datos no son exigidos; se les tiene que consentir hablar.
- Prestar atención a lo que los interrogados expresan y cómo lo expresan.
- El microanálisis basado en la formulación de preguntas generales y específicas; otras más descriptivas permitirán la propuesta de preguntas teóricas.

- Lo extraordinario se justifica en los datos, no en un determinado suceso, individuo o grupo.

Strauss y Corbin (2002: 132) expresan una forma correcta de codificar la que se sustenta en el registro de nociones en los márgenes del papel. Se trata, por tanto, de estructurar cuestiones semejantes en función de atributos delimitados y clasificarlos de acuerdo con un nombre que represente el nexo que les vincula. En este proceso, tal y como manifiestan Coffey y Atkinson (2005: 64), lo destacado radica en mantenerse muy ajustado a las categorías del informante.

Pese a que en el análisis de este estudio se ha utilizado el programa informático ATLAS.ti, he efectuado parte del mismo de forma manual, línea a línea. Necesitaba avanzar comprendiendo cada paso, no sé si duplicando los esfuerzos. Sin embargo, pensé que podría ser la mejor manera de hacerlo. Por otro lado, tenía miedo de que el programa informático me arrastrara hacia la parte cuantitativa y sistematizara mi estudio.

Tal y como exponen Strauss y Corbin (2002: 239), cada investigador desarrolla su propio método de análisis: algunos optan por los programas informáticos, otros por tarjetas de colores y el resto por cuadernos o libretas. Independientemente de la elección, lo significativo radica en la composición de un trabajo estructurado, gradual, metódico y reversible para organizar y para las referencias recíprocas.

En palabras de Strauss y Corbin (2002: 124), las categorías son “conceptos derivados de los datos, que representan fenómenos”. Además, estos autores insisten en que una categoría implica “ideas analíticas pertinentes que emergen de nuestros datos”. En este sentido, Glaser y Strauss (2006: 36) definen el concepto de categoría como “un elemento conceptual de la teoría”. Una propiedad, a su vez, es un aspecto conceptual o elemento de una categoría y señalan que las categorías poseen determinadas características que las hacen exclusivas dentro de la teoría, las definen y les dan significado. Strauss y Corbin (2002: 124) insisten en que durante el proceso de análisis pueden originarse decenas de conceptos. Sin embargo, determinados conceptos pueden asociarse

en base a un grado de abstracción más elevado. La asociación de códigos en categorías permite reducir el número de unidades. Continuando con el método de las comparaciones constantes, las categorías se nombran de acuerdo a las unidades de significado. Basándome en este método, agrupo también categorías de las que emanan los temas o dominios cualitativos.

### **3.5. Narratividad de la investigación**

La inexistencia de un discurso, despoja el carácter significativo y el sujeto de la acción. El discurso permite conservar la personalidad del agente; lo que se hace o se dice determinan quiénes somos las personas. Las acciones forman parte de la vida, que “en esencia” relatan una crónica, una historia que constituye una biografía (Bolívar et al., 2001: 97).

La vida puede traducirse en una narración, una cronología con un comienzo y un fin que puede ser expuesta. Sin esta narración, la acción omite al sujeto. Estos autores sostienen que, el modo narrativo de conocimiento sostiene que las acciones humanas son exclusivas y no reproducibles, de aquí lo característico de las mismas. El conocimiento narrativo, a diferencia del conocimiento científico de la tradición positivista, se enfoca en los significados y propósitos más que en hechos discretos, más por la congruencia que por la lógica, y más por el entendimiento en vez de por la predicción y el control.

Se han intentado representar los discursos de las enfermeras de la forma más reflexiva, trascendente y penetrable posible. Mi deseo ha sido aproximarme a su forma de expresarse, a los significados que ellas otorgan, a sus miedos e inquietudes. Expresar las cuestiones que me han expuesto, transmitir lo que he visto, pensado, sentido y sufrido, ha sido un cometido complicado. La expresión de las sensaciones, los sentimientos y/o los pensamientos de las personas se convierte en un procedimiento complicado, casi cercano a lo obsesivo, pues describir y/o reflejar con palabras el tono de voz, los mensajes difíciles de emitir o los momentos de confianza, privacidad y vulnerabilidad, necesitan de un aprendizaje apasionado e intenso.

### 3.6. Criterios de rigor

Los criterios de rigor tradicionales, que ponderan la concordancia y la calidad de la investigación son: la validez interna, la validez externa, la fiabilidad y la objetividad (Sandin, 2003: 187). Determinados investigadores cualitativos sustentan que las normas que rigen los estudios cuantitativos no son adecuadas para considerar las investigaciones cualitativas (Strauss y Corbin, 2002: 288). Los autores citados insisten en que determinados patrones que dictaminan la “buena ciencia” resultan convenientes. Sin embargo, advierten de la necesidad de una reestructuración con el propósito de adecuarse a la sustantividad de la investigación cualitativa y a las dificultades de los fenómenos sociales que se pretenden conocer.

Tal y como afirma Morse (2005: 361), los criterios de cantidad, validez y confiabilidad de los datos se cimentan en la competencia del investigador con respecto a la fundación de una conveniente relación con los informantes. Habitualmente compromete una menor cantidad de participantes, pero un mayor período de tiempo. La validez y confiabilidad de las investigaciones está íntimamente ligada al establecimiento de una relación extensa, de seguridad y privacidad con el informante, más que por las propiedades psicométricas de los instrumentos de investigación. Guba (1989) insiste en cuatro criterios que avalan una investigación científica, que son: valor de verdad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad. Las estrategias que se utilicen para alcanzarlos dependen de los supuestos epistemológicos y metodológicos que sustenten la investigación. En tales circunstancias, en una investigación interpretativa, los criterios que la defienden, son: credibilidad (valor de verdad, o validez interna en la investigación de corte positivista), transferibilidad (aplicabilidad o validez externa), dependencia (consistencia o fiabilidad) y confirmabilidad (neutralidad u objetividad en los estudios de corte positivista). La credibilidad evidencia la relación de los resultados (verdaderos) de la investigación con los fenómenos que se estudian (validez interna desde el punto de vista positivista). Por otro lado, la transferibilidad revela la voluntad de describir, explicar, entender y deducir una realidad determinada ubicada en un contexto definido sin la pretensión de extrapolar la deducción a otros contextos. La confirmabilidad se

adquiere si los resultados no se encuentran influenciados o deformados por los propios intereses del investigador.

Las estrategias empleadas para garantizar la credibilidad de los datos han sido: la observación persistente, la estancia prolongada en el campo y la triangulación. La observación persistente permite al investigador comprender lo que es esencial, de lo anecdótico. La estancia prolongada en el campo implica que el investigador pueda comprobar percepciones y prejuicios propios o de los participantes (Rodríguez et al., 1999). La triangulación consiste en la utilización de diferentes fuentes de datos: investigadores, métodos o perspectivas para contrastar los datos o interpretaciones. La triangulación de datos se desarrolla considerando la suficiencia y la adecuación de los datos. La suficiencia se refiere a la cantidad de datos recogidos, antes que al número de sujetos. Se consigue cuando se llega a la “saturación informativa”, donde la nueva información no aporta nada nuevo. La adecuación se refiere a la selección de información de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio (Rodríguez et al., 1999: 75). En este estudio se han utilizado la observación participante, las entrevistas en profundidad, el diario y las notas de campo; además de la triangulación de investigadores, a través del intercambio de opiniones (directores de tesis y profesionales expertos en la materia).

La comprensión es completa cuando se alcanza la saturación de los datos (Flick, 2007). En este momento, el investigador es capaz de preparar una descripción rigurosa y detallada del fenómeno de estudio (Rodríguez y Gil, 1999; Ruiz, 2003).

### **3.7. Control de calidad de los datos**

Guba y Lincoln (1994) recomiendan varias actividades para la obtención de datos e interpretaciones creíbles. Un primer paso muy importante es la dedicación prolongada, esto es, invertir tiempo en las actividades de recogida de datos para lograr comprender los puntos de vista del grupo que se estudia y para establecer una relación de confianza y empatía.



La técnica conocida como triangulación, también se utiliza para incrementar la probabilidad de que los resultados sean creíbles. Triangulación es aplicación simultánea de diferentes miradas en la visión de un mismo fenómeno para minimizar riesgos y obtener una visión más amplia y rica del objeto de estudio (Guba y Lincoln, 1994).

Denzin (1994) identificó cuatro tipos de triangulación: de datos, de investigadores, de teorías y de métodos. Dentro de la triangulación de datos podemos diferenciar: triangulaciones de tiempo, de espacio y de personas.

En este caso, se ha utilizado la triangulación de métodos, puesto que los investigadores han realizado observaciones y entrevistas. En estudios cualitativos, se utilizan varios métodos de recogida de datos para lograr la comprensión total del fenómeno que se analiza. En resumen, el objetivo de la triangulación es establecer una base para converger en la verdad.

El equipo de software Atlas.ti se utilizó para facilitar la codificación, recuperación y análisis de datos. Los datos anteriores, que hacen referencia a la selección de participantes y análisis de los datos aportan credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad al estudio.

### **3.8. Consideraciones éticas**

En esta investigación, la ética se integra en el propio procedimiento, como el piloto que orienta hasta el final del camino, a través de un constante debate interno ético-científico.

En términos de Koepsell y de Chávez (2015, p. 72), “la prioridad ética de los científicos que adoptan el *ethos* de la ciencia debe ser la verdad” (De la Cuesta, 2015).

En esta misma línea, este proyecto de investigación se presenta tanto a la Universidad Europea de Madrid, como posteriormente a la Universidad de Alcalá de Henares, así como a la directiva del Hospital Norte.

El acceso a los posibles participantes se efectúa tras la realización de una entrevista con los directivos del centro, en la que se resuelven dudas acerca del proyecto de investigación, previamente enviado por correo electrónico.

A lo largo de la investigación, existe cierta preocupación por mantener el respeto y la dignidad del ser humano, desde la igualdad, sin perjudicar o poner en riesgo a personas y sus contextos (Valles, 2007). En virtud de mantener la confidencialidad de los informantes y las instituciones, se han utilizado pseudónimos, así como copias de seguridad en los dispositivos electrónicos utilizados durante la realización de la tesis.

### **3.9. Procedimiento de análisis de los datos**

#### **3.9.1. La transcripción: primer nivel de análisis**

El proceso de análisis se inició con la transcripción de cada una de las observaciones, notas de campo y entrevistas realizadas.

La transcripción de las entrevistas se emprendió en el mes de noviembre del año 2014 y finalizó el mes de octubre del año 2015.

La transcripción del lenguaje oral a un lenguaje escrito se fundamenta en la producción de un resultado apto para analizar específicamente (Kvale, 2011; 126). El texto es el dato cualitativo más habitual en el análisis (Gibbs, 2012). El análisis de datos cualitativos implica dos aspectos: el manejo de los datos y su interpretación (Coffey y Atkinson, 1996; Mason, 2002; Flick, 2006).

La transcripción de las observaciones y notas de campo se efectuó simultáneamente a la acción, esto es, mientras se permanecía en el campo (Angrosino, 2007). Sin embargo, la transcripción de las entrevistas supuso varios meses más de intensa actividad, dado que la prioridad era reflejar la observación participante en el diario de campo. Las entrevistas estaban grabadas, por lo que no había problema de perder datos. Por ello, el análisis se realizó una vez terminado en trabajo de campo.

El investigador que utiliza un método cualitativo de investigación enfrenta un volumen excesivo de información, si realiza su propia transcripción en solitario. Por ello, determinados autores sugieren la ejecución del análisis a partir de la grabación (Gibbs, 2012), acción que ATLAS.ti reconoce (Caro y Díez, 2005). Sin embargo, esta alternativa no se consideró. Se realizó cada una de las transcripciones, pues el objetivo radicaba en la consecución de un documento sobre el que poder trabajar durante los meses posteriores. Igualmente, esta manera de proceder me aportó la serenidad que necesitaba a favor de las múltiples puntualizaciones (forma de comunicación, estilo lingüístico) para su posterior análisis (Kvale, 2011: 126). Pese a la posibilidad de realizar el análisis de las entrevistas a partir de la grabación, tal y como permite Atlas.ti, consideré incompleta esta forma de proceder.

El hecho de escuchar las grabaciones, ir transcribiéndolas poco a poco y contar con documentos en papel con los que pudiera trabajar durante los meses posteriores, me era tranquilizador puesto que estos documentos me permitían realizar anotaciones, señalar con diferentes colores determinadas ideas y utilizar flechas para relacionar conceptos.

La realización de la propia transcripción me permitió emprender el análisis. La escucha, la lectura y la verificación del contenido posibilitó la concepción de otros planteamientos sobre los datos que emergían (Gibbs, 2012).

Durante el proceso de transcripción, se decidieron reproducir las entrevistas íntegras. No se excluyeron fragmentos repetitivos u otros que no aportaran más información con el objetivo de obtener una réplica fiel de las mismas (Gibbs, 2012).

Kvale (1988) declara que el tránsito del contexto hablado de una entrevista a la transcripción implica determinadas amenazas, tales como la codificación superficial, la descontextualización y/o la desaparición del eje central de la conversación. En fases más avanzadas del proceso de análisis, en un intento de paliarlas, se retomaba la grabación con el objeto de verificar las interpretaciones realizadas a partir de la transcripción (Gibbs, 2012).

Kvale (2011, p. 124) manifiesta que la transcripción consiste en una traducción de una lengua oral a una lengua escrita. La entrevista constituye un diálogo en persona que se transforma, una vez transcrita, en una abstracción, pues la comunicación oral y la comunicación escrita poseen disposiciones y normativas diferentes. No obstante, se trata de una traducción de un modo narrativo de discurso oral a un modo narrativo de discurso escrito. La transcripción se ha fundamentado en una construcción interpretativa, en un intento de conformar un reflejo de la realidad original, útil para mi propósito de investigación (Kvale, 2011: 124). En palabras de Ong (1982), la comunicación oral y el texto escrito, no solo constituyen un tipo de lenguaje diferente, sino también una cultura desemejante (Kvale, 2011: 124). Gibbs (2012: 32) compara la transcripción con los mapas. De la misma manera que los mapas constituyen abstracciones del paisaje que simbolizan, la reproducción de la entrevista se basa en conceptualizaciones consideradas en base al discurso de los informantes. A pesar de ello, se ha insistido en que constituyeran una aproximación significativa de la realidad (Mishler, 1991). La transcripción comprende una conversión, un cambio. Kvale insiste en que la transcripción textual de una entrevista reporta un híbrido, esto es, una construcción conceptual que, quizás, puede no adaptarse ni a la conversación oral, ni al texto escrito (2011: 124).

La pregunta: “¿Cuál es la transcripción válida correcta?”, asegura Kvale que no posee respuesta (Kvale, 2011: 130). Esta declaración se fundamenta en la inexistencia de una conversión auténtica e imparcial del lenguaje oral al escrito. Sin embargo, una pregunta más reveladora sería: “¿Qué transcripción es más útil para los propósitos de mi investigación?” (Kvale, 2011: 130). La descripción textual resulta imprescindible para realizar el análisis lingüístico. Asimismo, el tono de voz, las repeticiones y las pausas son necesarias para desarrollar una adecuada lectura psicológica, emocional (el nivel de ansiedad, la significación de las negaciones) (Kvale, 2011: 130).

Una entrevista consiste en un intercambio vital entre personas en el que la extensión temporal, la tonalidad y la expresión corporal son distinguidas por los integrantes de la conversación pero, por el contrario, no son alcanzables para el

lector (Kvale, 2011: 124-125). Sin embargo, a pesar de que una transcripción sea una composición debilitada, se ha procurado contextualizar cada una de ellas y realizar anotaciones de determinadas palabras, de las pausas, del tono de voz, de la entonación, del lenguaje corporal, de la postura y de los gestos de los informantes en un intento de aproximar la experiencia físicamente vivenciada. Se delimitó el registro de notas con el propósito de evitar la distracción en la conversación. No obstante, tenía la certeza de que la presencia corporal y el ambiente de la realidad podían permanecer más fácilmente en el recuerdo. A pesar de ello, todas estas impresiones que se especifican, se redactaban el mismo día que tenía lugar cada entrevista.

### **3.9.2. El software ATLAS.ti como herramienta de análisis**

El programa que se ha utilizado para el depósito y la fragmentación de los datos se denomina ATLAS.ti (versión 7).

ATLAS.ti se clasifica como un programa CAQDAS (Friese, 2012), que es el acrónimo de *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software* (Hwang, 2008).

Este prototipo de software surgió en la década de los años ochenta (Fielding y Cisneros-Puebla, 2009). El software de análisis de datos cualitativos se divide en tres tipos, que son: recuperador de texto (*text retriever*), paquetes de codificación y recuperación (*code-and-retrieve*) y el programa para construir teoría (*theory-building-software*) (Jones, 2007). ATLAS.ti se integra en la tercera categoría de las expuestas (Smit, 2002; Fielding y Cisneros-Puebla, 2009). Este tipo de programa se origina en el marco de la *Grounded Theory* y se caracteriza por posibilitar el desarrollo de un análisis más eficiente (Caro y Díez, 2005).

ATLAS.ti permite la codificación de un documento de texto, la asignación de códigos existentes, la modificación del nombre de los códigos, la recuperación de datos codificados, la creación de citas, la incorporación de comentarios y memos y su localización posterior, la creación de relaciones entre códigos y citas, la creación de familias de códigos, la utilización del administrador

de familias para crear familias, la creación de vistas de red y su exploración y la creación de reportes (Friese, 2012).

La progresión durante el proceso de análisis se almacena en un único archivo denominado *Unidad Hermenéutica* (Friese, 2012).

ATLAS.ti permite clasificar, valorar y reflexionar sobre patrones identificables (Lu y Shulman, 2008) desde múltiples perspectivas, que difícilmente se conseguirían mediante el proceso de reflexión humana. La realidad del hombre está inmersa en una infinidad de procesos antropológicos, psicológicos, emocionales, sociales y políticos y de variables en interacción constante que, para tratar de integrar, resultan imprescindibles las técnicas de categorización, estructuración y teorización, que ATLAS.ti proporciona (Martínez, 2006).

El texto se analiza e interpreta a partir de la codificación y las notas o *memos* (Smit, 2002). Las notas permiten al investigador adjuntar definiciones, descripciones, aclaraciones o significados durante el proceso de codificación y análisis (Smit, 2002).

ATLAS.ti me permitió escribir memorandos, reflexiones de la observación participante y las entrevistas y realizar un balance de palabras (Kvale, 2011; 131).

### **3.9.3. La codificación: segundo nivel de análisis**

Así como en Atlas.ti el término que se utiliza es el de código, en el momento en el que se codifica de forma manual, este concepto se denomina unidad de significado.

Al inicio de la codificación, se fraccionaron tanto los datos de la observación participante recogidos en el diario de campo, como las entrevistas, en códigos. Según la literatura, los códigos surgen (teniendo en cuenta ATLAS.ti) de la identificación de determinados fragmentos que presentan semejanzas y se designan con el mismo nombre. En un principio, se trata de una denotación muy

descriptiva, una codificación meramente descriptiva. En el análisis, se considera preciso el alejamiento hacia un nivel de codificación, más ajustado a las categorías, esto es, más analítico y teórico (Gibbs, 2012: 68).

Conforme se avanzaba en el proceso de análisis, se proyectaban constantemente preguntas (qué, quién, cuándo, dónde, cómo, cuánto y por qué) con el objeto de rastrear los problemas teóricos que se escondían en los datos y hacer más sensibles las profundas magnitudes teóricas presentes en estas mismas (Gibbs, 2012: 77).

La codificación comprende la asignación de una o más palabras trascendentes a una sección del documento primario con el propósito de reconocer una declaración; por otro lado, la categorización supone un planteamiento más metódico que una declaración (Kvale, 2011; 138).

DeCuir-Gunby et al. (2010) confirman la existencia de dos tipos de codificación. Una de ellas es conocida como codificación abierta (*open coding*), la otra, como codificación axial (*axial coding*). Para la realización del análisis se utilizó la codificación abierta, pues permitió la designación y la clasificación de los datos por medio del análisis de conceptos y explicaciones en profundidad (Blismas y Dainty, 2003; Flick, 2007). La codificación abierta “se trata de una representación abstracta de un acontecimiento, objeto o acción/interacción que un investigador identifica como significativo en los datos. ¿Por qué el término “abierto”? Porque para descubrir, nombrar y desarrollar los conceptos debemos abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados contenidos en él” (Strauss y Corbin, 2008: 111-112). Por otro lado, la codificación axial se define como “el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones” (Strauss y Corbin, 2008: 134).

La codificación se efectuó con el objetivo de ordenar, clasificar y agrupar los datos (Charmaz, 2006; Jones, 2007). Este proceso radica en la categorización de un texto con el objeto de obtener un contexto de fenómenos temáticos sobre el mismo (Coffey y Atkinson, 2003; Gibbs, 2012).

Strauss y Corbin (2008) definen el concepto de código como “los nombres que se le dan a los conceptos derivados a partir del proceso de codificación” (p. 66).

Charmaz (2014) determina el mismo concepto como: “enunciado corto que el teórico fundamentado construye para representar un fragmento de los datos. Los códigos clasifican, sintetizan y más significativamente, analizan los datos. Los códigos conectan los datos empíricos con la conceptualización que de ellos hace el teórico fundamentado. Los mejores códigos son cortos, simples, precisos y analíticos. Estos códigos dan cuenta de los datos en términos teóricos pero, a la vez, en términos accesibles. Los códigos varían en cuanto a sus niveles de abstracción, dependiendo de los datos, de la perspicacia del investigador y del momento en el proceso de investigación” (341-342).

### **3.9.3.1. Codificación abierta**

En primer lugar, leía detenidamente cada entrevista con el objeto de aproximarme a una perspectiva de conjunto, teniendo en cuenta los elementos más importantes de la misma. A continuación, delimitaba las unidades de significado, es decir, las partes relevantes del texto que en lenguaje de Atlas.ti se denominan códigos.

Las notas, supeditadas a los códigos, facilitaron el análisis y permitieron la aproximación a características frecuentes y modelos repetidos (Coffey y Atkinson, 2003).

Durante esta etapa del proceso, se utilizó ATLAS.ti para generar archivos que incluyesen las citas y los memos asociados a los códigos creados.

No se ha considerado tan importante el número de códigos, sino las relaciones entre códigos, los asociados a las citas y el contexto (Kvale, 2011).

El programa informático me ayudó a organizar la información (observación y entrevistas), con el propósito de poder efectuar un análisis cuidadoso y con más detalle. Sin embargo, la competencia de la deducción reside en la figura del



investigador (Kvale, 2011; 131). Tal y como manifiestan Weitzman y Miles (1995), los programas informáticos “no sustituyen la reflexión, pero son una gran ayuda para ella... Los ordenadores no analizan datos, las personas sí” (Kvale, 2011: 131).

Aunque el proceso de codificación se completó con ATLAS.ti, utilicé como método alternativo el papel. El papel nunca lo perdí de vista. Me facilitó la organización de las ideas en mi mapa mental. Como se ha mencionado, se utilizó ATLAS.ti, que permite la opción de crear nuevos códigos (Friese, 2012). Se crearon un gran volumen de nuevos códigos (Flick, 2007) que, en la medida en la que avanzaba el análisis y se encontraban aproximaciones entre conceptos y descripciones referentes a los fenómenos que emergían, se fusionaban con los ya manifestados (Friese, 2012).

A partir de este momento, se empleó el procedimiento conocido como comparación constante. Esto quiere decir que se comprobaban los términos y fragmentos que habían sido codificados de la misma manera (Gibbs, 2012).

Se originó un exceso de códigos hallando una cuestión de sobrecodificación (Jones, 2007). Se utilizó la opción de *Mergin Codes* (Friese, 2012), esto es, se fundieron los códigos que, teniendo nombres diferentes, tenían una naturaleza aproximada (Friese, 2012).

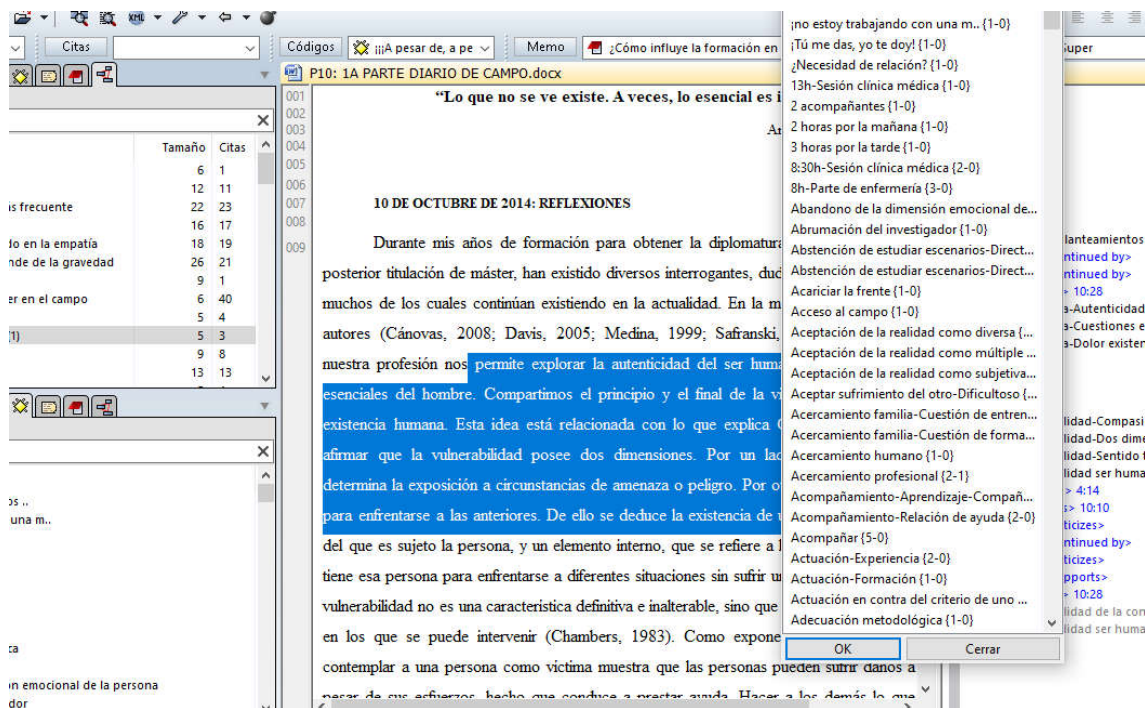


Figura 12. Codificación del texto en la que aparece parte de la lista de códigos (fuente: Atlas.ti, elaboración propia)

Durante el proceso de análisis se fueron incorporando memos con nexos que emergían entre conceptos (Charmaz, 2006; Lu y Shulman, 2008). Se trató de un procedimiento constante (Trinidad et al., 2006). Más adelante, los memos permitieron establecer nuevas relaciones y ampliar enfoques (Charmaz, 2006).

Con los comentarios realizados en la observación participante y en las entrevistas transcritas, utilicé los márgenes de las láminas en las que anotaba lo que me inspiraba el texto junto a la transcripción literal. La transcripción literal tiene párrafos subrayados, coloreados con distintas tonalidades que resaltan juicios significativos. Aquellas anotaciones realizadas en los márgenes de lo que me sugería la información, trataban de aclaraciones y explicaciones muy básicas; se intentaba extraer conceptos con el objeto de codificar el texto y agruparlo en categorías. Este avance ha supuesto atravesar el nivel descriptivo para dar el paso a una magnitud más interpretativa.

Una vez se adquirió la saturación teórica de los datos, se detentaron un total de 3387 códigos, que inicialmente fueron agrupados en 656 familias de códigos.

Estas familias de códigos, que se enumeran a continuación, se seleccionaron una vez codificado el texto y fueron agrupadas porque compartían relaciones. La asociación de varias familias de códigos ha supuesto el surgimiento de las categorías.

**SIGNIFICADO TRABAJAR EN UCI**

- MÁXIMA REALIZACIÓN PROFESIONAL (Lo más alto)
- ENFERMERÍA MÁS INDEPENDIENTE (MEJES ~~DEPENDIENTE~~ DE MÉDICO)
- ENFERMERÍA CON DECISIONES ~~AUTONOMÍA PROFESIONAL~~
- TRABAJO EN EQUIPO

**ENTREVISTA ARIADNA**

**SIGNIFICADO DE TRABAJAR EN UCI / SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI**

**CITA 1** ¿Qué significa para ti trabajar en una unidad de cuidados críticos? -

**CITA 2**

Ariadna: - "Pues a nivel de la enfermería, me parece la máxima realización para una enfermera. Sin más. Sí, he trabajado en cirugía, en unidad de corta estancia y de volante, mucho tiempo, y en hematología. Y, a nivel de enfermería, me parece que donde más realizada se puede sentir una enfermera, es en la UCI, porque tenemos mayor independencia a la hora de muchos tratamientos y de técnicas" -

**CITA 3**

Investigadora: - "Entonces, ¿veis esa independencia...?" -

**SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI**

**CITA 4** Ariadna: - "Sí, no nos sentimos como todo el rato dependientes del médico, nos sentimos que somos más independientes. Podemos tomar decisiones. A mí, por ejemplo, cuando estaba en planta pues no me pasaba. Todo, consultabas absolutamente todo. Aquí como que además confían más en ti, es más trabajo en equipo. Para mí la UCI, yo no podría trabajar ya en otro sitio. Porque considero que, a nivel de enfermería es, pues... Lo más alto..." -

Investigadora: - "¿Cómo es la relación con el paciente en la UCI?" -

**RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE / PRIORIDAD PACIENTE**

**CITA 9** Ariadna: "Pues yo, por ejemplo, lo primero que priorizo, son pacientes críticos que dependen de un hilo. Entonces priorizo la técnica, sobre todo, la valoración global hemodinámica, cómo tiene la tensión, si mea... Hay que estar muy atento a todas estas cosas que te estoy diciendo, la valoración hemodinámica, si lleva drogas vasoactivas. Tienes que estar a todo muy pendiente porque es que un mínimo error y ¡BAM! son pacientes tan inestables... Le a un paciente crítico y estás súper pendiente de lo que tienes que estar cuando estás más relajada pues ya te centras un poco más en lo crítico. **TIEMPO**

**LO PRIMERO ES LO PRIMERO**

**CHAS**

- CHAS
- CHAS
- +

NIVEL DESCRIBO

MÍNIMA INDEPENDENCIA

MÁXIMA REALIZACIÓN ENFERMERA / PROFESIONAL

ENFERMERÍA MÁS INDEPENDIENTE

INVESTIGACIÓN

CON UNO QUE SUAVIZA TODOS LOS RIGORES

LOS ENFERMEROS DE UNIDAD NO HAY (SER COMO BURO) - LO IMPORTANTE ES EL PACIENTE

UCI - ENFERMERÍA MÁS INDEPENDIENTE → UCI - AUTONOMÍA PROFESIONAL

UCI - TOMA DE DECISIONES

UCI - ENFERMERÍA MÁS INDEPENDIENTE / UCI - TOMA DE DECISIONES

UCI - TRABAJO EN EQUIPO

UCI - LO MÁS ALTO

ENFERMERÍA MÁS DEPENDIENTE MÉDICO

ENFERMERÍA TOMA DECISIONES

TOMAR EN EQUIPO

ENFERMERÍA - UCI - LO MÁS ALTO

ENFERMERÍA TOMA DECISIONES

ENFERMERÍA MÁS DEPENDIENTE MÉDICO

ENFERMERÍA TOMA DECISIONES

TOMAR EN EQUIPO

ENFERMERÍA - UCI - LO MÁS ALTO

GRAVEDAD - PRIORIDAD VALORACIÓN HEMODINÁMICA

GRAVEDAD - VALORACIÓN

HEMODINÁMICA / PRIORIDAD - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

GRAVEDAD - PRIORIDAD - TIEMPO

Tabla 13. Ejemplo de análisis manual  
170

FAMILIAS DE CÓDIGOS	
Máxima realización enfermera	Padecimiento en personas jóvenes
Mayor autonomía y autoridad profesional	Padecimiento en personas vulnerables
Trabajo en equipo	Muerte humanizada
Complejidad: ideales y retos	La UMI: contexto ruidoso y hostil
Vocación por el intensivo	Salvar vidas
Frialdad versus humanidad	Presencia
Derrota por no haber podido salvar	Comunicación
Más tiempo para dedicar	Formación emocional: una asignatura pendiente
Cuidar es anticiparse	Cambios de normativa
Tratar bien	Apertura de la UCI
Empatía	Evitar la soledad
Estar en el otro lado	Atender a las familias

Tabla 14. Familias de códigos (fuente: elaboración propia)

A modo de ejemplo, la familia de códigos denominada **salvar vidas**, surgió como consecuencia de la agrupación de múltiples códigos que compartían significados similares. Se pueden contemplar a continuación:

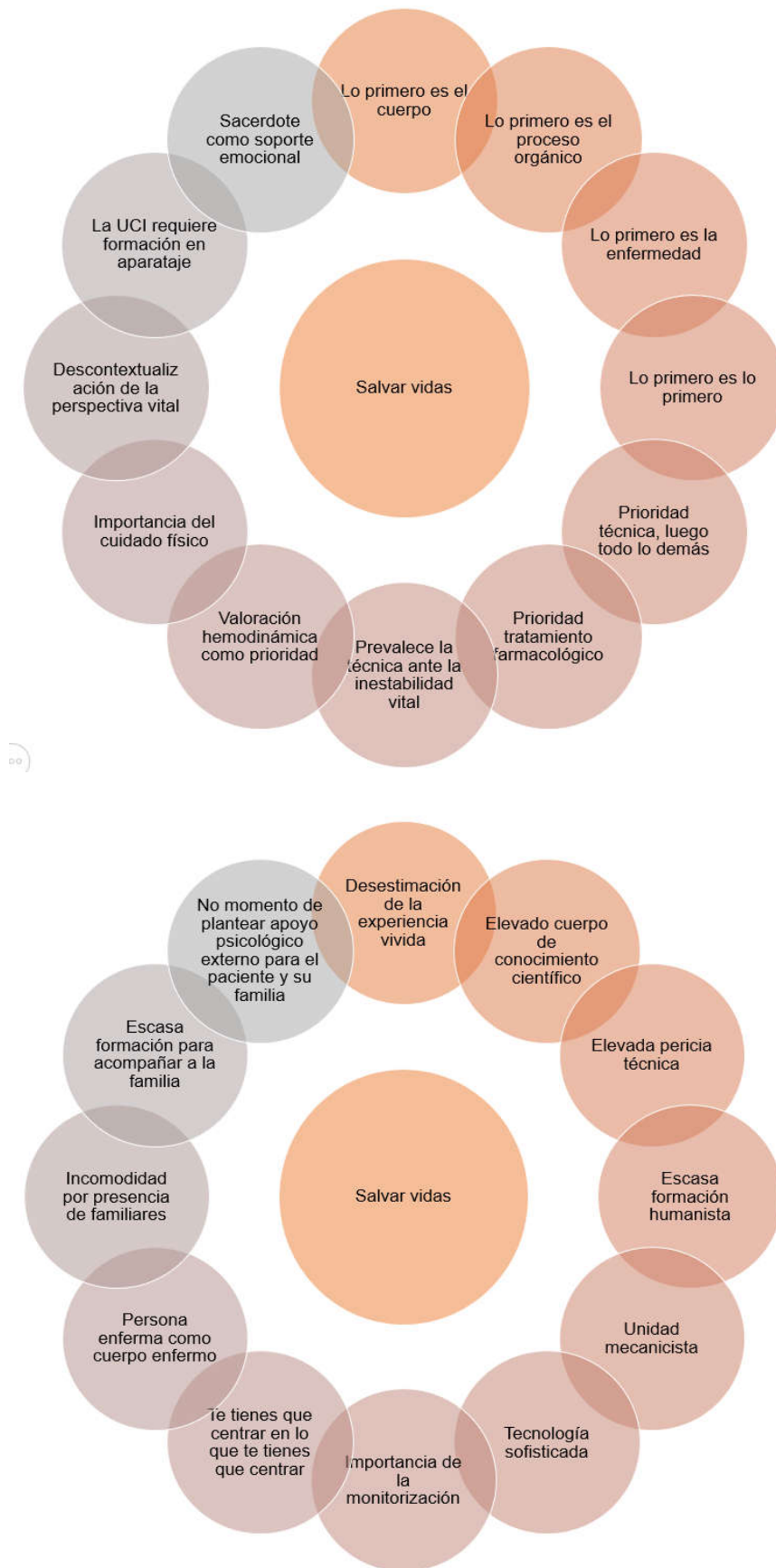


Figura 15. Agrupación de unidades de significado para la creación de la categoría SALVAR VIDAS (fuente: elaboración propia)

La red que se expone a continuación ayuda a representar y explorar las estructuras conceptuales. La visualización puede ser un elemento clave para

descubrir las conexiones entre los conceptos, interpretar los hallazgos y comunicar eficazmente los resultados.

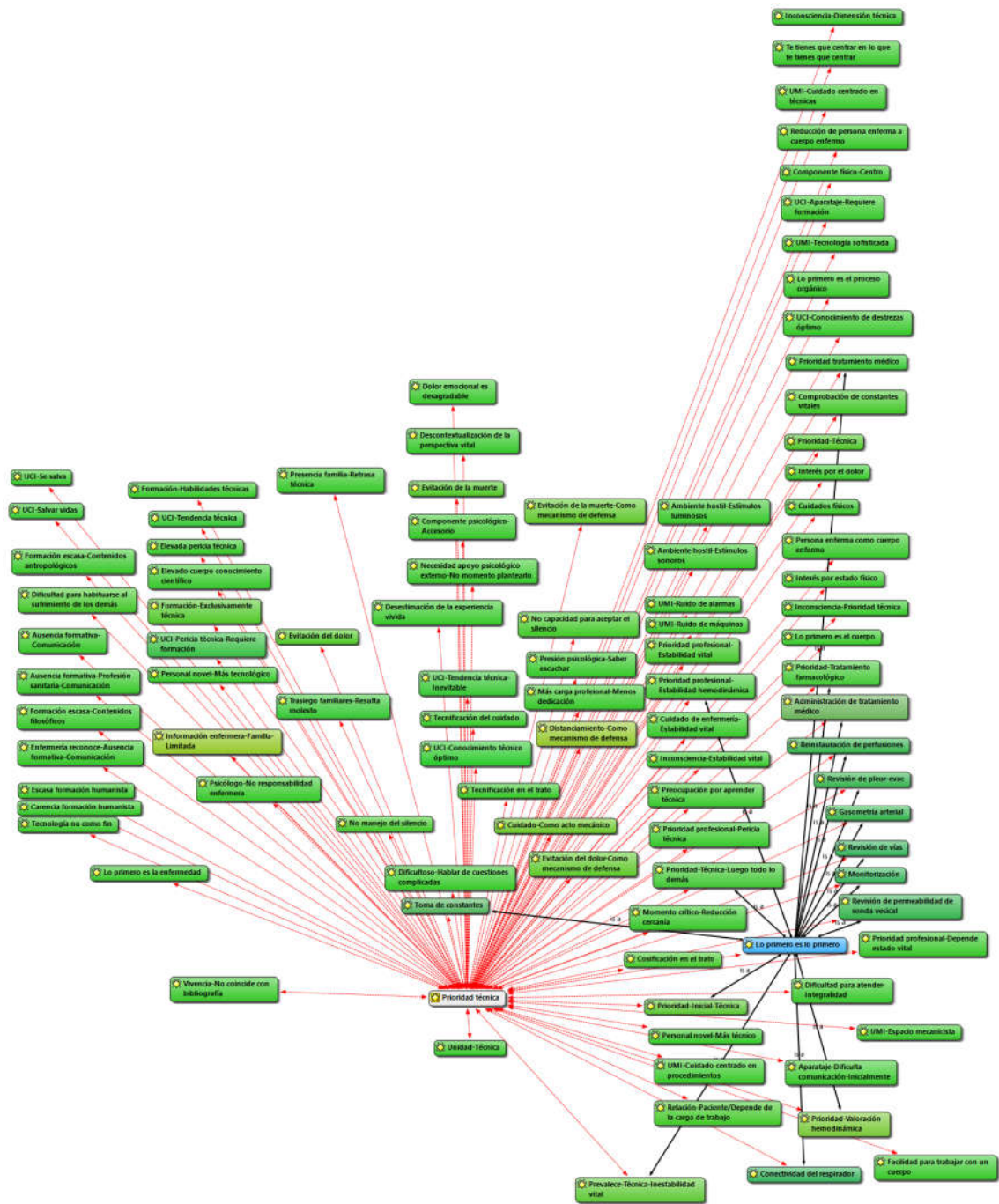


Figura 16. Red construida a partir de códigos dando lugar a la categoría: SALVAR VIDAS (fuente: atlas.ti, elaboración propia)

### 3.9.4. Las categorías: tercer nivel de análisis

Una vez las categorías estuvieron asociadas agrupando conceptos, se establecieron relaciones entre conceptos que podían estar relacionados, de acuerdo al discurso de los informantes.

A continuación, se expone un esquema con las categorías finales que se obtuvieron:

FAMILIAS DE CÓDIGOS	CATEGORÍAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Máxima realización enfermera</li> <li>- Mayor autonomía y autoridad profesional</li> <li>- Trabajo en equipo</li> <li>- Complejidad: ideas y retos</li> <li>- Vocación por el intensivo</li> </ul>	ESTATUS SUPERIOR
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frialdad versus humanidad</li> <li>- Derrota por no haber podido salvar</li> <li>- Muerte en personas jóvenes</li> <li>- Sufrimiento en personas vulnerables</li> <li>- Muerte humanizada</li> </ul>	ESTAR ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La UMI: contexto ruidoso y hostil</li> <li>- Salvar vidas</li> </ul>	CUIDADOSTÉCNICOS: "LO PRIMERO ES LO PRIMERO"
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia</li> <li>- Comunicación</li> <li>- Más tiempo para dedicar</li> <li>- Cuidar es anticiparse</li> <li>- Tratar bien</li> <li>- Empatía</li> </ul>	CUIDADO PROFESIONAL, CIENTÍFICO Y HUMANO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar en el otro lado</li> <li>- Formación emocional: una asignatura pendiente</li> </ul>	DIFICULTAD PARA ABORDAR EL SUFRIMIENTO DEL OTRO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de normativa</li> <li>- Apertura de la UCI</li> </ul>	APERTURA DE LA UCI: CAMBIOS COMPLEJOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar la soledad</li> <li>- Atender a las familias</li> </ul>	IMPORTANCIA DE QUE EL PACIENTE ESTÉ ACOMPAÑADO

Figura 17. Las familias de códigos que dan lugar a las categorías (fuente: elaboración propia)

### 3.9.5. Los temas: cuarto nivel de análisis

Las características principales de los fenómenos estudiados desde la perspectiva que los informantes poseían de ellos, fueron dando lugar a patrones comunes (Tesch, 1990) que, habiendo emergido de las categorías y de las relaciones establecidas entre ellas, dieron lugar a constructos, que se han denominado temas (Tesch, 1990; Charmaz, 2006; Pérez, 2007) y que son:



CATEGORÍAS	TEMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ESTATUS SUPERIOR</li> <li>- ESTAR ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE</li> </ul>	SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CUIDADOS TÉCNICOS: "LO PRIMERO ES LO PRIMERO"</li> <li>- CUIDADO PROFESIONAL, CIENTÍFICO Y HUMANO</li> <li>- DIFICULTAD PARA ABORDAR EL SUFRIMIENTO</li> </ul>	SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- APERTURA DE LA UCI: CAMBIOS COMPLEJOS</li> <li>- IMPORTANCIA DE QUE EL PACIENTE ESTÉ ACOMPAÑADO</li> </ul>	LA FAMILIA EN LA UCI

Figura 18: Las categorías que dan lugar a los temas (fuente: elaboración propia)

### 3.9.6. Los vectores cualitativos/metacategorías: quinto nivel de análisis

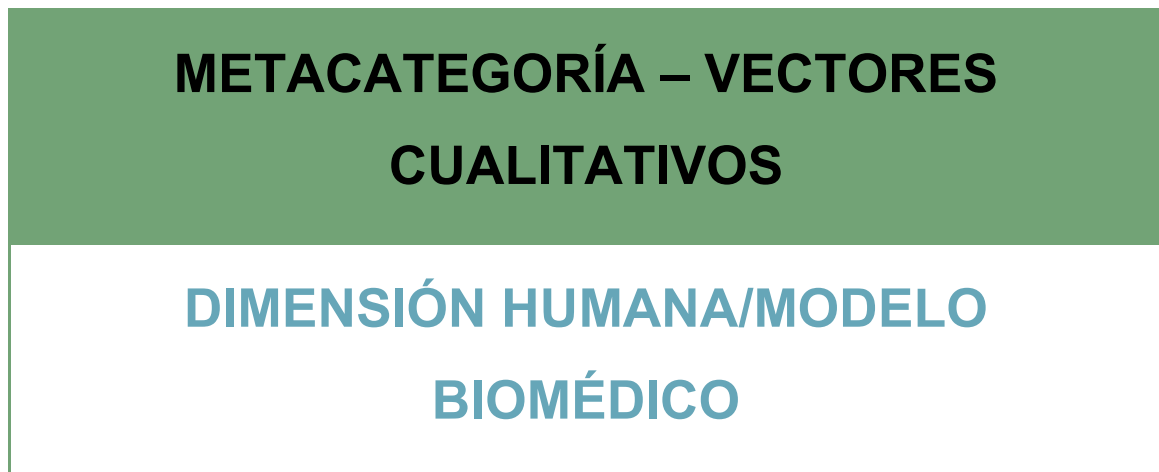


Figura 19. Vectores cualitativos/Metacategorías de esta investigación

La dimensión humana y el modelo biomédico son dos metacategorías que están presentes de forma transversal en todos los temas; de ahí que se consideren vectores cualitativos siguiendo a Medina (2005; 57):

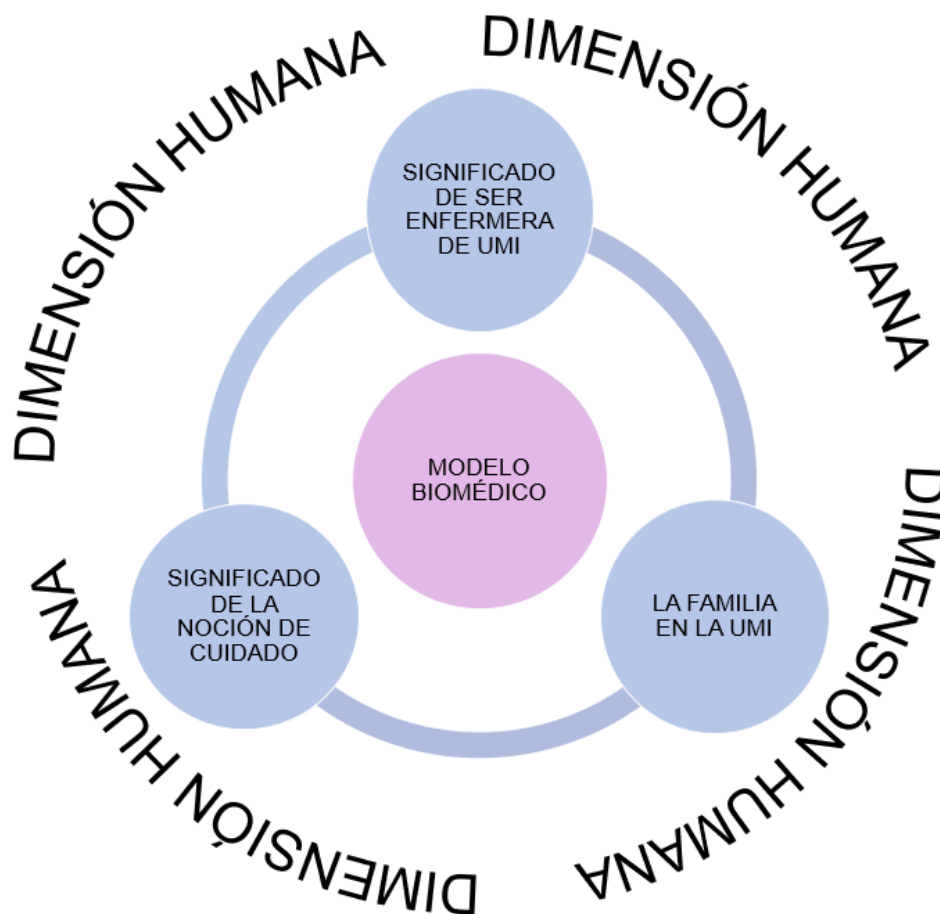


Figura 20: La DIMENSIÓN HUMANA y EL MODELO BIOMÉDICO como metacategorías o vectores cualitativos (fuente: elaboración propia)

Sin embargo, aunque ambas metacategorías (o vectores cualitativos) estén presentes en todos los temas del estudio, el tema central lo constituye la creencia, el enunciado: **LO PRIMERO ES LO PRIMERO**.

Una visión rectilínea, unicasal, intercedida por el paradigma de la categorización, ha sometido las ideologías y la formación en el último siglo. Las enfermeras no se han escapado a esta influencia. Sin embargo, han descubierto que la experiencia de salud y enfermedad, excede la linealidad y la clasificación. Apresuradas, reconocieron a la persona en su integralidad en interacción con el

entorno (paradigmas de la integración y de la transformación). La diversidad de las situaciones de salud y enfermedad, el enfoque de las opciones éticas hacia una perspectiva que prioriza los valores y la diversidad de los medios clínicos, dirigen la evolución de esta concepción de los cuidados enfermeros (Kèrouac et al., 2004: 18).

A pesar de la elevada tecnificación de la UMI, se ha podido comprobar lo que las enfermeras hacen, intentar hacer, lo que pelean aunque no sea posible, las horas que pasan al teléfono, hablando con unos y otros para mejorar, aunque sea ínfimamente, la condición de la persona enferma o la de su familia. Es como si, a pesar de estar educadas de una manera, su “ADN”, su consciencia de su profesión, les arrastra. Saben que en críticos, lo primordial radica en la salvación de la vida de las personas, esto es, tienen que centrarse en los aspectos biológicos y ser óptimas en la pericia técnica. Por otro lado, lo mágico reside en que, pese a estar inmersas en un contexto biológico, medicalizado, técnico y, pese a haber recibido esa educación hegemónica, las enfermeras se revelan contra los patrones instaurados y, aunque resulta complejo, desentierran su luz convirtiéndose en las garantes de todas las dimensiones de las personas enfermas y sus familias, con dificultades, pero siempre enfocándolas, sin perderlas de vista.

En virtud de su relación con las categorías, consideramos que ésta es la categoría central. Está presente, de una forma más o menos explícita, en las conversaciones de todos los informantes.

En palabras de Strauss y Corbin, la categoría central, emana de los productos del análisis condensados en múltiples términos que explican “de qué trata la investigación”. La categoría central representa la interpretación sobre el fenómeno estudiado y los problemas y asuntos más notorios de los participantes (2002: 160). Según estos autores, una categoría central posee poder analítico. Este poder analítico se consigue por la capacidad de agrupar las categorías componiendo un todo explicativo. Tal y como afirman Strauss y Corbin, una categoría central puede evolucionar de dos maneras. Por un lado, puede evolucionar a partir de las categorías existentes. Por otro lado, pese a que cada una de las categorías manifiesten parte de la historia, ninguna las explica por

completo, sino que necesita un concepto más abstracto, una idea conceptual en torno a la cual se puedan condensar todas las demás. En el año 1987, Strauss (1987) elaboró un listado que recogía los criterios necesarios para que una categoría fuese considerada como central, estos son (Strauss y Corbin, 2002: 161):

- Tiene que ser central. Esto quiere decir que todas las categorías se tienen que poder relacionar con ella.
- Debe aparecer frecuentemente en los datos. Esto se traduce en que, en casi todos los casos, existen indicadores que se refieran a este concepto.
- Los datos no se fuerzan. La relación entre categorías debe ser lógica y consistente.
- El término utilizado para nombrar la categoría central tiene que conseguir un nivel de abstracción que permita investigar otras áreas sustantivas que faciliten el desarrollo de una teoría más general.
- La teoría se eleva en profundidad y poder explicativo en cuanto el concepto se delimita analíticamente a través de su integración a otros conceptos.
- Pese a que la forma de explicar un fenómeno puede variar, cuando se modifican las condiciones, la explicación del mismo se mantiene. Esto quiere decir que el concepto puede explicar estas variaciones, así como el tema central al que se refieren los datos, incluso los casos contradictorios o alternativos en consonancia con la idea central.

Tabla 21: Listado de criterios que se pueden aplicar a una categoría para determinar si se califica como central (Strauss y Corbin, 2004: 161)

No fue sencillo identificar la categoría principal. Pese a que una vez identificada, parecía obvia, no fue hasta bien avanzado el estudio cuando se pudo nombrar. Los detalles más descriptivos de la investigación y la poca distancia que era capaz de poner con respecto a los datos, hacían que la identificación de esa idea central se fuese alejando. La lectura del diario de campo, las entrevistas en profundidad día tras día, no ayudaba en este sentido. En este caso, la figura de mi directora de tesis fue fundamental. Ella, como “persona de afuera”, de alguna manera, fue un pilar importante, puesto que sus preguntas dirigidas y la escucha de mis explicaciones acerca de lo que iba encontrando, me facilitaron alejarme de los datos y llegar a esta conclusión (Strauss y Corbin, 2002: 162). “¿Cuál es el asunto o problema principal con el que parecen estar luchando estas personas? ¿Qué resuena una y otra vez? ¿Qué es lo que se percibe aunque no se esté diciendo de manera directa?” (Strauss y Corbin, 2002: 163).

# CAPÍTULO 4: RESULTADOS

---

- ▣ SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI
- ▣ SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO
- ▣ LA FAMILIA EN LA UCI



## CAPÍTULO 4: RESULTADOS

Como consecuencia del análisis, los resultados están formados por tres temas:

- 4.1. SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI
- 4.2. SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO
- 4.3. LA FAMILIA EN LA UCI

En el esquema se exponen cada uno de ellos, con las categorías que lo constituyen y las metacategorías relacionadas de forma transversal con todas las categorías.

TEMAS		
SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI	SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO	LA FAMILIA EN LA UMI
METACATEGORÍAS		
DIMENSIÓN HUMANA		
MODELO BIOMÉDICO		
CATEGORÍAS		
Estatus superior	Cuidados técnicos: “Lo primero es lo primero”	Apertura de la UMI: cambios complejos
Estar entre la vida y la muerte	Cuidado profesional, científico y humano	Importancia de que el paciente esté acompañado
	Dificultad para abordar el sufrimiento	

Figura 22. Temas, metacategorías y categorías de cada tema del estudio (fuente: elaboración propia)

Cada uno de los temas se va a desarrollar a partir de las categorías que lo conforman y sus grupos de códigos, todo ello a partir de un esquema al inicio de cada tema.

Las evidencias que se presentan, los verbatim, están representados por dos tipos de datos:



✚ La observación participante, la cual aparece como diario de campo (DC) con la fecha: día, mes y año.

✚ La entrevista en profundidad, con el nombre ficticio de cada uno de las/os informantes.

#### 4.1. TEMA I: SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI

En este tema se revelan aquellos aspectos a los que los informantes otorgan más valor y definen lo que para ellos significa trabajar en UCI; aquello que da sentido a su trabajo como profesionales de críticos.

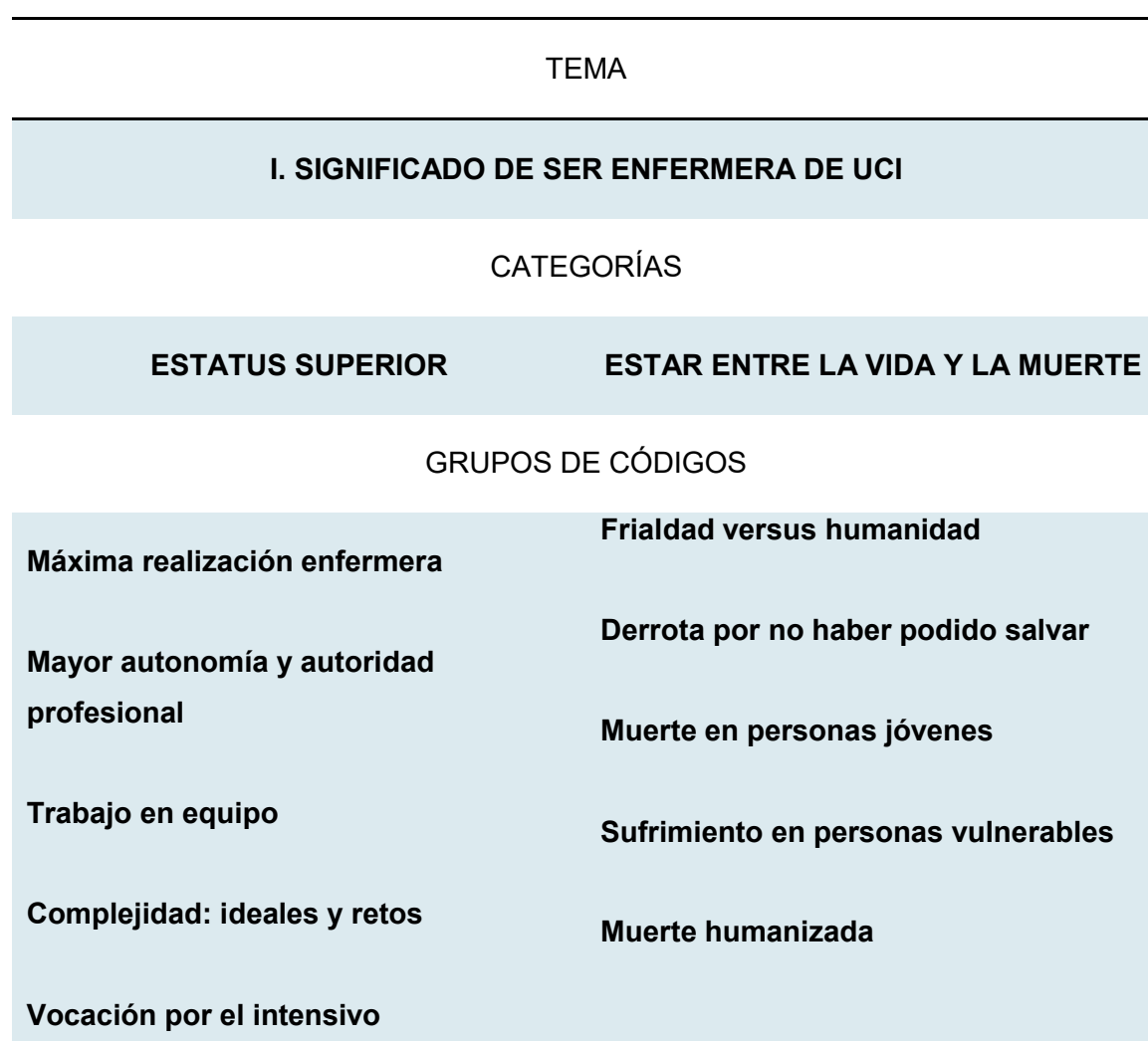


Figura 23. El tema **SIGNIFICADO DE SER ENFERMERA DE UCI** emerge de estas familias de códigos y categorías (fuente: elaboración propia)

### 4.1.2. ESTATUS SUPERIOR

La categoría de ESTATUS SUPERIOR viene dada por cinco familias de códigos que se exponen y explican a continuación:



Figura 24. La categoría **ESTATUS SUPERIOR** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)

Esta categoría representa cómo ven las participantes el ser enfermera de UCI. Les confiere un carácter especial, un estatus superior como profesional dado que las enfermeras consideran que manejan aspectos de conocimiento y técnicos que procuran esta visión sobre sí mismas en relación a lo que respecta a sus compañeras/os de otras unidades y/o especialidades.

#### 4.1.2.1. Máxima realización enfermera

Las enfermeras asocian la práctica enfermera en intensivos con la máxima realización que puede alcanzarse en la práctica profesional. Esta realización personal se siente porque la UCI permite que la enfermera sea independiente en la realización de determinadas técnicas, además de la demostración de que es experta, pues tiene el control de la situación física del paciente en todo momento.

Ariadna: - *“Me parece la máxima realización para una enfermera. Sin más. (...). Y, a nivel de enfermería, me parece que donde más realizada se puede sentir una enfermera, es en la UCI, porque tenemos mayor independencia a la hora de muchos tratamientos y de técnicas”* -.

Joel: - *“La unidad es un sitio que me da muchas satisfacciones laborales, más que ningún otro sitio. Creo que es aquí donde puede desarrollarse la disciplina y la profesión en toda su amplitud”* -.

Camila: - *“Después de la UCI no hay nada. Es lo más. Me siento plena como profesional. (...) Tengo que decirte que es lo que más me gusta. Yo creo que es uno de los servicios que más me gusta por el papel tan importante que tiene la enfermera, que lo controla todo y por la cantidad de cosas que puedes hacer con este tipo de pacientes”* -.

Esto lo podemos ver en la observación participante, tal y como lo expresa esta enfermera. En la observación participante, se advierte el valor que una enfermera confiere al cuidado, y así lo expresa, en un espacio determinado del hospital y con unas características específicas, tal y como constituye la UMI.

*Paula me saluda y se acerca. Me explica que, a pesar del entorno altamente tecnificado instaurado en la unidad, es en ésta en la que la enfermera comparte más tiempo con el enfermo. Continúa explicándome que, aunque el ambiente de la UMI puede parecer estresante, e incluso agresivo, te brinda la posibilidad de hacer tu trabajo de una manera diferente a la del resto del hospital. Insiste en lo apasionante que resulta la práctica en una unidad de dichas características. Se trata de un espacio dinámico, en el que aprendes lecciones continuamente por los continuos retos que plantea. Desde su punto de vista, trabajar en la UMI te hace plantearte el cuidado de las personas desde otro punto de vista, te permite alcanzar una visión del mundo más plural y tolerante (DC 12 noviembre, 2014).*

Existe una cultura propia en las unidades de críticos vinculada con la existencia de personal altamente cualificado en cuidados técnicos, situaciones constantes de emergencia, crisis, sufrimiento e incertidumbre, las cuales han

podido influir en que las enfermeras posean una visión de supremacía con respecto a sus compañeras/os de otras unidades y/o especialidades.

#### **4.1.2.2. Mayor autonomía y autoridad profesional**

El máximo control fisiológico de la persona críticamente enferma, el conocimiento teórico y la pericia técnica empoderan la figura de la enfermera de cuidados críticos. Asimismo, las enfermeras consideran la importancia de la explotación de los más novedosos recursos tecnológicos en un contexto sociotecnológico en constante evolución. Su ambición por el aprendizaje continuo las impulsa a no quedarse atrás. Además, la colaboración por parte del equipo de enfermería y el equipo médico, la confianza entre estamentos<sup>2</sup> y el conocimiento exhaustivo de la persona enferma hacen que se sientan capacitadas para tomar las decisiones que a ellas les competen y destaquen, como un valor añadido, una mayor autonomía y autoridad profesional si se compara con otros servicios. Por otro lado, destacan la importancia de compartir con el personal médico estas decisiones que se toman en su ausencia, pues el médico confía en ellas. El estricto control de la situación del paciente permite tomar decisiones consensuadas y prudentes por parte de enfermería.

*Ariadna: - “Podemos tomar decisiones. A mí, por ejemplo, cuando estaba en planta pues no me pasaba. Todo, consultabas absolutamente todo. Aquí como que además confían más en ti, es más trabajo en equipo. Sí, no nos sentimos como todo el rato dependientes del médico. Para mí la UCI, yo no podría trabajar ya en otro sitio. Porque considero que, a nivel de enfermería es, pues... Lo más alto” -.*

*Joen: - “Aquí más o menos tienes cierta autonomía, que la tienes, pero sí que, en el primer momento que aparece el médico, le dices: Oye le he hecho esto y esto, para que lo sepas. Cosas que en otro sitio del hospital es impensable que se hagan. Pero sí, en ese sentido se trabaja en equipo y hay confianza entre los miembros del equipo, ¡que es lo fundamental! O sea que bien” -.*

*Paula: - “Sí que lo creo, sí que lo creo. Pero bueno, en parte también porque tienes muchísima dedicación al paciente y al enfermo; entonces, conoces*

*tanto del paciente que eso pues te permite tomar decisiones probablemente consensuadas claramente, aquí nadie va por libre, ¿no? Pero es digamos como una forma de trabajo inherente a la unidad, pues conoces muy bien al paciente, sabes cómo responde. Pero no solamente desde el punto de vista humano, sino físico; sabes cómo responde su tensión o sabes cómo responde su frecuencia o sabes muchas cosas solamente por el hecho de que estás continuamente con él. Entonces esto, pues permite que tomes decisiones que probablemente en las plantas, no se podrían tomar” -.*

Sin embargo, otra enfermera manifiesta que la autonomía profesional no depende tanto del servicio, sino del carácter del propio profesional:

*Natalia: - “Pues no creas, ¿eh? ¡No creas! Depende de cada enfermera, ¡eso es súper personal! Y lo verás a lo largo de tu trayectoria profesional. Hay enfermeras muy seguras de su trabajo desde el principio. Y no quiero decir con esto, que sean unas alocadas o unas insensatas, que hagan cosas que no les correspondan, ni que no deban hacer. Y hay otras personas que, no sé, que no quieren pasar más allá y, que todo lo que hagan, aunque sepan que lo pueden hacer, tiene que ser respaldado por la opinión o por la decisión del médico. (...). Hay autonomía, ¡hombre! Hay autonomía. Pero como hay en una planta. Yo en una planta he tomado decisiones, siempre las he tomado. Lo que la experiencia me ha permitido y eso. Y hay otras enfermeras que ni para poner un Nolotil lo hacen si no está firmado, ¿sabes? Habrá compañeras mías que te dirán que no hacen o no dan nada o no toman una decisión si no está respaldada por un médico, ¿sabes? Eso depende de la seguridad de cada persona y de tu capacidad, de lo que tú creas que estás capacitada, ¿sabes? Y tu seguridad a nivel profesional, ¿eh? De tu experiencia” -.*

Las anotaciones realizadas en mi diario de campo revelan las actividades que realiza un enfermero en ausencia del médico. Una vez el facultativo se encuentra físicamente en la unidad, es informado de los hechos acontecidos. La toma de decisiones técnicas por parte de las enfermeras implica el reconocimiento del personal médico y ellas acostumbran a subrayar que esta situación no ocurre en otras unidades del hospital. Esto genera un sentimiento de autonomía y satisfacción.

*Fabio se encuentra estable. Tiene colocado un sistema de presión continua positiva denominado BIPAP. Tal y como me han explicado las enfermeras, se utiliza en situaciones de hipoxemia, en pacientes conscientes, colaboradores y hemodinámicamente estables. Se trata de una mascarilla que se ajusta herméticamente y que contiene válvulas que limitan la presión. Joen, el enfermero, ajusta los parámetros de la FiO2 para alcanzar una SatO2 > 90%. La saturación oscilaba entre 86% y 88%, por lo que el enfermero observaba el monitor desde el cristal, alerta. Al tratarse de valores muy limitados, Joen me ha explicado que tenía que ajustar los parámetros del sistema. Manifiesta que, aún siendo estos últimos determinantes, el confort y la tolerancia del paciente, son fundamentales. Me aclara que, estando programado un volumen corriente (VC) de 10-20 ml /kg, debe ajustar la frecuencia respiratoria (FR) a la FR basal del paciente y el tiempo inspiratorio debe ser inicialmente más corto para facilitar la espiración y obviar la auto presión positiva al final de la espiración (auto-PEEP). Joen disminuye los parámetros de presión inspiratoria y PEEP, pues la adhesión de Fabio no está siendo la esperada. Joen se dispone a realizar una extracción gasométrica y una vez obtenida la lectura, repara en la disminución de la tensión arterial de Fabio. Aumenta el ritmo de la perfusión de noradrenalina y, una vez ha informado al paciente de las modificaciones realizadas, se dispone a lavarse las manos e inmediatamente después realiza varias anotaciones en la ficha del paciente. Regresa a la habitación y, desde el cristal, observa el monitor. Pasados unos minutos, el Dr. Martínez se acerca a Joen, le pasa la mano por el hombro y le pregunta por Fabio. El enfermero le informa de las últimas medidas tomadas y el médico, conforme, le da las gracias y le pide que le mantenga informado mientras desaparece por uno de los pasillos laterales (DC 15 diciembre, 2014).*

En este extracto se advierte el nivel de competencia profesional que puede generar esa sensación de autonomía en los profesionales enfermeros.

#### **4.1.2.3. Trabajo en equipo**

Esta familia de códigos hace referencia a que el respaldo ejercido por parte de otros estamentos profesionales, como constituye mayoritariamente el

del médico intensivista, fundamenta la concepción de un estatus superior por parte del colectivo enfermero. Esto se debe a que las enfermeras se sienten integradas y valoradas dentro del equipo.

Las enfermeras sostienen que los médicos intensivistas confían en ellas, lo que les permite tomar decisiones. Entienden que ser enfermera de UCI posee un prestigio. El nivel de conocimiento que exige la unidad, la satisfacción laboral y el trabajo en equipo, entre otras cuestiones, confieren esta posición sobresaliente. El hecho de que el médico intensivista confíe en las enfermeras de la unidad, empodera y potencia la seguridad de las mismas. Que un profesional tan bien visto valore y entienda su trabajo las coloca en el mismo nivel, haciendo que sus planteamientos tengan el mismo valor que el del resto de los integrantes del equipo multidisciplinar. Estas cuestiones facultan la creencia de que en la UMI se trabaja en equipo.

Ariadna: - *“Aquí nos llevamos bien todos. Nos llevamos bien médicos, enfermeros, auxiliares... En general nos llevamos bien todos. Cosa que en una planta sí que ves más diferencia. El equipo no cuenta nada a las enfermeras, aquí no, aquí se cuenta todo”* -.

Candela: - *“Creo que hay buena relación. ¡Eso sí que me parece importante! Porque en un momento puedes tener tú mucho jaleo y te pueden echar una mano. ¡Esto sí que me parece fundamental!”* -.

Ainara: - *“Pues que lo haces con otras ganas. Tú sabes que te estás implicando, pero que primero estás respaldado, porque, ¡siempre estás respaldado! Y sabes que en cualquier momento llamas, ¡y eso es inmediato! Y lo del equipo hace que funcione porque si no, por mucho que tú quieras, si no tienes la colaboración, hablo de todos, ¿eh? Me da igual el médico, que la auxiliar, que el celador, que la señora de la limpieza. Sí, porque si algo falla, ¡ya la has fastidiado! Yo creo que influye mucho. (...). Siempre tienes la tranquilidad de que tienes más gente detrás de ti, que puedes contar con ellos, ¡siempre!”* -.

Natalia: - *“¡Totalmente! Yo creo que es uno de los servicios en el que tienes que trabajar en equipo sí o sí. O sea, ¡y te lo digo yo! Que soy una persona a todos los niveles muy independiente, que me ha gustado mucho*

*trabajar a mi aire. Y a mí es una de las cosas que más me ha costado al venir aquí, o sea, hacer partícipe a todo el mundo de mi trabajo, de lo que yo voy a hacer con este paciente, de lo que hago, de cómo está. Pero, en general, se comparte mucho el trabajo. Aunque tú lleves a un enfermo, mucha gente opina o participa de las cosas que se le hacen, ¿no? Y sí que es fundamental, ¡vamos! Porque, además lo necesitas. Son a veces situaciones de extrema gravedad, de que tienes que correr, de que necesitas mil cosas a la vez y tienes que trabajar en equipo. Tienes que ayudar y que te ayuden, si no, no se podría hacer” -.*

*Joen: - “Se trabaja muy bien en equipo, cualquier cosa se soluciona rápido y fluidamente. Sí, incluso aunque tengas algún residente, pues la verdad... Como yo creo que perciben el trabajo en grupo y todo, también se facilita y se trabaja bien. Y, sobre todo, que hay confianza de unos y de otros” -.*

*Camila: - “El médico sí que te comenta cuáles son las expectativas de tratamiento. A veces ya sabes que entramos a las sesiones médicas. Nosotras como enfermeras sí que hablamos mucho con el equipo auxiliar. A la postre lo que hacemos es intentar, pues eso, involucrarnos todos. Cada uno con sus competencias. (...). El estar en turnos muy cerrados nos hace tener los puntos de vista más estrechos, ¿eh?” -.*

*Ada: - “Es importante que hay un trabajo en equipo. Porque tan importante, a la hora del trabajo multidisciplinar, tan importante es el celador, como la auxiliar. Y lo que veo es eso, que hemos de colaborar todos, hemos de trabajar todos en equipo. Si no, no puedes llegar a hacer ni la mitad de las cosas que deseas, ¿no? Y así lo hacemos. Destaco la importancia de estar y trabajar todos a una, ¿no? Trabajar todos con el mismo objetivo y con la misma intensidad, con la misma fuerza, ¿no?” -.*

*Paula: - “Otra de las cosas que me parece que resulta tremendamente atractiva del intensivo es la idea de que trabajas en equipo y que trabaja mucha gente a la vez que tú. En la misma ubicación y con los mismos pacientes. Entonces yo puedo recurrir en cualquier momento a mis compañeros que están aquí físicamente conmigo y puedo recurrir lógicamente al intensivista que está de guardia. Siempre tiene presencia en la unidad. Con lo cual, las situaciones*



*pues complicadas o situaciones en las que tú no estás en tu momento más álgido, siempre se hacen más llevaderas porque siempre cuentas con el apoyo de gente y eso yo creo que también es importante considerarlo. (...). No cambiaría el trabajo que hago ahora y en el sitio donde lo hago y con la gente que lo hago por nada; o sea, no hay ningún otro trabajo que me puedan ofrecer en este momento, que me satisfaga más de lo que estoy haciendo. Eso es porque el equipo humano con el que trabajo, me proporciona muchísimo, muchísima satisfacción. Estoy muy a gusto trabajando con la gente con la que estoy trabajando, con muchos problemas, ¿eh? Compartimos muchas horas del día y momentos muy difíciles y aún así, la relación es tan intensa y tan cercana que si, efectivamente no resultara satisfactoria, buscaríamos la salida, buscaríamos el cambio, ¿no? Entonces yo, hoy por hoy, no cambiaría el equipo humano con el que trabajo. ¿Que eso es importante para el paciente, para el enfermo? Sin ninguna duda, ¡sin ninguna duda! El trabajo en equipo ha demostrado que es mucho más eficiente y eso cada día lo compruebas, ¿no? Cada día, en cada jornada laboral, te das cuenta de que eso es así, se trabaja más, mejor, más productivamente y más eficientemente cuando se trabaja en equipo.*

La realidad de mis anotaciones en el diario de campo evidencia la actuación colaborativa e interdisciplinar desarrollada con celadores, auxiliares de enfermería y médicos.

*Mariana llega a la habitación acompañada del personal de quirófano. Está muy agitada. No para de gritar mientras mueve los brazos. - “Dejadme en paz, ¡dejadme!” -. Ainara, que es su enfermera, la monitoriza mientras trata verbalmente de calmarla. Mara, la auxiliar de enfermería y Leo, el celador, quien tiene presencia continua en la unidad, proceden a colocarla en una postura adecuada. Tales son los movimientos que está realizando con las extremidades, que uno de sus brazos y una de sus piernas cuelgan de la cama. Con la ayuda de cinco personas, se le recoloca. Tiene las sábanas revueltas y un poco mojadas. - “¡Tengo dolor! ¡Tengo mucho dolor!” -. Ainara se dirige a la zona en la que se encuentra Alexander, el médico intensivista responsable de esta paciente, con la intención de manifestarle la posibilidad de administrarle una*

pequeña cantidad de cloruro mórfico. Éste se acerca a la habitación y confirma la administración de esta medicación. - “Me duele, ¡me duele! ¡Me duele! ¡Me duele! ¿Por qué me hacéis esto? ¿Por qué?” -. Los gritos son ensordecedores, angustian. Ainara prepara la medicación y, a continuación, la conecta a la llave de tres pasos que porta la paciente. Mara descubre que uno de los sueros abiertos se ha desconectado y permanece goteando bajo la espalda de Mariana. Mientras Ainara organiza los sueros, Leo se dirige fuera de la habitación con la intención de acercar una colcha y sábanas limpias. Los tres se disponen a hacer la cama. Primero ladean a Mariana hacia el lado izquierdo, Mara entonces recoge e intercambia la sábana mojada por la seca. A continuación, y tras colocarla en decúbito supino, arreglan la ropa de cama en el lado derecho de la misma. Y la tapan con la colcha. Ainara se acerca a la paciente. - “Tranquila, Mariana. Tienes que estar tranquila...” - mientras le pasa la mano por la frente. Ella continúa expresando dolor, pero ya con un tono más calmado. Ainara termina de colocar la sueroterapia, las distintas medicaciones y permanece unos minutos más con Mariana, sujetándole la mano, pasándole una gasa mojada por la frente. Lentamente se introduce en un estado de sueño-vigilia... (DC 12 noviembre, 2014).

El equipo de la UCI no solo trabaja con el objetivo de sacar a la persona enferma adelante, sino que también vela por el bienestar de todos sus miembros. Esto queda plasmado en el siguiente párrafo de la observación participante, donde se muestra el apoyo entre compañeros que hace más fácil el día a día:

**11:00 horas:** *(Hoy se respira intranquilidad y preocupación en la unidad).* La tarde anterior ingresó un varón de mediana edad tras sufrir un accidente de tráfico. Una fuerte colisión frontolateral acabó con la vida de dos de los ocupantes del turismo y Enzo fue trasladado en estado grave a la unidad. Tras ser operado se encontraba estable y en coma inducido. Sin embargo, su estado empeoró rápidamente y el paciente ha fallecido a las 8:00 horas. Se habla de una hemorragia intracraneal. Camila, la enfermera que esta mañana se ocupa de Enzo, no ha podido reprimir las lágrimas. Ha suplicado un momento de tranquilidad. Quería estar sola, llorar sin que nadie la viese ni le preguntara. Una

*de sus compañeras le ha acompañado a uno de los despachos, que en ese momento estaba vacío, y le ha propuesto que se quedase allí. Le ha acercado un té caliente y una chaqueta. Le ha preguntado si quería que se quedase. Ella le ha dicho que no, mientras sonreía agradecida, y las lágrimas no cesaban. Pasados veinte minutos, Camila ha salido del despacho y, con un gesto de aprobación y gratitud hacia sus compañeras enfermeras y auxiliares, se ha dispuesto a preparar medicación. Sus compañeras respetan su momento de intimidad, su evasión. No es hasta pasados varios minutos cuando le instan a compartir un café en el office junto a otros compañeros del equipo. Ella asiente complacida. Durante el encuentro, que no dura más de quince minutos, hablan de un ex compañero de la unidad, de un programa de mucha audiencia de la televisión y de una receta en un ambiente distendido y de confianza. Una vez pasado el tiempo de descanso, se disponen a salir de la sala para que sean otros compañeros los que disfruten de un café. El resto de la mañana transcurre tranquila entre alarmas de monitores, bombas y respiradores. A las 15:00 horas, y una vez trasladado el parte, dos enfermeras se acercan a Camila, la abrazan y la invitan a comer al restaurante del que llevaban hablando un tiempo (DC 15 enero, 2015).*

#### **4.1.2.4. Complejidad: ideales y retos**

Las enfermeras manifiestan que la práctica profesional en UCI permite cumplir sus expectativas mediante una actitud hacia la atención integral a la persona enferma. Entienden que las plantas de hospitalización se han convertido en lugares mecánicos y advierten en esta unidad la posibilidad de crecer como enfermeras, como profesionales más especializados y así lo expresan:

Natalia: - *“Para mí es un reto profesional porque las plantas de hospitalización ya no me aportaban a nivel de enfermería mucho. Y yo sé que es un servicio más especializado”* -.

La UCI permite cumplir las expectativas que estas profesionales tenían antes de comenzar a trabajar como enfermeras, identificando el desarrollo pleno de la profesión con una dedicación íntegra al paciente.

Paula: - *“Yo relaciono claramente el trabajo en intensivos con mi profesión y con mi trabajo enfermero. Es decir, he trabajado en tan pocos servicios, salvo en intensivos, que identifico casi mi profesión enfermera con el intensivo. Lo que significa es conseguir un desarrollo pleno francamente del trabajo que yo esperaba encontrar al ser enfermera. Y la UCI me permite esos objetivos o esos ideales que yo tenía antes de empezar a trabajar, los consigo trabajando en intensivos. Me permite dedicarme plenamente al enfermo, a los dos o a los tres enfermos que llevo, porque el trabajo en intensivos va dirigido a ese número limitado de pacientes y eso te permite abarcar mucho, conocer mucho y desarrollar, pues en toda su amplitud, el trabajo enfermero”* -.

Sin embargo, existen dificultades para tratar algunas cuestiones con el paciente y su familia debido a la complejidad de las situaciones vividas. En el siguiente extracto queda reflejada la forma en la que los profesionales las abordan:

**9:30 horas:** (C.O. Desolación). *Sobre la cama yace una mujer de cincuenta y un años diagnosticada de síndrome de Fournier. Natalia me explicaría al salir de la habitación que la gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante que afecta a la región perineal, genital o perianal de evolución fulminante y alta letalidad. Aunque originalmente se describió como una patología de origen idiopático, y, aunque actualmente todavía existen casos de origen sin identificar, se logra descubrir la causa en el noventa y cinco por ciento de los pacientes. También me aclara que, aunque la enfermedad ha sido descrita en ambos géneros, presenta una mayor prevalencia en hombres. Continúa explicándome que la actuación asistencial cuando la paciente se personó en el servicio de urgencias, y antes de su entrada en la UMI, se basó en la estabilización de sus constantes, la administración de una amplia cobertura antibiótica y un agresivo desbridamiento quirúrgico. En este caso, el objetivo de la cirugía fue eliminar todos los tejidos no viables, controlar la progresión de la enfermedad y aliviar la toxicidad sistémica. Natalia prosigue exponiendo que la paciente había manifestado un estado prodrómico durante los días precedentes a su ingreso, el cual se caracterizó por la aparición de fiebre elevada, dolor perineogenital, náuseas y vómitos. María permanece inconsciente e intubada. A*

pesar del tratamiento antibiótico, la infección se ha propagado por el torrente sanguíneo y la paciente presenta un fallo multiorgánico en el que se aúnan el fracaso de las funciones hepática y renal del organismo. Dadas las circunstancias anteriormente expuestas, María ha necesitado tratamiento intensivo con respiración artificial y uso de drogas vasoactivas. Natalia comprueba las constantes vitales y se dispone a salir de la habitación. Juntas nos dirigimos al control de enfermería. Es en éste en el que localizamos al médico intensivista responsable de la paciente y rápidamente nos informa de que ha contactado telefónicamente con sus padres. El pronóstico es fatal. El médico asegura que morirá (DC 14 enero, 2015).

**10:00 horas:** No han pasado más de treinta minutos cuando los padres de María se presentan en el hospital. Pulsan el timbre. El médico intensivista les está esperando en el despacho del director médico. Natalia les insta a que entren en el mismo. El médico les explica la grave situación en la que se encuentra su hija. La madre comienza a llorar, sin consuelo. El padre trata de calmarla, sin éxito. Los tres salen del despacho y se acercan a la habitación en la que permanece María. Observo como la madre de María contempla a su hija conectada a múltiples cables desde el cristal. El médico continúa hablando, pero creo que ella ya no le escucha. No para de llorar y de acariciar el cristal que les separa. Natalia se acerca a la estancia y entra. El médico y sus padres continúan fuera, en el umbral de la puerta que da a la habitación. Natalia apaga una de las bombas de infusión (la cual es utilizada para la administración de medicamentos a través de las venas del enfermo controlando la velocidad y la cantidad de líquido que entra), y los padres entran seguidamente. La madre se avalanza sobre María, la acaricia, la besa, vuelve a acariciarla, suavemente. Intenta mantener la compostura. Natalia comprueba las constantes vitales, el ritmo de la noradrenalina y efectúa un control glucémico. La expresión de su rostro revela que el nivel de glucosa en sangre es realmente preocupante. Natalia expresa su intención de ausentarse para volver de forma inmediata con la excusa de que ha olvidado algo. Yo también salgo de la habitación. Compruebo que Natalia se acerca al médico intensivista y le indica la glucemia. El médico ordena administrar una perfusión de glucosa, además de controlar los niveles cada diez minutos. La enfermera se dirige al espacio intermedio reservado para el trabajo

de enfermería (preparación de medicación, sueros y lavado de manos) y toma un envase de glucosa al veinte por ciento de uno de los cajones azules de la vitrina. A continuación, se dirige rápidamente a la habitación número dieciséis. Los padres preguntan por la medicación que tenemos que ponerle. Natalia les explica que el nivel de glucosa es bajito y el médico ha ordenado administrar un poquito de medicación para contrarrestar esta cifra. (La situación es verdaderamente complicada. Los padres están destrozados). Una vez que la enfermera ha terminado de colocar la perfusión, la madre de María se nos acerca, y pregunta: - “¿Va a ponerse bien, verdad?” -. Antes de que yo pueda reaccionar, Natalia le expresa que: - “Esa información la da el médico. Yo no puedo decirles nada más aparte de lo que ya os ha comentado el intensivista cuando habéis llegado” -. Natalia comprueba de nuevo el monitor en el que se reflejan las constantes vitales y se despide (DC 14 enero, 2015).

**11:00 horas:** Una vez que Laura ha terminado su explicación, Natalia expresa que: - “Voy a ver a María, tengo que comprobar la glucemia...” -. Natalia y yo nos dirigimos de nuevo a la habitación número dieciséis. Natalia sugiere que examine el monitor. A pesar del tratamiento antibiótico, la situación hemodinámica de la paciente empeora cada minuto. Además, aunque tal y como me ha explicado la enfermera, se ha efectuado una resección quirúrgica con cortes axiales desde los vértices hasta el suelo de la pelvis, la herida quirúrgica supura excesivamente. Las gasas que envuelven la herida están completamente impregnadas de contenido seroso. Natalia asiste estupefacta y expresa la intención de cambiarlas inmediatamente. Sale de la habitación apresuradamente y se dirige al control de enfermería. El médico se encuentra hablando con Laura, otra de las enfermeras del turno. Natalia se acerca. Una vez que comprueba que han terminado su conversación, le expresa al intensivista su intención de cambiar los apósitos que cubren la herida quirúrgica. El médico le aconseja que: - “Creo conveniente esperar a que la examinen los cirujanos. En el estado en el que se encuentra la paciente, será mejor no manipular en exceso la lesión. Ellos decidirán qué hacer y nos lo transmitirán...” -. Natalia está preocupada porque no considera que mantener así los apósitos sea lo adecuado. Decide ir al despacho de la supervisora y explicarle la situación. Cuando regresa, me aclara que ella también le ha aconsejado que espere. - “Pero, ¿cómo la voy a dejar así...? No

*está bien... Eso así no está bien...” - . El médico intensivista se acerca entonces a Natalia y le propone que vayan juntos a ver a María. Yo les acompaño. Juntos verifican las constantes vitales a través del monitor. El intensivista propone un nuevo cambio en el tratamiento. La tensión arterial continúa cayendo. Además, tras realizar un nuevo control de glucemia, Natalia descubre que la cifra es alarmantemente baja. El médico intensivista ordena: - “Natalia, por favor, administra una perfusión de glucosa al treinta por ciento y continúa realizando los controles cada diez minutos, ¿de acuerdo?” - . - “Voy enseguida” - contesta ella (DC 14 enero, 2015).*

A pesar de las recomendaciones médicas, la enfermera no desiste en su objetivo de ejercer el cuidado tal y como ella considera, un cuidado digno en el sentido de que la paciente no estuviese empapada, cubierta de sangre, pus. Todo ello con un aspecto desagradable, no solo por la confortabilidad de la paciente, sino de alguna manera, por paliar la imagen que sus padres, incrédulos, podrían recordar.

**11:30 horas:** *Natalia se dirige a la zona intermedia reservada para el trabajo de enfermería y vuelve a tomar uno de los envases de glucosa, esta vez al treinta por ciento, de uno de los cajones de la vitrina. Rápidamente se dirige a la habitación número dieciséis. El médico intensivista continúa allí. Natalia inmediatamente activa la bomba de infusión. Ambos se miran por un instante e inmediatamente fijan sus miradas en el monitor. Diez segundos más tarde, el médico se dirige hacia la puerta de la habitación y declara: - “Mantenme informado” - . Y sale de la estancia. Entonces, Natalia y yo, que aún nos encontramos dentro, comprobamos la llegada de dos cirujanos a través del cristal que separa la estancia del pasillo de la unidad. Natalia sale de la habitación. Yo la sigo. El médico intensivista se encuentra conversando con los dos cirujanos. Cuando nos reunimos con ellos, podemos escuchar lo que el intensivista está relatando: - “Su situación hemodinámica empeora por momentos. Acabamos de administrarle una solución de glucosa al treinta por ciento porque las cifras son alarmantes... ¿Vais a revisarle la herida? De hecho, no para de supurar, los apósitos están totalmente impregnados de líquido...” - . - “Sí, vamos a verlo” - declara uno de los cirujanos mientras se disponen a entrar*

*en la habitación. A continuación, los padres de María, salen de la estancia. (C.O. Supongo que los cirujanos han debido de instarles a que lo hicieran). Los cirujanos no permanecen más de tres minutos en la habitación. Cuando se disponen a salir, Natalia y yo nos acercamos a ellos, también sus familiares. Los cirujanos nos informan de que todavía deben pasar cuarenta y ocho horas para comprobar la evolución de la herida, así que de momento aconsejan no retirar los apósitos. Natalia asiente, abatida.*

*Natalia se dirige de nuevo a la habitación de María. Le acompaño. Comprueba que las sábanas están totalmente impregnadas de líquido seroso y restos de sangre. (C.O. Su semblante expresa aflicción). El aspecto de la piel de la pared abdominal que no está cubierta por apósitos es absolutamente lamentable. Decenas de ampollas y úlceras recorren su abdomen voluminoso sobre un fondo cianótico. Natalia coloca una sábana debajo de la herida con la finalidad de que absorba tal cantidad de líquido. El médico intensivista vuelve a entrar en la habitación y dirige una mirada fugaz al monitor que expone las cifras de las constantes vitales. - “No mejora...” -. Natalia le responde con una mirada que expresa desaliento. A continuación, el médico sale de la habitación. Natalia coloca un nuevo envase de suero en la bomba de infusión y lo activa. Se dispone a salir velozmente de la habitación. Comprueba que el médico se encuentra en la zona intermedia reservada para el trabajo de enfermería y se aproxima. - “Doctor Álvarez, ¿qué le parece que cambiemos las sábanas de la cama de María por otras secas?” -. - “Creo que no será buena idea, Natalia. La situación hemodinámica de la paciente es tremendamente inestable, me parece arriesgado incluso moverla teniendo en cuenta que pesa más de ciento diez kilos” - responde el intensivista. - “Vale, gracias” - responde la enfermera, aturdida (DC 14 enero, 2015).*

**12:00 horas:** *Los familiares entran en la unidad (es la hora de visita) y se dirigen hacia las habitaciones. Los padres de María también y se disponen a entrar en la estancia. Desde el control de enfermería compruebo que la madre sujeta con fuerza la mano de María, mientras que su padre está sentado en una de las sillas, totalmente desconsolado. Natalia entra de nuevo en la habitación. - “Hola de nuevo. ¿Necesitan algo? Pueden quedarse aquí, ya saben, hasta las*



dos... Aunque, bueno, puede que incluso más... Podemos hablar después” -. Entonces, la madre de María rompe a llorar. - “¿Pero, cómo es posible? Estuvimos comiendo hace solo unos días... Todo parecía ir bien... ¡No puede ser! ¡No puede ser! ¡Por Dios, no puede ser...!” -. - “Ven, salgamos...” - le pide la enfermera. - “Será mejor que María no la escuche así...” -. - “Puedo ofrecerle una tila, y a su marido también, pueden tomarla y pasar a ver a su hija más tarde” - intenta convencerla. - “No, no, intentaré tranquilizarme... Pero quiero estar con ella... Voy dentro. Gracias. ¡Gracias!” -. Natalia vuelve al control y habla con el resto de compañeros en un intento de calmarse (DC 14 enero, 2015).

Estas situaciones son habituales en la UCI. Requieren un elevado nivel de competencia técnica y una gran delicadeza para tratar con la persona y su familia, lo que implica todo un reto para los profesionales de cuidados críticos.

#### **4.1.2.5. Vocación por el intensivo**

La vocación, según las informantes, representa aquello que hacen porque les gusta, les satisface; la consideran una motivación importante y continúan en la UMI porque sostienen que las condiciones para ejercer la enfermería son óptimas.

Las enfermeras aluden a cuestiones como la superespecialización, la tecnología avanzada, la confrontación con situaciones vitales complicadas, la dedicación y el trabajo en equipo, como pilares fundamentales para permanecer en la UMI:

Candela: - “¡Me tiene enganchada! ¡Este trabajo me tiene enganchada! Yo he seguido y ahora mismo ya, que me podría jubilar, si me mandarían a otro sitio, me jubilaba, pero como sigo aquí, y me gusta, sigo. Porque me gusta el trabajo y me gustan las compañeras. Porque creo que hay buena relación. ¡Eso sí que me parece importante! Porque en un momento puedes tener tú mucho jaleo y te pueden echar una mano. ¡Eso sí me parece fundamental! (...). Que no es por el dinero, ¿eh? ¡Que es porque estoy a gusto!” -.

Natalia: - *“Yo sé que es un servicio más especializado en el que tenía más amplitud a la hora de aprender cosas de enfermería y cuidados de enfermería y técnicas y muchas cosas y para mí era un poco reto profesional a nivel de trato con el paciente y, por supuesto, de aprender cosas de enfermería”* -.

Camila: - *“Para mí siempre ha sido intensivos pues el salvar, por así decirlo, ir salvando vidas, ¿eh? El poner todo de nuestra parte pues a la hora de poder sacar adelante a un paciente crítico con un riesgo de gravedad tremendo”* -.

Paula: - *“No sabría decirte por qué llegué a intensivos, yo sé que me llamaba la atención el paciente crítico, eso lo descubrí en urgencias. Exactamente no sé por qué me llama la atención y reconozco que en un primer momento la superespecialización me llamaba la atención, ¿no? Lo diferente del servicio, la tecnología me atraía, el enfrentarme a situaciones difíciles y conseguir que fueran superadas con la colaboración de todo el equipo, incluida la mía, pues eso me llamaba la atención y posteriormente, ¿qué me ha mantenido aquí? O, ¿qué me sigue llamando la atención? Pues lo que vengo diciendo, yo conozco a la persona que está encima de la cama desde los pelos hasta la punta del pie, conozco dónde tiene hasta los lunares, ¿no? Y eso me permite trabajar con una seguridad que difícil, ¡vamos!, ¡imposible!, conseguiría en otro sitio. He trabajado en urgencias; claro, la urgencia es la antítesis del intensivo, es verdad que es muy vitalista, es muy intensa también, pero desde luego el cuidado al detalle es imposible, ¿no? Entonces ahora, en este momento, lo que me mantiene en el servicio es poder hacer mi trabajo enfermero en esas condiciones”* -.

Joen: - *“Para mí es uno de los sitios del hospital que más me gusta. Y que siempre me había dado mucho respeto, porque para mí las enfermeras de la UCI pues eran como lo más, ¿no? Las que siempre resolvían todos los problemas y tal. Sí que desde un punto de vista profesional, pues quería llegar también a ese nivel de conocimientos técnicos y de destrezas. Entonces era un reto el llegar hasta ahí, ¿no? Y ahora que estoy pues es un sitio que me da muchas satisfacciones laborales”* -.

Manifiestan su inclinación por dedicarse al cuidado intensivo y, entre otras, evidencian la enorme carga emocional que supone estar al lado de las personas críticamente enfermas. Además, las enfermeras de la UMI consideran los intereses de sus pacientes. Muchas de estas personas críticamente enfermas no pueden hablar y cabe la posibilidad de que no tengan el apoyo de sus familiares y amigos. Por ello, ellas intervienen para minimizar la vulnerabilidad de esta situación, al igual que los padres hacen con sus hijos. Esta unidad constituye un entorno estresante, en el que se convive con la adrenalina y las emociones.

*Candela: - “¡Porque me gusta el trabajo! A veces duele, pero no sé qué tiene... Tengo la necesidad de estar ahí, ayudando... Las personas sufren y sufren lejos de sus familias, sin poder hablar, expresarse, con dolor... Yo es que no sé, pero tengo la necesidad de quedarme un poco más...” -.*

*Camila: - “Siempre ha sido, por así decirlo, un trabajo para mí vocacional, ¿eh? No cambia la perspectiva, pero sí que vas cambiando tú, ¿no? Vas cambiando tú, pues porque es un trabajo que tiene una carga emocional muy alta, muy alta. Pues porque, quieras que no, te involucras muchísimo con los pacientes. Una fuerza que te atrapa, el intensivo te atrapa, duele, pero te atrapa” -.*

Durante una de mis primeras jornadas en la unidad como investigadora, tuve un intercambio de experiencias con la enfermera Paula, acerca de su trayectoria profesional en intensivos y me sorprendió la intensidad de su experiencia en la UCI. Después de haber conocido el trabajo de enfermería en este contexto, expresaba de forma firme y manifiesta la decisión de seguir trabajando en críticos y sin plantearse siquiera la posibilidad de trabajar en otra unidad, entendiendo que ser enfermera en la UCI permite desarrollar la profesión en toda su amplitud.

**8:25 horas:** *Ella me explica que su trayectoria profesional, constituida por más de veinte años de experiencia, ha sido desarrollada casi exclusivamente en unidades de medicina intensiva. Confiesa que es el ámbito que le apasiona y que ya no concibe el desarrollo de su profesión en un ámbito que no sea el de*

*críticos. Me explica que efectivamente ha trabajado en otras especialidades, pero que nunca se ha sentido tan realizada como cuando lo hace en la UCI (DC 28 octubre, 2014).*

#### **4.1.3. ESTAR ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE**

Esta es la segunda categoría del primer tema. Representa la dificultad de enfrentarse con el dolor, el sufrimiento y la muerte; todo ello, acentuado en personas jóvenes y vulnerables.



Figura 25. La categoría **ESTAR ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)

##### **4.1.3.1. Frialidad versus humanidad**

Las enfermeras son plenamente conscientes de la fragilidad de estos pacientes y de lo que implica la situación crítica de la UMI. La cercanía al sufrimiento favorece el desarrollo de una gran sensibilidad y empatía. Sin embargo, no resulta fácil separar el padecimiento y la implicación personal de lo estrictamente profesional.

Las siguientes declaraciones demuestran la ambivalencia del trabajo en la unidad. Por un lado, emana la existencia de un mecanismo de defensa como

respuesta al dolor y el sufrimiento. Por otro, la inevitabilidad de las experiencias negativas, inherente al ser humano:

Ariadna: - *“¡Totalmente! Ser frío es la única manera de llevar esta profesión. No llevarte las cosas a tu casa porque sino... ¡Bueno! Es así. ¡Pues sí! Al final te vuelves un poco más frío. Estás todo el día tratando con la vida y la muerte. Si todos los dramones, porque son dramones que vives, te los llevas a tu casa y los sientes como algo personal y tuyo pues, ¡apaga y vámonos! Aquí o eres un poquito así o no te puedes dedicar a esta profesión. Te tienes que dedicar a otra cosa. (...). El ser enfermera también te lo llevas a tu casa, ¿eh? Sin embargo, nosotras que vemos la muerte a diario y sabemos que puede pasar y te cambia hasta la manera de ser en la vida. (...). Que te lo llevas, ¿eh? Hace poco, después de una noche horrible con un paciente, llegué a mi casa y estuve llorando dos horas... No me había pasado en un montón de tiempo. O sea que al final hay dramas que te llevas a tu casa, pero es que no debería ser así, porque sino... ¡No te puedes dedicar a esto!” -.*

Candela: - *“Yo no me quiero acostumbrar al dolor, ¿sabes? Yo no me quiero acostumbrar a que la gente esté sufriendo con dolor” -.*

Ainara: - *“Tenemos que tener una capacidad grande para desconectar, porque si no, ¡estaríamos todas chinadas! Y al final eres muy consciente de que hoy estás aquí, pero que el sufrimiento existe y que la muerte está, ¡puf!, a la vuelta de la esquina. Y sí que también eso condiciona igual tu forma de vivir o tu forma de ver las cosas. Yo creo que no te vuelves más fría, es un mecanismo de protección” -.*

Natalia: - *“Te hace, por un lado, decir no quiero y no dejo que me afecte tanto. Pero, por otro lado, te humaniza más, porque ves que es que, ¿sabes? O sea, no sé cómo decirte, es un poco contradictorio, ¿no? Por un lado dices, ¡bua!, es que no puedo dejar que me afecte, porque me lo llevo a casa. Pero luego cuando pasa, ¡realmente te duele!, o sea lo sientes y eso no se pasa y vas teniendo pacientes así y casos así y te sigue, ¡psss!, y te sigue llegando, ¿sabes?, te sigue afectando” -.*

Joel: - *“Sí, lo que dices, ¡yo creo que sí! Que sí que te puede hacer más frío, en un momento dado, sí. No sé, para mí termina dependiendo a veces, de pacientes. Es distinto a las cinco de la madrugada, te viene una abuelita de Urgencias de ochenta y nueve años que se ha apagado, y que no sé qué, y que sabes que se va a morir... Pues es que es lo que va a pasar, ¿no? No es que te de igual, pero no vas hacer mucho más... Que un paciente, que lo tengas aquí más tiempo, y te conoces a su familia y que se te para o que has estado ratos charlando con él, que te involucras más... Pues esa pérdida y ese dolor lo sientes más y otras veces lo sientes menos” -.*

Camila: - *“Pues mira, ¿eh? ¡Yo creo que hay de todo!, por así decirlo. Se habla de la deshumanización de las UCI, pero yo creo que todo eso va ligado, pues, en cierta forma también, a las cargas de trabajo. Cuantas más cargas de trabajo haya, menos tiempo vas a poder dedicar a estar con el paciente, a hablar con el paciente, con la familia, etcétera. Porque sólo te puedes dedicar a una serie de cosas que son físicas y propias, por así decirlo, pues de la profesión, poner una medicación, cambiar una perfusión, hacer una cosa u hacer otra, ¿no? Pero yo pienso que se está llegando a humanizar poco a poco, ¿eh? Poco a poco y también es que depende de la gente, depende del profesional, de lo que se involucre. Y del carácter, ¿eh? Aunque dices muchas veces, o son los años o lo que sea, pero, ¿eh?, a veces te das cuenta que, cuanto más joven es el personal más técnico o tecnológico es, por así decirlo, ¿eh? Y en cambio, a lo mejor, la gente más vieja, por así decirlo, pues sí que habla más, pero también puede ser el carácter de la gente, sin más, ¿eh?” -.*

Paula: - *“La vivencia que yo tengo aquí, no es para nada lo que dice la bibliografía, de deshumanización... Yo periódicamente me pego unas lloreras tremendas por pacientes que están aquí y he visto llorar a mis compañeras y sé que seguirá ocurriendo. ¡Hombre!, es verdad que no podemos implicarnos emocionalmente hasta ese punto en todos los casos, pero en muchos de ellos es inevitable y mientras tanto, sin la necesidad de llegar a eso, pues yo creo que la gente sí que intenta contemplar el lado humano de la comunicación y acercamiento en todos los casos” -.*

Parece que puede haber un prejuicio que haga pensar que el contacto continuado con estas situaciones críticas anestesian los sentimientos de las personas. En este sentido, sería interesante contrastar lo expresado por las enfermeras en su testimonio, con la idea que desde fuera se puede tener de lo que experimentan estos profesionales, habituados al sufrimiento y a la muerte.

El siguiente extracto del diario de campo, refleja la relación que se establece entre los profesionales de la unidad y la persona enferma, cuya necesidad expresada como más importante es la presencia de su familia:

**8:00 horas:** *Mientras los médicos de la unidad asisten a la sesión clínica, las enfermeras preparan la medicación y se disponen a efectuar los controles analíticos. Ada, una de las enfermeras del turno, se dispone a entrar en una de las habitaciones. Me dirijo a la habitación mencionada. Cuando entro, Ada me saluda: - “Hola Marta, ¡buenos días! “. - “Buenos días, ¿cómo estáis?” -, respondo yo. - “Lucas, te presento a Marta, una compañera nuestra, que también es enfermera” -. Lucas es un varón de cincuenta años que ingresó en la UCI procedente del quirófano de cirugía torácica. Padece un cáncer de pulmón agresivo, por lo que se le ha efectuado una neumonectomía. Más tarde me explican que una neumonectomía constituye uno de los procedimientos quirúrgicos con mayor morbimortalidad dentro de la cirugía torácica. Consiste en la extirpación quirúrgica parcial del pulmón enfermo, lo que supone la reducción a la mitad de la capacidad respiratoria de una persona. Aunque se trata de una cirugía muy agresiva, constituye probablemente la mejor opción cuando existe un tumor ubicado en el pulmón y compromete una parte significativa de la vena o arteria pulmonar. Después de presentarme, Ada le informa de que tiene que sacarle sangre. Ella se dispone a efectuar la extracción a través de una de las vías periféricas que porta. Rápidamente advierte que ninguna de las vías periféricas se encuentra permeable. Tras varios lavados con suero, la enfermera decide pinchar directamente sobre la vena con la finalidad de efectuar la extracción y enviar la muestra al laboratorio lo antes posible. Se lo explica con un tono tremendamente afectuoso. - “Tengo que pincharte porque el sistema por el que podría hacer la extracción, aunque lo he intentado varias veces, no funciona” -. Él asiente y expresa que - “haga lo que tenga que hacer” -. Mientras realiza la*

técnica, Ada le pregunta: - “¿Qué tal te encuentras hoy, Lucas?” -. Su rostro expresa una sensación de desolación absoluta. Puedo advertir su debilidad. Se encuentra devastado, su voz es casi imperceptible y le cuesta un esfuerzo absoluto comunicarse con nosotras. A pesar de su estado tan delicado, comienza exponiéndonos que: - “Hoy me encuentro un poco mejor si lo comparo con días anteriores. Creo que empiezo a ver la luz al final del túnel. Ahora sin el tubo, mucho mejor. Pero la cabeza me está jugando una mala pasada. El domingo, cuando tuvieron que intubarme, quería morirme. Esos instantes antes de la intubación... ¡Qué horror! He creído que estaba muerto. Muerto... Aunque a veces pienso que es lo mejor que podría pasarme... No sé si soy capaz de soportar lo que me está ocurriendo” -. Ada permanece en silencio durante varios segundos y manifiesta que: - “Me gustaría decirte que entiendo lo que estás pasando. Pero es complicado. Sé que has temido por tu vida, que te has enfrentado a un diagnóstico cruel, que has tenido dolor, que no sabes lo que te depara la enfermedad... Puedo decirte que estás en buenas manos, que tanto tú como tu familia, me tienen. Estoy aquí, contigo, para todo lo que necesites. Quéjate. No esperes a no aguantar más el dolor, permítete llamarnos al timbre. ¡Estamos para esto, Lucas! De verdad, apóyate en el equipo. Estamos todos contigo. Queremos luchar con vosotros” -. Ambos se emocionan. Yo tampoco puedo evitarlo. Lucas prosigue: - “No sé... Me siento perdido, agotado, devastado... A veces creo que confundo la realidad... Si por lo menos tuviese a mi mujer y a mi hijo cerca. ¡Es que no puedo más...!” -. Ada sonrío, se dispone a salir de la habitación y expresa que volverá pronto (DC 30 diciembre, 2014).

¿La familia no constituye parte del cuidado? ¿Se sentiría mejor si pudiese estar con su familia? ¿Ha pensado en esto la enfermera?

**9:00 horas:** Ada se acerca a Lucas, toma su mano y expresa orgullosa que dispone de la autorización médica para que su familia pueda permanecer acompañándole el tiempo que necesiten. Lucas no puede evitar las lágrimas (DC 30 diciembre, 2014).

La enfermera ha entendido el mensaje, está centrada en el cuidado, conoce la importancia que tiene la familia para que la persona críticamente enferma se sienta mejor y ha decidido pedir permiso al médico porque no es la



hora de visita. ¿Se entiende que la familia tiene que formar parte del cuidado? Si es así, ¿habrá que dar más pasos hacia las puertas abiertas? ¿Las enfermeras se plantean la necesidad de las puertas abiertas para poder conseguir cuidar mejor a los pacientes?

#### **4.1.3.2. Derrota por no haber podido salvar**

Las enfermeras manifiestan sus sentimientos de frustración, desasosiego, inquietud y desilusión cuando se enfrentan a situaciones que, a pesar de su dedicación, no poseen un desenlace satisfactorio:

*Ariadna: - “A mí del tema de enfermería es lo que más duro me parece, el hablar con la familia y con un paciente crítico y exponerle las cartas” -.*

*Camila: - “Y lo que sí que siento, a veces, es la desilusión, por así decirlo, por la derrota de no haber podido sacar a ciertos pacientes, ¿no? Porque, y a la postre es eso, porque te involucras mucho a pesar de que parezcas fría y tal, diciendo bueno, ¡pues esto hay que sacarlo como sea y tal! ¿No?” -.*

*Natalia: - “La verdad es que siempre he pensado que la enfermera de críticos es una superheroína, cuya naturaleza, su poder, es salvar la vida de las personas, junto con el resto del equipo... Cuando no pasa así, es un chasco tremendo. A veces, piensas si habrás hecho todo lo posible... Sabes que sí, ¿no? Pero toca el orgullo, el ego, en el buen sentido...Cuesta aceptarlo en determinadas ocasiones” -.*

Las enfermeras de la UMI tienen la posibilidad de incorporar guardias voluntarias a su calendario laboral establecido, teniendo que estar disponibles en los períodos de tiempo acordados. Estas guardias se aceptan con el objeto de asistir a determinados acontecimientos específicos, tal como supone un trasplante de órganos. La enfermera Paula me hace partícipe de sus emociones tras la pérdida de un paciente recientemente fallecido, donante de órganos, tras haber colaborado en la intervención para la obtención de sus

órganos vivos por encontrarse en muerte encefálica y haber dejado constancia de esta voluntad.

*Tras varios meses luchando por vivir, Nacho no lo ha conseguido y se ha convertido, tal y como había dejado escrito, en donante de órganos. Paula, que ayer asistió al proceso de extracción multiorgánica en el donante cadáver, me expresa su impotencia, pues Nacho luchó codo con codo con el personal de la UMI y estos con él y su familia. Hoy en la unidad impera la tristeza, la aflicción por una batalla perdida. Sin embargo, Paula, que tuvo la oportunidad de asistir en el mismo, expresa la tensión que se vivió, la emoción de un proceso que lleva implícito en principio para una persona y el final para otra. Se emociona pensando en lo duro que resultó, pero afirma que también supone un estímulo positivo para los que allí trabajan (DC 20 diciembre, 2014).*

¿Cómo afrontan, cómo gestionan estas situaciones las enfermeras de la UMI? ¿Cuentan con formación para afrontar la muerte, situación habitual en esta unidad? El tratamiento curativo tiene un límite, al igual que la vida. Se deberían desarrollar estrategias para el manejo de emociones, ¿perciben esa necesidad en la institución o en la unidad?

En palabras de las propias enfermeras, la formación dominante está centrada en la presentación de la novedosa y sofisticada tecnología que adquiere el hospital, su funcionamiento y control. Sin embargo, consideran que el entrenamiento y la formación en otros aspectos se tratan, por un lado, de cuestiones innatas propias de los profesionales sanitarios y, por otro lado, constituyen un tipo de formación que tienen que buscar fuera de la institución.

#### **4.1.3.3. Muerte en personas jóvenes**

Enfrentarse a la enfermedad y a la muerte siempre resulta complicado y doloroso pero, la confrontación con ésta cuando el paciente es joven, resulta desesperanzador para la mayoría de las informantes.

Natalia: - *“Muchos pacientes jóvenes se mueren y sufre muchísimo la familia... No es que la gente mayor te sensibilice menos, pero bueno, lo ves un poco como que es ley de vida, ¿no? Pero la gente joven, las familias de esas personas jóvenes, ¿eh? Sí que realmente te marcan. Aunque es una cosa de la profesión, ¡nunca terminas de acostumbrarte! Y siempre te marcan a la hora de que te hacen sentirte más cercana cuando tienes el próximo paciente que va a ser así, ¿sabes?”* -.

Joel: - *“Este servicio es especial porque muchos de los pacientes que entran, pues no salen. Y tienes que tratarlo con el paciente y con la familia, ¿no? Se crean situaciones pues muy duras en ese sentido, esa es la tendencia que a mí más me ha marcado. Pues pacientes que se te han muerto, pacientes jóvenes. Madres, padres que han perdido a un hijo, gente joven que también fallece y a lo mejor puede ser donante de órganos y, en ese sentido, pues es un trato especial. A lo mejor en otros servicios es imposible personalizarlo de la manera que se hace aquí. En cualquier otro sitio tienes once o veinte enfermos para ti solo y eso es como estar en una fábrica”* -.

Ada: - *“Pues me acuerdo de un chico, sobre todo, gente joven, ¿eh? La gran presión que había de la familia. Él era un chico que se había caído de la moto, había sido operado en otra ciudad y tuvo una serie de complicaciones y lo trajeron aquí y la familia estaba siempre muy nerviosa y muy preocupada. No se querían ir de aquí para nada. Todo lo que le hacías, había que decirles paso a paso todo lo que se le hacía. El chico, la verdad, que pasó momentos malos. De repente, cuando mejor parecía que estaba, pues hizo una muerte cerebral y murió. Fue durísimo. Lo recuerdo como una pesadilla”* -.

¿Cómo afrontan estas situaciones? ¿Cómo manejan estas situaciones emocionales?

Lidiar con la muerte de personas jóvenes supone distintas formas de afrontamiento: desde la incomodidad, el malestar y el sufrimiento, hasta la indiferencia.

Camila: - *“Después de tanto tiempo terminas poniendo, por así decirlo, tu pequeño escudo protector para que no te afecten tanto, pues las situaciones*

*personales familiares, porque, a la postre, son dramas, dramas humanos y personales” -.*

A continuación, se expone un extracto de mi diario de campo que revela la permanencia de una persona críticamente enferma, la vivencia de los profesionales y su familia.

**10:30 horas:** *Se trata de un varón de treinta y cinco años de edad. Sufrió un accidente de moto mientras conducía por la ciudad. Durante su estancia en el Servicio de Urgencias, y con el propósito de evaluar las posibles lesiones causadas por el impacto, los médicos descubrieron lo que nadie esperaba: el diagnóstico de una leucemia linfoblástica aguda. Permanecía en la planta de hospitalización quirúrgica de traumatología pero, como consecuencia de la significativa complicación respiratoria, ha sido ingresado en la unidad. Se encuentra intubado y en estado de coma. Carla, la alumna de cuarto curso de prácticas de enfermería, se dispone a colocarse una bata estéril, mascarilla y guantes. Tal y como nos ha explicado Ada, Leo se mantiene en aislamiento por su estado de inmunosupresión. Los pacientes inmunodeprimidos tienen aumentado el riesgo para infecciones virales, bacterianas, fúngicas, parasitarias, procedentes de fuentes endógenas o exógenas. La entrada en la habitación de personas, equipamiento y materiales pueden actuar como vectores de contaminación. Aunque Leo permanece inconsciente, Carla saluda cuando entra en la habitación. Ella le explica que van a ponerle más medicación y que su familia está a punto de llegar. Carla intercambia tres goteros que ya están terminados por otros mientras le describe qué es lo que está haciendo. - “Estarás enfadado por la cantidad de veces que hemos entrado, pero no nos queda otra. ¡Tienes mucha medicación, Leo! Prometo que dejaré que descanses un rato largo, prometo de verdad” - expresa con mucha dulzura. Y sale de la habitación. La alumna exterioriza su sentimiento de inseguridad e impotencia. - “Me siento un poco tonta hablándole, si ni siquiera tengo la certeza de que me escucha” -. Ada le manifiesta su opinión al respecto. - “Entiendo que puedas sentirte así... Después de muchos años aquí, creo que a veces nos pasa también a nosotras... No se tiene la certeza de que sientan o perciban... Se dice que los pacientes en coma que escuchan historias basadas en sus recuerdos, recuperan la*

*consciencia más rápido que aquellos que no las escuchan y algunas personas que han superado un coma recuerdan acontecimientos ocurridos mientras duraba su inconsciencia... ¡Es un misterio, la verdad! No sé, yo creo que sí les ayuda, ¡quiero creer que sí!" - Carla asiente emocionada. Inmediatamente le propone a Ada la posibilidad de realizarle a Leo un cambio postural. Se dirigen a la habitación acompañadas del celador. Yo contemplo desde el cristal. Advierto su cara de dolor como respuesta al movimiento. Su expresión facial se ha transformado en un gesto de profundo dolor. Mucho dolor. Tienen que dolerle mucho los brazos. Ambos permanecen tremendamente inflamados; ya se ha solicitado una interconsulta al Servicio de Traumatología. Una vez acomodado, Ada y Carla colocan perfectamente las sábanas intentando disimular la gran cantidad de cables, tubos y sondas que ahora forman parte de Leo. (C.O. Su mirada perdida, su gesto de dolor y su cuerpo entumecido construyen una escena desoladora a los ojos que observamos) (DC 21 noviembre, 2014).*

En ocasiones, los estudiantes y los propios profesionales dudamos, puesto que existen cuestiones que atañen al ser humano, que son desconocidas. En una situación de coma, no hay certeza de que el paciente escuche, sienta... Esta enfermera quiere creer que sí, que además lo perciben de forma positiva. Por esta razón, invita a su padre a que interactúe con su hijo, como una forma de apoyo, de comunicación, de cercanía, de sentirse útil.

**12:00 horas:** *Su padre y su novia acceden a la unidad. Es la hora de la visita. Ojos hundidos y caras desencajadas. Tal y como nos han comentado Camila y Ada, los médicos hablaron ayer con la familia y les trasladaron la gravedad de su pronóstico. Su novia se dirige directamente a la habitación. No habla con nadie antes de hacerlo. Tiene prisa por estar con él. Le abraza. Le acaricia la cara. Le besa. Le besa mucho. Permanece largo tiempo mirándole. No le suelta la mano. La aprieta. Le habla. Mucho. A través del cristal advertimos que gestualiza. (C.O. Creo que nunca he asistido a una escena tan dolorosa como esta). Su padre habla con Ada. Declara que la familia está en estado de shock. No se creen lo que le está sucediendo. Las lágrimas asoman en sus ojos. No puede contener la emoción. Se abrazan. Después el padre pide disculpas por su debilidad. Ada sonrío y le asegura que expresar lo que uno siente es de*

valientes. Que cuente con ella. - “Tiene que salir adelante. Es joven y tiene que salir” - expresa emocionada. El médico intensivista se acerca, pasa su mano sobre el hombro del padre de Leo y le invita a entrar en la habitación. Mientras su novia continúa hablándole, el padre permanece sentado en una silla situada en una de las esquinas de la habitación y asiste la escena abstraído. Ada entra y se sienta junto al padre de Leo. Con la mirada le insta a que se acerque a su hijo. Con una voz casi imperceptible expresa que no es capaz. Ada le agarra la mano y se queda unos minutos dentro (DC 21 noviembre, 2014).

**14:00 horas:** Saben que el tiempo de la visita ha finalizado. Ambos se despiden de Leo con un beso en la frente. El padre, abatido, sale cabizbajo. Se despide de los profesionales que en ese momento se encuentran en el control. Camila y Ada se dirigen hacia él, y ya fuera de la unidad, le abrazan. Él llora sin consuelo mientras repite que es muy joven y que tiene que salir adelante. Camila le mira, sonríe, y le manifiesta que - “¡es muy joven! ¡Claro que tiene que salir! Haremos todo lo que esté en nuestra mano. Cuenta con nosotras para lo que necesites...” -. Se aprietan las manos y se despiden (DC 21 noviembre, 2014).

**14:30 horas:** Ada y Carla comprueban dentro de la habitación que los goteros caen correctamente, colocan de nuevo las sábanas y vierten una pequeña cantidad de colonia de bebé en las mismas. Antes de salir, Ada coloca su mano en el hombro de Leo y mira hacia arriba, parece estar solicitando el milagro (DC 21 noviembre, 2014).

¿La enfermera está dando falsas esperanzas? ¿Qué se puede hacer? ¿Es necesario tener y transmitir una visión realista de la limitación de la vida? Se trata del trasfondo de la biología, la carencia de advertir la dimensión humana de la existencia. Se están centrando en curar, cuando ya se tiene que pensar en otra dimensión: los cuidados paliativos y en una muerte digna. ¿Están presentes estas ideas en los profesionales de cuidados intensivos? En esta situación paliaban esta carencia con la emisión de mensajes compasivos, en el sentido negativo del término, puesto que dulcificar esta situación no parece que ayude a la familia. Se da una imagen poco realista que no facilita a la familia la confrontación de una situación de final de vida.

Los profesionales médicos entienden este acontecimiento como excepcional y, en un intento de abordarlo de la mejor forma, individualizan el horario de visitas, ampliándolas. Se trata de una forma de reconocer un derecho a estar con un familiar, pero los profesionales no se plantean cambiar el horario de visitas.

Ariadna: - *“Si el paciente es joven, como que se le deja más, la familia tiene más permisividad de pasar”* -.

Candela: - *“Si hay uno joven, también se les deja pasar algo más, ¿eh? Se les deja pasar algo más”* -.

¿Puede ser una forma de penalizar a las personas más mayores?

En muchas ocasiones, las enfermeras advierten la importancia que tiene la familia para las personas ingresadas y son ellas las que solicitan el permiso al médico para conseguir una ampliación. La cuestión es que depende del criterio de cada profesional enfermero; por lo que se trata de una actuación arbitraria.

#### **4.1.3.4. Sufrimiento en personas vulnerables**

Algunas enfermeras señalan el sufrimiento de las personas vulnerables, tal como constituyen las personas mayores enfermas, como un aspecto triste y doloroso.

Natalia: - *“Me dan mucha ternura las personas más mayores. Por el profundo respeto que les tengo, me gusta que tengan también ese trato especial...”* -.

Camila: - *“Pues te emociona, ¡a mí por lo menos! Pues la fragilidad de las personas, ¿no? Porque ves a gente en situaciones muy duras... Pero a mí me llega mucho más, a mí personalmente, el típico abuelito desprotegido... Esa gente que la ves como más frágil”* -.

Ainara: - *“Se sabe que es ley de vida, pero, aún así, no sé... Esa debilidad... En ocasiones disimulan el dolor u otros síntomas por eso de no molestar... Además, se trata de personas con mayor riesgo aquí, ya que la edad está relacionada con un mayor riesgo por las patologías asociadas... Les pesa mucho no tener a su familia cerca, muchas veces les cuesta entenderlo...”*.

La vulnerabilidad de las personas despierta en los profesionales un sentimiento dual. Por un lado, la muerte en personas mayores se entiende que es ley de vida. Por otro, esa fragilidad conmueve al profesional que intenta volcarse con la persona mayor críticamente enferma.

#### **4.1.3.5. Muerte humanizada**

Las enfermeras subrayan la importancia de tener una muerte digna y que los pacientes no mueran solos.

Hacer a los demás lo que desearíamos para uno mismo, así como evitar la soledad en el momento de la muerte, fundamentan una parte del cuidado en la UCI y las enfermeras lo abordan de la siguiente manera:

Camila: - *“Nuestro fin es sacar también al paciente, pero también tenemos que tener en cuenta de que esos pacientes puedan tener una muerte digna, ¿eh? Una muerte digna... A mí, mientras que antes sí que me molestaba, por así decirlo, tanto trasiego de las familias, porque no estábamos acostumbrados a tener tanto tiempo y tal, o que se queden por la noche y tal y esto sí que lo veo importante, ¿eh? Porque a la postre, ya te digo, van a tener paz después. En el sentido también de poder morir acompañado, no morir solo, ¿eh? ¡Que me parece muy triste! Porque dices, a mí, ¡no me gustaría! Entonces, como a mí no me gustaría, pues pienso que a los demás tampoco”* -.

Sin embargo, este enfermero expresa la falta de preparación para lidiar con la muerte:

Joen: - *“Nos enseñan a curar, pero nada relativo a morir ni a paliativos”* -.



Estos aspectos no ayudan a afrontar las vivencias en las que la muerte está presente, situación habitual en una unidad de estas características. Sorprende que los profesionales de intensivos no tengan formación en este aspecto, pues se trata de un acontecimiento al que se enfrentan casi diariamente.

A continuación, se plantean los hechos vividos en una de las jornadas en las que los profesionales tenían que gestionar y enfrentar el final de una vida. En la unidad se decide trasladar al paciente a una planta de hospitalización. Los profesionales insisten en que en la UCI “ya no se puede hacer nada”. No parece que se tenga en cuenta la necesidad de contar con los equipos de paliativos, profesionales especializados en la etapa final de vida. Se puede considerar una forma de evitación y, en definitiva, la negación de la muerte como parte de la vida. Si la solución no es un abordaje técnico, no se entiende que se espere al último momento para realizar el traslado a otra unidad del hospital, sin haber hecho una preparación previa de lo que es el final de vida.

*Ariadna, la enfermera, le habla muy cerca de su oído, puesto que el paciente posee una capacidad auditiva deficiente. Él no responde. Permanece inconsciente. Porta una mascarilla que le administra el oxígeno que necesita. Permanece con los ojos cerrados y realiza un inmenso esfuerzo para respirar. Ariadna coge un cepillo y comienza a frotarle los dientes. A continuación, pasa una torunda con agua para aclarárselos con la que recorre el paladar, la lengua, la cara interna de los carrillos y los dientes. Le seca los labios con una toalla y aplica un hidratante en los mismos, pues permanecen secos y agrietados. Valeria, la auxiliar de enfermería, aparece en este momento portando un recipiente con agua templada. El paciente continúa respirando con muchísimo esfuerzo. Ambas se disponen a realizarle el aseo y así se lo hacen saber, aunque él no dice nada. Ariadna retira la manta y la colcha con la que estaba tapado y únicamente deja la sábana cubriéndole su cuerpo inerte. Valeria adecúa la posición de la cama y con la colaboración de ambas, consiguen colocarle en decúbito supino. Ariadna humedece una de las toallas con el agua templada y se dispone a lavarle los ojos. La limpieza ocular la realiza desde el ángulo interno hacia el externo. Emplea diferentes zonas de la toalla para cada*

uno de los ojos. Valeria sujeta una de las esponjas jabonosas y comienza a impregnar el cuello, después el tórax, las axilas, los brazos y, finalmente, las manos. Mientras ella enjabona las diferentes partes del cuerpo, Ariadna aclara con otra toalla ligeramente humedecida. Tras ello, comparten una toalla, y sujetándola por cada uno de los extremos, secan cuidadosamente su piel. Continúan de la misma manera con la zona del abdomen y las extremidades inferiores. Tanto Ariadna como Valeria insisten en dejar expuesta solo la parte del cuerpo que van a lavar, volviéndola a cubrir inmediatamente después de haberla secado. Valeria enjabona la zona genital, la seca y vuelve a taparle. Me piden ayuda y le colocamos en decúbito lateral para proceder al aseo de la zona de la espalda. Se hidrata. Aprovechando la posición del paciente, enrolló la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama y ellas la sustituyen progresivamente por la limpia. Lo perfuman. Antes de salir, se despiden de él y apagan la luz. Una compañera avisa a Ariadna de que los familiares del paciente acaban de pulsar el timbre con la intención de informar de su llegada. El médico nos informa de su mal pronóstico y de la inminente llegada de sus familiares, pues les ha informado de que su estado no hace sino empeorar. Ariadna le informa de que, efectivamente, están esperando fuera de la unidad. El médico intensivista le solicita a Ariadna que gestione una cama en la planta de medicina interna, pues en la unidad ya nada se puede hacer por él. Se despiden. La enfermera se dirige al control, descuelga el teléfono con el propósito de realizar la petición al servicio solicitado. Ella me explica que cuando se produce esta situación, - “suben a planta a morir” -. Siguiendo las directrices del médico, la familia accede a la habitación y le miran con compasión. Son su hermana, su cuñado y su sobrina. Ellos explican que él no se cuidaba y que se encuentran serenos porque entienden que ha sido feliz a su manera y siempre ha hecho lo que ha querido. La enfermera les sonrío, entendiéndolo. Los familiares salen de la habitación, emocionados. Ariadna habla un rato con ellos, de nimiedades, comprensiva. Ellos deciden salir fuera y la enfermera se queda con su número de teléfono por si tiene que avisarles del traslado de su familiar a la planta del servicio solicitado, no sin antes recordarles que todo el equipo está a su disposición para cualquier cosa que necesiten (DC 22 enero, 2015).

Tal y como cuenta esta enfermera, prefieren evitar los desenlaces fatales como una forma de autoprotección:

Camila: - *“Prefiero no estar cuando fallecen, ¡uf! No sé ni cómo dirigirme al enfermo ni a su familia... ¡Es un marrón!”* -.

¿Cómo gestionan las enfermeras el afrontamiento ineficaz o la falta de preparación para sobrellevar esta situación? ¿Se trata de una situación de la que no tienen el control, pese a los sacrificios realizados? ¿Puede que las enfermeras no estén lo suficientemente preparadas a nivel emocional para enfrentar la muerte y/o lidiar con los sentimientos que emergen en este proceso?

## 4.2. TEMA II: SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO

TEMA		
II. SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO		
CATEGORÍAS		
CUIDADOS TÉCNICOS: “LO PRIMERO ES LO PRIMERO”	CUIDADO PROFESIONAL, CIENTÍFICO Y HUMANO	DIFICULTAD PARA ABORDAR EL SUFRIMIENTO
GRUPOS DE CÓDIGOS		
	Presencia	
	Comunicación	
La UMI: contexto ruidoso y hostil	Más tiempo para dedicar	Estar en el otro lado
Salvar vidas	Cuidar es anticiparse	Formación emocional: una asignatura pendiente
	Tratar bien	
	Empatía	

Figura 26. El tema **SIGNIFICADO DE LA NOCIÓN DE CUIDADO ENFERMERO** emerge de estas familias de códigos y categorías (fuente: elaboración propia)

El segundo tema, representa el significado del cuidado enfermero. Como se puede ver en el esquema, está formado por tres categorías y sus respectivas familias de códigos.

#### 4.2.1. CUIDADOS TÉCNICOS: “LO PRIMERO ES LO PRIMERO”

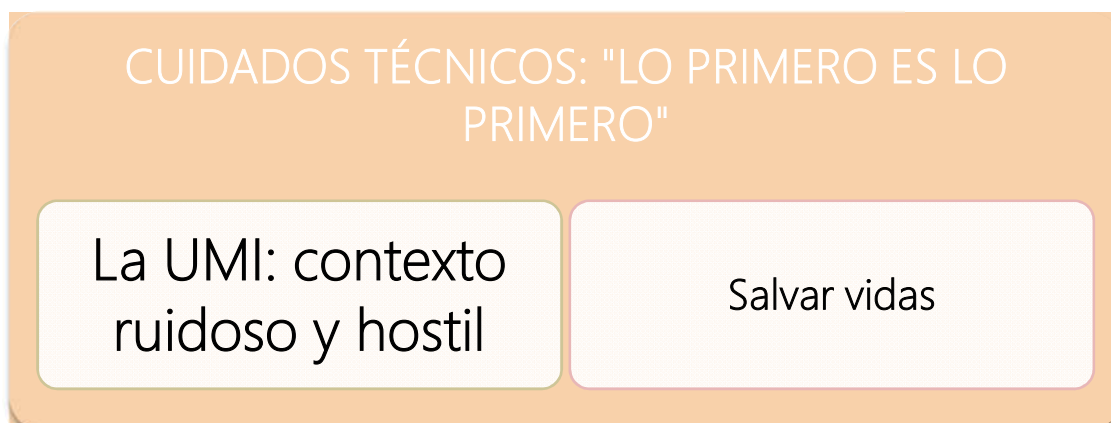


Figura 27. La categoría **CUIDADOS TÉCNICOS: “LO PRIMERO ES LO PRIMERO”** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)

En esta categoría las enfermeras manifiestan la primacía de su quehacer diario. Queda patente que, aunque la tecnología juega un papel fundamental, existe una combinación científica y humanística, en la que el cuidado también está enfocado a proporcionar a los pacientes bienestar y seguridad.

##### 4.2.1.1. La UMI: contexto ruidoso y hostil

El contexto abrumador de la UMI propiciado, entre otros, por el ruido constante, la exposición lumínica y las conversaciones del personal, influyen en que la experiencia del intensivo de los pacientes pueda ser compleja, tanto para la persona enferma, como para su familia y los propios profesionales:

Candela: - *“Yo, por ejemplo, me pongo mala que esté sonando una alarma y aunque no esté sonando la alarma, que se quede intermitente, ¿eh? Yo me pongo mala, yo enseguida voy a quitarla. ¡Es que me pongo mala! (...). Porque a mí me parece primordial, ¡primordial me parece que descansen! ¡Que descansen me parece primordial! Es que además lo he vivido. Me parece una prioridad que los pacientes descansen, por lo menos, unas horas”* -.

Ada: - *“¡Mira! Veo un gran problema en los ruidos, las alarmas. Yo creo que eso desorienta a cualquiera. Y, encima, hablamos. ¡La bomba, que pita la bomba! Tú imagínate que estás como paciente... ¡La bomba! ¡Bua! Y está tu cabeza no sé dónde, oyes la palabra bomba, ¡casi nada! Puedes pensar, ¿dónde estoy metido, no? Veo un gran problema en los estímulos sonoros y la luz. Intentas, sobre todo por la noche, respetar el ritmo de sueño. Las alarmas, ¡pues es que ahí están! Se ha intentado pues, bajar la intensidad de las alarmas. Pero, ¡claro!, tienes que tener también un cierto grado de no bajarlas a cero porque, aunque estén los monitores aquí en el centro, pues igual te vas a otro sitio y no lo ves. Hay mucho estímulo ruidoso y luminoso, ¡ya te digo! Por la noche, cada vez se intenta más bajar. Pero hay momentos, incluso hay un ingreso durante la noche, y tienes que encender la luz. (...). Y ni te cuento el panel que hay enfrente de la cama, por ejemplo, de la habitación nueve, el panel de las luces que está todo en rojo. Ellos cuando ven eso por la noche ahí reflejado piensan que están, ¡yo que sé!, poco menos que en la NASA, ven cosas rojas, ven tal. Como igual tu cabeza no está del todo ubicada, empiezas a ver esto rojo y piensan, ¿qué es eso? Te digo a nivel luminoso, ruidoso y nosotras somos muchas. Se trata de factores muy potentes en cuanto a ruido. Nosotras somos muchas y, en ocasiones, hablas, comentas e igual elevas el tono de voz. Son cositas que pueden influir negativamente en el paciente. Hay pacientes que nos lo han dicho, sobre todo, cuando se produce el cambio de turno” -.*

Se considera necesario pensar en la UMI como un entorno que ha de facilitar la estancia de las personas críticamente enfermas y sus familias y este planteamiento requiere un cambio de mentalidad en los profesionales y las instituciones. El diseño de la UMI tiene que ser modificado. Los profesionales expresan que no solo debe estar dotada de sofisticada aparatología, sino también ha de invertirse en organización, bienestar ambiental y humanización.

#### 4.2.1.2. Salvar vidas

Las enfermeras aluden al cuidado crítico como *el hecho de salvar vidas*. Entienden que esto es lo esencial; el contribuir a la recuperación de una persona en situación crítica. El control de las constantes vitales y el control de los parámetros biológicos y tecnológicos son fundamentales y constituyen la prioridad de las enfermeras en la UCI:

Ariadna: - *“De todas maneras, si te toca aquí en la UCI ya te digo que son pacientes muy críticos, muchos intubados, que no te puedes comunicar con ellos y te centras mucho en la técnica, pero es porque es así”* -.

Natalia: - *“Pues en intensivos, para mí lo prioritario, dada la situación en la que está, es su estado de salud, o sea, su cuerpo, su hemodinamia, su tal. En el momento en el que eso está bien, estable, pues pasaría a la esfera de que se sienta confortable y seguro en donde está. Porque es una situación que crea mucho estrés y mucho miedo”* -.

En la siguiente observación participante se expone una situación complicada que exige la concentración y la colaboración de todos los profesionales implicados:

**11:00 horas:** *El director médico recibe una llamada en la que se le informa de un traslado de un paciente, ingresado en otro hospital de la misma comunidad autónoma, que no dispone de unidad de críticos y cuyo estado ha empeorado dramáticamente. Únicamente sabemos que se trata de un varón de cuarenta y siete años que ingresó por presentar dolor en epigastrio y hemiabdomen derecho, acompañado de náuseas sin vómito, ni ardor ni acidez. Astrid, la enfermera, solicita a dos de sus compañeras ayuda en el caso de que hubiese que montar y conectar el hemofiltro. (...). A las 14 horas ingresa el paciente en la unidad. Rápidamente tres de las enfermeras que componen el turno se disponen a monitorizarle, extraer una analítica y una gasometría arterial y, mientras las cursan, los médicos intensivistas continúan con la exploración en la habitación. Finalmente se confirma el diagnóstico, una pancreatitis aguda grave, que incluye un fracaso multiorgánico, fracaso renal agudo, acidosis*

*metabólica severa, fracaso respiratorio y fracaso hemodinámico. La canalización de una vía subclavia, un shaldon femoral derecho y una arteria femoral mantiene a los profesionales ocupados. Los intensivistas asisten a la residente en la colocación de una de sus primeras vías centrales, una de las enfermeras tiende la mano del paciente, mientras trata de explicarle la situación. Dos auxiliares de enfermería se han ocupado de portar hasta la habitación el material necesario. La situación se está complicando, la saturación está bajando irremediablemente. El semblante de algunos rostros no logra ocultar la preocupación de las miradas. Los médicos avisan de la necesidad de intubar. Las auxiliares salen de la habitación y vuelven con más material. Silencios prolongados; de vez en cuando interrumpidos por órdenes y peticiones. El procedimiento de intubación continúa en un clima de cierta calma tensa. Una de las enfermeras asiste a la médico intensivista y a la residente durante el procedimiento (DC 19 enero, 2015).*

Las enfermeras ponen énfasis en las características de las personas enfermas. Son pacientes críticos, inestables, complejos. Subrayan el protagonismo de la tecnología como parte fundamental del mantenimiento de la vida, el cual queda expresado en las siguientes palabras:

*Ariadna: - “Pues yo, por ejemplo, lo primero que priorizo, son pacientes críticos que dependen de un hilo. Entonces priorizo la técnica, sobre todo la valoración global hemodinámica, cómo tiene la tensión, si mea... (...) Hay que estar muy atento a todas estas cosas que te estoy diciendo, la valoración hemodinámica, si lleva drogas vasoactivas. Tienes que estar a todo muy pendiente, porque es que un mínimo error y ¡buf! Son pacientes que están tan inestables...” -.*

*Natalia: - “Cuando se ha pasado el momento de estrés crítico, en el que el estado de gravedad del paciente mejora, pues es lo que te digo. Yo en el momento que un enfermo ingresa crítico, para mí, mi prioridad es que estén estables y que estén bien. Entonces, a lo mejor, peco un poco de poco cercana en ese sentido, en un primer momento. Y luego ya, cuando eso se pasa, las habilidades que tienes en tu vida personal, ¿sabes? A nivel profesional, pues igual es de las cosas que menos nos preocupamos en aprender. Porque, por ejemplo yo, que soy relativamente nueva aquí, más me he preocupado de*



*aprender técnicas y manejo del paciente, de cuidados, de tal y menos, pero bueno, ¡el trato creo que lo llevas!” -.*

En las conversaciones es frecuente escuchar las frases *lo primero es lo primero y te tienes que centrar en lo que te tienes que centrar*. Las enfermeras insisten en que es necesario estar muy concentrado, porque existen muchos elementos que controlar y todos al mismo tiempo. Se requiere mucha minuciosidad, puesto que un despiste puede tener consecuencias muy graves.

Ariadna: - *“Me ha pasado muchas veces, de esto que llega un paciente muy crítico y estás súper pendiente de lo que tienes que estar, pero bueno, ya cuando estás luego más relajada, pues ya te centras un poco más en lo otro. Pero, ¡lo primero es lo primero! Son pacientes críticos y te tienes que centrar en lo que te tienes que centrar. En no meter la pata en medicaciones... En hacer las técnicas bien... Todo rápido...” -.*

Natalia: - *“Pues en intensivos, para mí lo prioritario, dada la situación en la que está, es su estado de salud, o sea su cuerpo, su hemodinamia, su tal. En el momento en el que eso está bien, estable, pues pasaría a la esfera de que se sienta confortable y seguro en donde está. Porque es una situación que crea mucho estrés y mucho miedo para cualquier persona. (...). Reconozco que mi prioridad fundamental es su estabilidad a nivel hemodinámico y que su situación de salud esté bien. Luego, por supuesto, la sensibilidad que me despierta cualquier persona enferma y, sobre todo aquí, cuando están tan graves. Pues el que se encuentre lo más confortable, lo más acompañado y entendido posible, ¿sabes? A ver, los que son conscientes, los que están dormiditos, los pobres, pues bueno, también, ¿no? Es una unidad muy técnica, el enfermo está muy crítico y yo personalmente reconozco que para mí lo principal es su estabilidad hemodinámica en un primer tiempo. Luego ya viene todo lo demás, pero así de entrada es que esté estable, mantenerlo en condiciones óptimas, ¿sabes? O sea que hemodinámicamente esté bien. Y ya cuando eso lo tengo más o menos solucionado, pues pasamos a la otra parte” -.*

Joen: - *“Yo creo que sí, que muchas veces se tiende a centrar en la técnica, a veces es inevitable. Pero otras tienes que pensar y acordarte de que lo*

*que tienes ahí es un paciente, no un respirador que pita o alarmas que suenan” -*

*Camila: - “Lógicamente si hay que priorizar, lo primero es el cuerpo y la enfermedad, el proceso orgánico, pero está justo en el centro de todo lo demás, ¿eh? Sería, por así decirlo, como un círculo en el que el centro sería el componente físico, su patología de base, pero que está rodeado de, tanto el componente psicológico, como el componente familiar. Y en ese sentido yo creo que hay tratar todo el conjunto” -.*

Queda patente que la tecnología juega un papel fundamental en la atención al paciente crítico:

*Paula: - “Entiendo que es verdad que probablemente el aparataje dificulte pues esa comunicación pues, ¡mira!, te diría que inicialmente. Inicialmente, cuando tu tiempo en intensivos o tu experiencia en intensivos es tan pequeña que tienes que ocuparte y estar atenta a muchísimas cosas, muchísimas alarmas, muchísimos aparatos que no controlas, probablemente gran parte de tu atención vaya dirigido más a eso que al paciente. Pero una vez que eso lo tienes superado, que tienes cierto dominio de la situación, de los aparatos y de las alarmas, que ya no requieren tanta atención tuya, porque lo tienes como interiorizado, desde luego, el foco de tu atención es el paciente y la familia, que es muy importante, ¿no? Es verdad que, en alguna ocasión, te lo he comentado y lo comento siempre a las alumnas. Cuando yo empecé en intensivos y descubrí al meterme en una habitación que no podía dirigirme al paciente porque no me sabía su nombre, aquello fue muy significativo para mí y digo, bueno, esto no puede volver a ocurrir, ¿de acuerdo? Pero eso fue en aquel momento, en aquel inicio estaba desbordada por otros muchísimos estímulos. Yo creo que eso luego cambia radicalmente, radicalmente. En cada unidad de intensivos también puede ser diferente pero yo, cuando llegué aquí, vi que a esa faceta del cuidado y del acercamiento al paciente se daba muchísimo valor y muchísimo peso. Yo creo que así lo viví yo y está presente, yo creo, que en cada momento en que nos acercamos” -.*

A través de los siguientes extractos del diario de campo, se puede comprender cómo se realiza un ingreso en la UCI, momento de máxima tensión en el que las enfermeras están concentradas en las indicaciones de los compañeros de quirófano, en la monitorización, la activación de la medicación y la revisión de sondas y vías.

**10:00 horas:** *Me dirijo con Ada y Nerea a la habitación a la que trasladan al ingreso. El paciente procede de quirófano. La enfermera anestésista relata a las enfermeras intensivistas qué tipo de anestesia y drogas le han administrado, además de bajo el efecto de qué medicamentos se encuentra en el momento. Las enfermeras de UCI comienzan a monitorizar al paciente y a colocar los goteros, los drenajes y las sondas en la posición adecuada en colaboración con la auxiliar de enfermería y el celador de la unidad. El paciente, que porta una mascarilla de oxígeno, pregunta qué es lo que ha sucedido y si le han extirpado “todo” con gesto angustiado y confuso. - “Por favor, ¿me han quitado todo? ¿Todo?” -. Las dos enfermeras se quedan mirándose pero ninguna sabe qué contestar (las enfermeras de quirófano ya se han ido) y ellas todavía no han tenido tiempo de revisar la historia clínica. - “Tranquilo Javier, tranquilo. Ahora tienes que estar tranquilo” -. Él continúa preguntando. En el momento en el que todo está listo, la auxiliar de enfermería sale de la estancia con el propósito de avisar a sus familiares de que pueden pasar a verle, explicándoles a su vez las normas de la unidad: horarios de visitas, número de visitantes, etcétera. Observo que su madre y su hermana entran y en cuanto puede verlas repite las mismas preguntas. - “¿Qué me han quitado? ¿Me han quitado todo?” -. Y ellas le dicen que sí, que el médico les ha dicho que ha ido todo muy bien, que esté tranquilo y que ahora lo que necesita es descansar. Permanecen unos minutos con él y se van. Podrán volver a las doce de la mañana, o sea, dentro de media hora más o menos, una vez haya comenzado el horario de visita (DC 12 noviembre, 2014).*

Se puede pensar que sería conveniente conocer los aspectos más relevantes de la cirugía para poder contestar las primeras preguntas del paciente, que seguramente estarán relacionadas con la intervención, como se aprecia en este relato.

**8:35 horas:** *Se produce el primer ingreso en la unidad. Se trata de un varón de cincuenta y tres años que ingresa procedente del quirófano de cirugía torácica. El paciente es trasladado a la habitación número catorce acompañado de dos cirujanos, una enfermera de quirófano y dos estudiantes de enfermería. Dos enfermeras de la UMI, en este caso Natalia y Laura, entran en la habitación, previamente preparada ante la notificación de ingreso, para colocar al paciente en la cama e identificar y jerarquizar las necesidades del mismo. Tal y como me explica Laura, el manejo del paciente en este punto del ingreso se considera una continuación de los cuidados previamente recibidos por el equipo de anestesia en el quirófano. Mientras los cirujanos conversan con el médico intensivista fuera de la estancia, la enfermera de quirófano continúa en la habitación informando a las dos enfermeras de la UMI sobre el procedimiento realizado, la medicación administrada y las incidencias que han surgido durante la intervención. La enfermera de quirófano explica que ésta última constituye la segunda intervención quirúrgica en un lapso de dos días. Tras producirse una pérdida hemática importante, no había otra posibilidad sino reintervenir. Alfonso, el paciente, permanece inconsciente e intubado. Natalia y Laura se disponen a conectar el respirador y a monitorizarlo. A continuación, reinstauran las perfusiones de las que habían prescindido a la hora de realizar el traslado y rápidamente se realiza la primera toma de constantes. Se revisan las vías, la permeabilidad de la sonda vesical y el drenaje denominado pleur-evac, el cual promueve la reexpansión pulmonar y la detección postoperatoria de posibles sangrados o fugas aéreas pulmonares. Alfonso está recibiendo ventilación mecánica, así que, tal y como declara Laura, es conveniente monitorizar los parámetros ventilatorios y efectuar una gasometría arterial para valorar la situación actual del paciente. Mientras Laura se responsabiliza de ejecutar la extracción de la gasometría arterial y organizar las órdenes de tratamiento prescritas, me dirijo con Natalia quien confirma el ingreso en el programa informático (DC 14 enero, 2015).*

Una elevada incorporación de importantes avances tecnológicos, así como la complejidad que caracteriza a este tipo de pacientes, ha favorecido una elevada tecnificación del cuidado, suscitando una visión reduccionista de la persona enferma. La importancia de la instrumentalización queda patente. Sin

embargo, las enfermeras nunca se han olvidado del resto de las dimensiones de la persona enferma.

Sin embargo, aunque la teoría es evidente, ¿cómo se da en la práctica? ¿Se da por medio de tener buenas intenciones, cariño y confort? ¿Qué relación existe entre la teoría enfermera sobre el cuidado y su aplicación en la práctica de cuidados intensivos?

#### 4.2.2. CUIDADO PROFESIONAL, CIENTÍFICO Y HUMANO

Esta categoría describe la inclinación de los profesionales por un cuidado humano, científico, individualizado y honesto basado en el entendimiento, el confort y la intimidad.

Esta categoría viene dada por estas familias de códigos, que son:



Figura 28. La categoría **CUIDADO PROFESIONAL, CIENTÍFICO Y HUMANO** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)

#### 4.2.2.1. Presencia

Representa la importancia de la presencia de la enfermera, el estar ahí, cerca del paciente.

Ariadna: - *“Aunque parezca que no necesita nada, igual sí que tengo que entrar más a menudo, simplemente para tranquilizar y que me vean. Muchas veces no lo haces porque están bien”* -.

Candela: - *“Y además es que sería capaz de estar. Si tienen miedo, de estar toda la noche sino llevo a más enfermos, estar sentada en un sofá a su lado”* -.

Ada: - *“La propia estructura de la UCI facilita la presencia. Está acristalada, se ve el movimiento continuo. Igual no estás dentro todo el rato pero, en cualquier momento, llaman y estás. Esto yo creo que también puede ayudar, llama y ya ves tú, tardas nada, puedes estar ahí un rato... Hablando, pues lento, con tranquilidad, con atención...”* -.

Aunque la UCI puede entenderse como un lugar hostil, las enfermeras defienden que se trata de una unidad en la que los profesionales poseen una presencia continua y este aspecto resulta tranquilizador para las personas ingresadas:

Ariadna: - *“Es que no es solamente la técnica, es que también parte de tu trabajo es, a esa persona que está asustada, intentar tranquilizarla, aunque sea simplemente dándole información o estando. ¡Es que es parte de tu trabajo también!”* -.

Candela: - *“Yo lo único que estando aquí, todo lo del mundo, ¡vamos! Soy capaz de si no tengo trabajo y me necesitan estar hablando con el enfermo, ¡o lo que sea! (...). Yo lo único que si hablan, pues dejar hablar. Y si no hablan, pues acompañar sin más, es que, ¿qué puedes hacer? Yo no sé otra teoría, ¿eh? Es lo que sé hacer. Sí, escuchar y acompañar. Hay veces que ellos lloran y no hablan, pues yo tampoco hablo. Estoy un ratito. Les dejamos un ratito en la habitación. Y yo me voy.”* -.

Camila: - *“Para que te sientan que estás cerca. Y luego también está acristalado, ven movimiento, aunque igual no estés dentro ven que te estás moviendo, que en cualquier momento que llamas estás, eso también les puede ayudar y nos llaman y, ¡ya ves tú!, no tardas nada...”* -.

Los cristales que separan las habitaciones del control de enfermería, ubicado justo enfrente, dan una sensación de tranquilidad a la persona enferma. A través de los mismos, se puede observar el trasiego de profesionales que se traduce en la certeza de una respuesta de actuación inmediata en el pensamiento del enfermo, en el caso de que fuese necesaria.

#### **4.2.2.2. Comunicación**

Los pacientes de UCI suelen estar en unas condiciones que dificultan la comunicación verbal. Las enfermeras tienen que buscar la manera de relacionarse y saber qué necesita la persona.

En este extracto del diario de campo, se muestra cómo la enfermera se comunica con un paciente intubado, pero consciente. La enfermera y el paciente han acordado que la respuesta afirmativa se traduce en guiñar un ojo. Se trata de acciones sencillas que facilitan el entendimiento entre ambos:

*Mientras Adriana le transmite que la visita de sus familiares está muy próxima, le propone lo siguiente: - “¿Tienes dolor?” -. Eric continúa intubado. - “Si es así, debes guiñar un ojo, ¿vale? ¿Te parece bien? Tal y como hicimos ayer. ¿Te acuerdas?” -. Inmediatamente después, el joven guiña el ojo derecho. Ambos utilizan este método para comunicarse. La enfermera le tranquiliza diciéndole que va a ponerle algo para que éste desaparezca y se sienta más comfortable. (...). Inmediatamente después de conectar la medicación, ella se dirigía a él para recordarle que era la hora en la que debían realizarle un nuevo cambio postural (más tarde me explicaría que el motivo de los cambios posturales estaba relacionado con la aparición de una pequeña úlcera en el sacro). No es difícil interpretar el rechazo que le provoca el cambio posicional. No le gusta. Frunce el ceño. Se agita. La respiración se entrecorta y disminuye el*

valor de la saturación. Se recupera enseguida, de forma espontánea. No obstante, Adriana no ha parado de enviar mensajes de tranquilidad al joven. - “Tienes que estar tranquilo, Eric” -. Y realiza una pequeña pausa. - “Muy bien, lo estás haciendo muy bien” -, susurra mientras le acaricia la frente y le coge de la mano. Minutos más tarde, cuando ambas nos encontramos fuera de la habitación, me atrevo a preguntarle a Adriana el motivo de que coja la mano de su paciente, - “es una forma de sentirme más cerca de él” - me responde (DC 28 octubre, 2014).

Cuando a esta misma enfermera se le cuestiona la dificultad e, incluso, la inexistencia de comunicación humana en la UCI por las propias características de los pacientes, ella responde rotundamente de la siguiente manera:

Paula: - “Pues es que yo no estoy de acuerdo en que la comunicación humana no sea posible, o sea, yo me comunico con el paciente en todo momento; aunque el paciente esté en situación de sedación o en situación de coma, yo me comunico con él. O sea no me refiero solamente a hablarle, que también lo hacemos, o sea el no tener certeza o conocimiento exacto de qué grado de audición tiene o percepciones de lo que recibe tiene, hace que nos acerquemos utilizando esas formas de comunicación, de saludo o de informar de lo que vamos a hacer, a pesar de que el paciente esté sedado. Pero es que cada vez que yo entro a una habitación a hacer algo con él, ¡lo estoy haciendo desde el punto de vista humano y personal! Aparte de profesional, o sea, ¡no estoy trabajando con una máquina!, o con un objeto que está encima de la cama. Sigue siendo una persona y mi acercamiento a él siempre va a ser desde ese punto de vista; si yo puedo minimizar el dolor, si puedo minimizar el riesgo, si puedo minimizar las molestias que le pueda ocasionar con mi intervención, lo voy a intentar... Y para mí eso es comunicarme también con él. Eso en el momento en que teóricamente tiene abolidos su sensorial, su aparato sensorial teóricamente, y mucho menos ya cuando no lo tiene abolido” -.

Algunas de las causas que dificultan la relación con la persona enferma constituyen el estado de inconsciencia, el nivel de sedación, el dolor y/o el compromiso vital. La existencia de estas dificultades impulsa a la enfermera a priorizar el confort, la compañía y a volcarse con la familia.



Ainara: - *“Yo creo que depende, que cuando la persona está inconsciente, desde luego no le dedicas el más mínimo a eso. Pero, ¡vamos!, también en esos casos no al paciente pero, ¡sí a su familia!, o a sus acompañantes también se les presta bastante atención. Y yo pienso que está más humanizado que en las plantas. ¡Sí! Porque yo he trabajado en los dos sitios y, desde luego, no tiene nada que ver. En las planta vas, que es que no tienes tiempo de respirar, y... ¡Vamos!, puedes ser más simpática o menos simpática, pero al final tienes que terminar a tu hora, y antes de que venga el médico no sé qué y...”* -.

Joen: - *“Sí. Pues, ¡bua! En esos momentos, que realmente no puedes hablar o que está sedado, pues realmente tampoco tiendes a comunicarte mucho. Profesionalmente sí que le sueles decir al paciente lo que le vas a hacer, aunque creas que te oye o no te oye: ¡Le vamos a asear! ¡Le vamos hacer esto! Puede que te oiga o puede que no. Pues el contacto físico, el que en un momento le apoyes una mano un rato, le cojas de la mano, le acaricies el pelo un poquillo... Pues bueno, a veces no sabes si realmente notan, no notan, a veces está intubado y sí que lo nota, ¡claro! Sí que te puedes comunicar, aunque verbalmente no. Y también eso dependerá de cada enfermera. Yo soy una persona más bien tímida, entonces, en general, no hablo mucho, ¡ni así, ni asao! Pero bueno, sí que tiendes a darles un poco de apoyo”* -.

Ada: - *“Si al paciente lo tenemos en un grado de pseudoalgesia importante, pues yo le doy mucha importancia al confort. No es lo mismo echarlo ahí en una cama y decir bueno pues, ¿qué haces? Pues bueno, sabes que está dormido, que según las constantes todo está controlado, pero intentas algo más; pues, el confort importante y el estar cuando incluso, cuando él está dormido, la importancia de que sienta que hay alguien cerca, ¿no? Cuando le vas a hacer algo, una técnica, pues, a pesar de todo, saludarlo cuando entras, aunque esté dormido. A veces también nos olvidamos pues que él puede también, ya solamente a veces aunque sea el sentir a alguien que le está haciendo una cama o que le está haciendo las cosas... Pues yo creo eso, que algo le estás transmitiendo ¿no? Sobre todo la cercanía”* -.

A continuación, se exponen varios extractos que reflejan cómo las enfermeras valoran y abordan la comunicación con los pacientes conscientes e intubados e inconscientes:

Ariadna: - *“Si el paciente está consciente, priorizo también mucho lo de la tranquilidad, me parece importante tranquilizar”* -.

Candela: - *“La verdad es que aquí nos han dado muchas veces las gracias, ¿eh? Enfermos que se han ido, del trato. Yo estando aquí, ¡todo lo del mundo! ¡Vamos! Soy capaz de si no tengo trabajo y me necesitan estar hablando con el enfermo, ¡o lo que sea! (...). Entonces en los que están conscientes, me parece primordial hablar con ellos, porque siempre se relajan más y cosas así”* -.

Natalia: - *“A mí me sensibilizan mucho los pacientes que están conscientes e intubados, que no se pueden comunicar ¡Yo les hablo mucho! Yo les hablo mucho porque yo he tenido la experiencia de estar intubada”* -.

Resulta difícil y complejo trabajar con alguien que está sufriendo:

Paula: - *“Pues sí, cuesta, quiero decir que por mucho que te formes, enfrentarte a alguien que acaba de o perder o tener un evento tan agresivo en su vida es muy difícil, ¿no? Y resulta difícil siempre, o sea aceptar el sufrimiento del otro es tremendamente difícil. Pero, desde luego, hay que considerarlo. Yo siempre lo digo también, trabajamos con las personas en el peor momento de su vida, ¡así de claro! O en los peores momentos de su vida. Si no hacemos caso u omitimos que están sufriendo tremendamente, pues todavía haríamos mucho más compleja y más difícil la situación. No te digo que seamos eficaces en la resolución de sus problemas, pero desde luego, el hecho solamente de atender, pues esa situación emocional, como buenamente podamos, creo que ya es importante y yo creo que lo hacemos, yo creo que lo hacemos, mejor o peor pero lo consideramos”* -.

Para enfrentar estas situaciones, las enfermeras apuestan por la escucha activa:

Camila: - *“Escucho lo que él tiene que decirme, no le interrumpo, no hago juicios de valor. Realizo un esfuerzo por dejar que se exprese y entenderle, desde su posición de persona críticamente enferma. Intento tender ese puente para que él pueda exponer lo que le preocupa”* -.

Paula: - *“Yo, desde luego, como estrategia utilizo la escucha activa y, en muchos casos, el dejar que se expresen libremente, que utilicen mi presencia para verbalizar cuestiones que necesitan verbalizar. Lo utilizo con frecuencia y creo que funciona, ¿eh? Y muchas veces el hacer reflejo de esas emociones, es decir, escucho lo que ellos me cuentan y se las devuelvo como haciéndoles entender que estoy recibiendo lo que me cuentan, estoy escuchando lo que me cuentan y se lo hago saber, ¿no?”* -.

En esta situación vital tan compleja, las enfermeras valoran el decir las cosas de la mejor manera posible y no engañar, algo presente en el trabajo cotidiano:

Ariadna: - *“Pues como a mí me gustaría que me dijiesen la verdad, tienes que intentar decir las cosas de la mejor manera posible. Sin ser una grosera, ni mentir, ni ser catastrofista, básicamente. Yo intento siempre decir la verdad, no puedes crear falsas esperanzas a toda una familia”* -.

Candela: - *“Les tienes que decir que tienen que pasar días, que tienen que ver cómo va evolucionando, que no se sabe cómo va a evolucionar. Si están graves, yo tampoco se lo pongo bien. Porque ya tienes muchas experiencia, ¿no?”* -.

Paula: - *“Nunca mentir... A veces se tiende a dulcificar la verdad por una cuestión de humanidad, vamos a decir... Pero siempre resulta contraproducente, hay que enfrentarse a las diversas situaciones que se generan... Ir de frente, con respeto y empatía...”* -.

### 4.2.2.3. Más tiempo para dedicar

***“Para curar hay que conocer la enfermedad, para cuidar hay que conocer la persona”***

(E. Nájera)

Como consecuencia de los ratios enfermera-paciente de la UCI, el conocimiento exhaustivo de la persona enferma es un hecho, lo cual permite un mejor control sobre la situación del paciente.

Ainara: - *“Trabajar en UCI significa que puedes cuidar a pacientes que son más complicados, pero además de que son más complicados, tienes más tiempo para poderles cuidar. (...). En planta te quedas con la sensación de que no has hecho las cosas bien. Y aquí, ¡hombre!, puede haber días que no, pero normalmente te permite”* -.

Natalia: - *“¡Claro! Depende lógicamente de los días. Hay días que materialmente no tienes tiempo pero, en general, llevas poco número de pacientes y te puedes dedicar, y si no estás más con ellos es porque, a lo mejor, a veces, ¡no quieres! Pero a ver, se puede atender e intentar cuidar un poco esa acera de lo emocional. Cuando el paciente está consciente, me refiero. Aunque yo también, que soy un loro, les hablo mucho cuando en principio están o sedados o en coma, ¿no? Pero, ¡vamos!, yo creo que no se descuida aquí para nada. Siempre hay decepciones y momentos en los que estás sobrecargado de trabajo, pero por regla general, la verdad que no”* -.

La realidad que exponen estas enfermeras demuestra que el ratio enfermera-paciente de esta UCI permite considerar a las personas atendiendo a todas sus dimensiones:

**8:00 horas:** *Entro en la UMI. Los médicos intensivistas se encuentran en la sesión clínica. Hoy también han acudido algunas enfermeras. El resto, preparan la medicación y los elementos necesarios para comenzar con las*

extracciones analíticas. Me acerco a la zona reservada para el trabajo de enfermería y las saludo. Me informan de los últimos ingresos que se han producido y Sara, que sostiene una batea con su mano derecha, me informa de que se dirige a la habitación número cuarenta. Sara me explica que aquí permanece Valentina, una mujer de ochenta y dos años que ha ingresado durante la noche procedente del Servicio de Urgencias. Los médicos intensivistas sospechan de una colecistopancreatitis. Sara se dirige a su habitación con la intención de efectuar el control analítico. Me dirijo también a la habitación. - “Buenos días Valentina. ¿Qué tal se encuentra? Soy la enfermera, me llamo Sara y voy a sacarle sangre, ¿de acuerdo?” -. Sara se acerca a la mesa, espacio en el que ha colocado la batea con el material necesario para la extracción. - “Le explico. Voy a sacarle sangre. No le voy a hacer daño. No le voy a pinchar; solamente voy a utilizar este catéter que tiene en el brazo, ¿lo ve? A través de este espacio - continúa explicando mientras le señala la llave de tres pasos - voy a introducir una jeringa. No va a notar absolutamente nada. Vamos a ello” -. - “Está bien” - responde ella. - “Vosotras tenéis que hacer vuestro trabajo” -. Y sonrío. Valentina es una mujer muy amable. Sara coloca la jeringa en el catéter y desecha los primeros 5 cc de sangre extraída. A continuación, coloca el sistema de vacutainer a través del cual conecta los tubos sucesivamente. Para finalizar, una vez extraída la sangre, lava el catéter con dos milímetros de suero fisiológico y conecta un tapón estéril en la llave de tres pasos. - “Ya he acabado. ¿Has notado algo?” -. Valentina niega con la cabeza. Sara la mira con ternura y le da un pellizquito en el carrillo. Valentina sonrío. Es tremendamente agradecida. Entonces, ella deposita los tubos en la batea y le explica a la paciente que vamos a salir de la habitación para tramitar la petición de la analítica. Ella asiente y nos da las gracias. Sara se dirige al control con el propósito de tramitarla (DC 3 febrero, 2015).

**11:00 horas:** Valentina llama varias veces porque refiere sentirse sola, Sara le pregunta por una baraja que hay en la mesilla y ambas se disponen a jugar al chinchón. Valentina describe su entusiasmo, pues es muy aficionada a este juego (DC 3 febrero, 2015).

El ratio enfermera-paciente de la UMI, aunque variable, brinda la oportunidad de trabajar sin prisa, pudiendo incluso dedicar un rato a jugar a las cartas con la paciente. Además, permite el conocimiento exhaustivo de la persona enferma y, por lo tanto, un enorme control sobre la situación de la misma. De esta forma, las enfermeras confirman que consideran otros aspectos de la persona los cuales, en otros servicios, podrían pasar desapercibidos.

Ainara: - *“Sí, yo creo que el lado humano se tiene en cuenta más que en cualquier otro sitio, ¿eh? Tienes más tiempo para poderles cuidar”* -.

Natalia: - *“Depende de los días, pero también tienes muchísimo tiempo para dedicarle”* -.

Paula: - *“Me permite dedicarme plenamente al enfermo, a los dos o a los tres enfermos que llevo, porque el trabajo en intensivos va dirigido a ese número limitado de pacientes y eso te permite abarcar mucho, conocer mucho y desarrollar pues en toda su amplitud el trabajo enfermero (...) Pues creo que es el sitio donde mejor cuidados están los pacientes, ¡así de claro!; pero no porque el personal de intensivos sea especialmente óptimo para hacer cuidados de enfermería, sino porque el ratio de profesionales por paciente permite dedicar mucho más tiempo y estar mucho más pendiente de cosas que en otros servicios sería absolutamente imposible contemplar; entonces, por eso te digo que yo creo que cuando una enfermera se dedica a un paciente o dos, en algunas ocasiones a uno solo y en algunas ocasiones dos enfermeras con un paciente, eso te permite dedicarte y ocuparte de todos los aspectos que en ese momento necesitan cuidados. Pues lo que vengo diciendo, yo conozco a la persona que está encima de la cama desde los pelos hasta la punta del pie, conozco dónde tiene hasta los lunares, ¿no? Y eso me permite trabajar con una seguridad que difícil, ¡vamos imposible!, conseguiría en otro sitio.”* -.

A continuación se reproduce una escena en la que se refleja una mayor disponibilidad por parte de los profesionales, que es posible por los ratios existentes:

*Aria ingresó en la UMI con un diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica en una paciente con síndrome de Guillain Barré. Ella*

*ingresó en una unidad diferente por estar disfrutando de unos días de vacaciones e inesperadamente experimentar una debilidad que se extendía por todo su cuerpo. Tras cincuenta días en aquel hospital, y cuando su situación clínica fue más o menos estable, los médicos intensivistas decidieron que continuara su tratamiento en la UMI en la que me encuentro realizando el trabajo de campo (DC 27 enero, 2015).*

**11:00 horas:** *Paula declara que, aunque sabe que la fisioterapeuta va a venir sobre las once para realizar los ejercicios rutinarios, debe moverle las piernas, y aprovecha que Dafne le está peinando para hacerlo, con el propósito de que no queden entumecidas. Aria quiere transmitirnos algo. Los profesionales que la asisten en ese momento prestan atención a sus labios. - “Quiero descansar... Agotada” -. Paula la tranquiliza manifestándole que mientras se recupera, ella va a recoger aquello que han utilizado para el aseo y vuelve enseguida. Después de tres minutos aproximadamente, Paula vuelve a la habitación, ordena algunas cosas y comienza a movilizar las piernas de la paciente. Comienza contando: - “Uno, dos, tres, cuatro,...” – mientras realiza movilizaciones pasivas de ambas extremidades inferiores, primero de la izquierda, a continuación de la derecha, - “cinco, seis, siete, ocho, nueve y...” cuenta Paula. Aria realiza un ligero movimiento con la mano derecha, implorando a la enfermera que se detenga. Ella está atenta en todo momento de las indicaciones de Aria. Pero no se detiene. - “¡Ánimo! Tú puedes. Las dos lo sabemos. Esto es lo mismo que ocurre cuando estás en el gimnasio haciendo abdominales y tú crees que ya no puedes más y el profesor te anima para que continúes, y sigues con otra y otra... Y al final te das cuenta de que puedes hacerlo. Somos más fuertes de lo que pensamos, ¿no crees? Y diez... ¡Estupendo! ¡Lo has conseguido!” – la arropa y le hace una caricia en la cara. Aria lleva muy poco tiempo siendo levantada al sofá, hasta hace muy poco había permanecido en la cama por su delicada situación. Aria sonríe. - “Merecidísimo descanso. ¿Quieres levantarte ahora o más tarde?” -. - “Más tarde, por favor”-. - “Entonces venimos en un ratito y te pasamos al sofá, ¿vale?” -. Ella asiente con la cabeza (DC 27 enero, 2015).*

Las enfermeras insisten en que se crean vínculos estrechos con los pacientes, pues generalmente comparten muchas horas, días e incluso meses:

Ariadna: - *“Cuando llevan más tiempo aquí, creas lazos. Confianza también y te cuentan muchas cosas personales, de su vida. E incluso tú a ellos a veces también. Les coges cariño, se crean vínculos”* -.

#### **4.2.2.4. Cuidar es anticiparse**

Las enfermeras contemplan como prioridad el adelantarse a las necesidades que posea la persona enferma como una forma de protección:

Ariadna: - *“Están como nerviosos, porque simplemente entrar y presentarte y decir quién eres y lo que le vas a hacer. Muchos se piensan que lo que les ha pasado es lo peor del mundo e intentas desdramatizar la situación”* -.

Ainara: - *“Una de las palabras que define el cuidado en la UCI es preventivo, pero no preventivo como... No es ya prevenir, sino... ¡Anticipado! Eso es, ¡anticipado!”* -.

Camila: - *“Y en los pacientes que están intubados son, por así decirlo, los más desprotegidos, porque no pueden, no pueden pedir ni pueden solicitar nada. Entonces tú, lo que estás haciendo es adelantarte a esas necesidades que piensas que pudieran tener”* -.

La iniciativa de anticiparse a las necesidades de los familiares y/o acompañantes también constituye una prioridad para los profesionales de la unidad. Así se recoge en las siguientes líneas:

*Una vez monitorizado, y cuando la situación clínica está controlada, la auxiliar de enfermería se acerca a la sala de espera e insta a los familiares a que entren para que puedan permanecer con él tras la intervención quirúrgica (aún no son las 12:00, por lo que la unidad está cerrada para los familiares). Antes de que puedan verle, se les explican las normas de la unidad para garantizar el buen funcionamiento de la misma (DC 10 enero, 2015).*



La integración de la figura del psicólogo como miembro del equipo multidisciplinar de la UCI se contempla, pero no se utiliza, tal y como explican las siguientes enfermeras:

*Ariadna: - “Aquí en la UCI no se ha utilizado nunca y mira que se podría haber utilizado porque mira que tenemos dramones. Sé que hay un psiconcólogo para el tema de oncología, para enfermos y familiares. Pero aquí en la UCI la verdad es que no, no lo hemos utilizado nunca, tiran mucho de cura todavía, del sacerdote, ¡sí! Es como el psicólogo, pero no” -.*

*Paula: - “No sería descabellado contar con la ayuda de un psicólogo. No sé cómo estarán en otros intensivos. Igual sí que cuentan con este recurso. ¡Hombre! Se puede disponer, pero eso quedaría fuera de enfermería. Eso queda a cargo de los médicos. Sería solicitar un parte de interconsulta a un profesional que específicamente maneje. Y este recurso existe y se utiliza, pero es verdad que no estamos hablando de situaciones tan límites. Estamos hablando de que casi el 100% de familiares y enfermos que entran aquí, se podrían beneficiar de un apoyo psicológico. Y que en este 100% de los casos, se utiliza el apoyo psicológico, pues el que les damos el personal de aquí, no alguien ajeno. Con lo cual no estaría de más que efectivamente tuviéramos asociado el recurso de un psicólogo como también tenemos un trabajador social o un fisioterapeuta” -.*

Llama la atención que no se utilice la figura del psicólogo, a pesar de mencionar las dificultades que tienen para afrontar determinadas situaciones con la persona enferma y su familia, e incluso entre ellos, los profesionales.

Por otro lado, los relatos de mi diario de campo muestran la importancia que para los profesionales tiene la preservación de la intimidad de la persona enferma. He podido comprobar que se trata de una especie de insignia común a todos los trabajadores de la unidad; se trata de algo inherente a todos ellos, no hay otra forma de hacerlo. En este caso, la intimidad se entiende como la protección ejercida sobre la exposición corporal que, tratándose de un contexto como constituye la UMI en el que la inmediatez de las actuaciones de emergencia es habitual, podría quedar justificada.

**10:00 horas:** *Los estores de la habitación están completamente bajados. Mía, la enfermera, insiste en el secado de los pliegues corporales. Se continúa con la zona del abdomen y de las extremidades inferiores, insistiendo en las zonas situadas entre los dedos de los pies. (Una de las cuestiones que me han llamado tremendamente la atención consiste en la extremada responsabilidad con la que los profesionales de enfermería preservan la intimidad de cada uno de los pacientes en la UMI). Continuando con la exposición del aseo, aspecto que ha desembocado en la anterior reflexión sobre la intimidad, Mía y Daniela, la auxiliar de enfermería, procuran dejar expuesta solo la parte del cuerpo que van a lavar o enjabonar, volviéndola a tapar inmediatamente después del lavado y posterior secado. Daniela enjabona la zona genital. La seca e inmediatamente vuelve a taparle. A continuación, el celador nos ayuda a colocar al paciente en decúbito lateral para proceder al aseo de la zona de la espalda. Se repite el mismo proceso. Mía se dispone a aplicar una cantidad moderada de Corpitol sobre la misma, así como en la posterior de las extremidades. Es entonces cuando, aprovechando la posición del paciente, se enrolla la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama y son Mía y Daniela quienes la van sustituyendo progresivamente por la limpia. Terminan de hacer la cama con ropa limpia, Mía le peina con dulzura, se le perfuma y perfuman también el ambiente con una colonia fresca (DC 16 febrero, 2015).*

#### **4.2.2.5. Tratar bien**

***“...nacemos humanos, pero eso no basta: tenemos que también que llegar a serlo”***

Fernando Savater

Tratar bien al paciente genera un sentimiento de bienestar y serenidad, tanto a la persona enferma y a su familia, fundamental sobre todo, cuando el desenlace es negativo.

Candela: - *“Bueno, ¡todo es importante!, según como esté. Si el enfermo está consciente es muy importante, psicológicamente y todo. Y si no está consciente, pues son los medios que tú tienes para tratarle. Pues charlar un poco con ellos, porque les relaja. Si no tienen a familiares, acompañarles en esta dura etapa. Es que me parece prioritario, ¿sabes?”* -.

Ainara: - *“¡Eso es! Que te traten bien o que te traten mal, al final, ¡es que es lo que importa!, ¿sabes? Si no te sientes a gusto, se pasa muy mal, ¡eso sí!”* -

La convicción de que los acontecimientos se han desarrollado de forma óptima y de que has sido bien tratado genera serenidad cuando el desenlace es fatal.

Camila: - *“Yo tuve una experiencia personal hace unos años muy fuerte. Sí que me he dado cuenta, cuando estás en el otro lado, de las carencias, ¿no? Sí que me he involucrado más con las familias desde entonces. Es importante también el entorno, ¿eh? El dar un poco también de paz. Porque la familia lo que va a hacer es transmitirle paz; la familia le transmite paz al enfermo crítico. Y, sobre todo, la sensación que les quede, tanto al enfermo como a la familia, la sensación de que se ha hecho todo bien y en las mejores condiciones posibles. Que ha sido bien tratado, porque después estas cosas, sobre todo cuando el desenlace es fatal, ¿eh? Estas cosas a la familia es lo que al final les reconforta”* -.

Que el paciente sea sujeto y no objeto implica tratarlo de forma individual, empezando por conocer su nombre. En este relato vemos como la enfermera se dio cuenta de la importancia de conocer el nombre del paciente.

**8:20 horas:** *Paula, la enfermera, me explica que uno de los puntos de inflexión para reflexionar sobre el cuidado de las personas se produjo un día en el que, tras entrar en la habitación de un paciente, quiso dirigirse a él y no recordaba su nombre. Me explica que tal suceso reforzó su creencia y que supuso un estímulo para continuar mejorando es este aspecto. A partir de este momento supo que nunca más volvería a ocurrirle. Para ello, en el momento en el que se producía un ingreso en la unidad, inmediatamente después y mientras*

*organizaba la disposición de los diversos elementos que portara (goteros, sondas y/o drenajes), se presentaba. Ella es consciente de que la entrada en una unidad de estas características supone un fuerte impacto para todo aquel que la experimenta y que su nombre no sería recordado. Tras el caos que puede constituir el ingreso, vuelve a dirigirse a su paciente para preguntarle si sabe quién es ella. Aunque la gran mayoría responde que no, es éste momento el que aprovecha esta enfermera para mantener una pequeña conversación con ellos (DC 28 octubre, 2014).*

Las enfermeras están dispuestas a cumplir con las necesidades expresadas por los pacientes e individualizarlas, en la medida en que se pueda. Además, insisten en la ciencia y la humanización como base de su práctica. Tratar a los pacientes como personas y no como cuerpos con cables constituye la intención de uno de los enfermeros:

*Candela: - “Estando aquí, ¡todo lo que quieran! Porque además tienen todo el derecho y, además, ¡es que tiene que ser así!” -.*

*Natalia: - “¡Hay que tener protocolos y unas normas! Pero aquí se personaliza todo, se tiene en cuenta cada caso” -.*

*Joen: - “Yo creo que el cuidado tiene que ser humano, científico e individualizado. (...). Yo creo que lo más importante es el aspecto humano y el estar con él y el tratarle como una persona, ¿no? No lo típico como un número o como un señor que está ahí, lleno de cables y de cosas. Si no pues verle como una persona, como un ser humano y pues estar con él, hablar con él, pues ver que tiene sus preocupaciones, ¿no?, y sus miedos” -.*

*Paula: - “Cada día lo que intento es que mi trabajo sea lo más científico, lo más profesional, lo más correcto y lo más humano; no todas las veces lo consigo en el mismo grado, pero desde luego ese sería mi objetivo” -.*

#### 4.2.2.6. Empatía

En el discurso de las enfermeras está muy presente la empatía, aunque reconocen que la formación emocional es escasa en los estudios pre y posgrado de enfermería y que la experiencia es la herramienta con la que se defienden.

La empatía aparece como un concepto clave para trabajar con las personas en la UMI:

Ariadna: - *“Yo creo que la clave está en empatía. Esa es la palabra, o sea, ponerte en el lugar del otro. Tienes que intentar con cariño, intentar ponerte en el lugar del otro y saber cómo te gustaría que te trataran a ti”* -.

Ainara: - *“Pues yo creo que se trabaja más la empatía, que otra cosa. (...). Yo siempre les dejo dicho: Mira, lo que necesitéis, él o vosotros, ¡me da igual! Lo que sea, que estamos aquí, que no os preocupéis por llamar, que lo que podamos que esté en nuestra mano. Pero decírnoslo vosotros. Porque, ¡claro!, yo no sé qué necesitas cuando estás en esa situación. Que sepan que cuentan contigo, en la medida de lo que tú puedes, ¡que estás ahí! Sí, que pueden contar contigo. (...). Desde que entras en la habitación por la mañana, ya estás preguntándole: ¿Qué tal ha dormido? Que sí, que a ti te interesa por las dos cosas. Porque él se va a sentir mejor y como que te importa, ¿no? Que siempre te da otra tranquilidad, yo creo. Que cuando ves que se molestan o que se interesan por ti. Y encima cuando estás solo, porque aquí están solos, están desnudos, que eso, quieras que no, hay gente que lo lleva mejor, pero hay pacientes que lo llevan muy mal, lo de estar desnudos. Parece una pijada pero, ¡no es una pijada! Entonces entras y no sé, como que ven alguien con quien pueden contar, ¿sabes?”* -.

Natalia: - *“Y que te pones en su lugar y te gustaría, que bueno, que te entendieran y que, no sé, un trato cariñoso y así. Eso es, un poco empatizar con él, ponerte en su lugar, de pensar que tú estás en la cama. Y como resulta que todo el mundo hemos tenido a alguien cercano, o tú misma has estado en una situación al contrario..., pues bueno, eso es lo que yo creo que hay que pensar cuando tienes al enfermo en el otro lado”* -.

Ada: - *“¡Jo! Pues hay que empatizar y ponerse en el lugar de la otra persona. Yo pienso que a veces estamos cansadas, el estrés y hay momentos que ¡buf!, ¡cuesta! Hay momentos que estás cansada y no te apetece, pero hay que saber y ponerse en el lugar de la otra persona. Yo a veces digo: ¡Jo, qué pesados! Pero es que si yo estuviese en esa situación, igual haría lo mismo. Escuchar, escuchar al paciente y a su familia, aunque a veces nos cuesta”* -.

Asimismo, consideran que les falta formación y que no están preparadas para dar malas noticias. Su aprendizaje está basado en la experiencia y la pericia como habilidad personal. Algunas enfermeras reconocen su práctica basada en el buen hacer, aspecto que les es casi innato, pues reconocen que no han sido formadas en todos los ámbitos que la profesión requiere y está ligada al carácter de los profesionales:

Ariadna: - *“Y sí que es cierto que yo, a día de hoy, todavía considero que no estoy bien preparada para dar malas noticias y demás. Sí que es cierto que he ido aprendiendo mucho con la experiencia. Porque, cuando yo salí de la carrera, tampoco me habían dado una asignatura específica de este tema y sales verdísima. Y a medida que pasa el tiempo, ya sabes un poquito más, cómo encauzarlo, cómo dar las malas noticias a la familia... Pero la experiencia, es que no hay otra”* -.

Natalia: - *“Yo creo que depende un poco de cada persona, de su bagaje personal, de sus habilidades a nivel de relaciones personales fuera de aquí”* -.

Camila: - *“Vas mucho entre comillas pues de hermanita de la caridad. Yo reconozco que no tengo ninguna habilidad, ni nada, nada más que mis buenas palabras, mi buen hacer o lo que yo creo que son buenas palabras y buen hacer. Eso dices, ¡formarme! Sí que me gustaría formarme y pues también hace falta tener tiempo, oportunidad, etcétera”* -.

Este relato muestra la importancia de utilizar de forma adecuada las palabras, como parte de la relación emocional y en ese sentido, la dificultad de manejar los silencios, aún cuando la enfermera es consciente de que el tiempo del silencio es el tiempo que requiere la persona para poder expresarse:

Paula: - *“Las palabras o la ausencia de palabras... El silencio, ¡claro! El silencio es un arma increíble para el manejo de estas situaciones, pero nos cuesta. No aceptamos los silencios y no los sabemos manejar, ¿no? Entonces, pues lo vas aprendiendo de compañeros que lo hacen muy bien, que conocen esa faceta concreta del manejo de la relación de ayuda, ¿no? El silencio de verdad que yo creo que es muy útil. El silencio que a ellos les permite hablar; no interrumpo su línea de pensamiento, no interrumpo la expresión de sus emociones. Si ellos quieren callar y si quieren recuperar la iniciativa de hablar, no va a ser interrumpida porque yo comienzo a hablar, ¿no? Son estrategias casi intuitivas, ¿no? Que funcionan. Que a ellos les valen y a ti también, ¿eh? Porque al final te reconforta el percibir que alguien se ha sentido bien porque tú has ofrecido tu tiempo, tu mano o tu oreja, ¿no? Tu oído” -.*

#### **4.2.3. DIFICULTAD PARA ACEPTAR EL SUFRIMIENTO**

Esta categoría viene dada por dos familias de códigos, tal y como se muestra en el esquema:

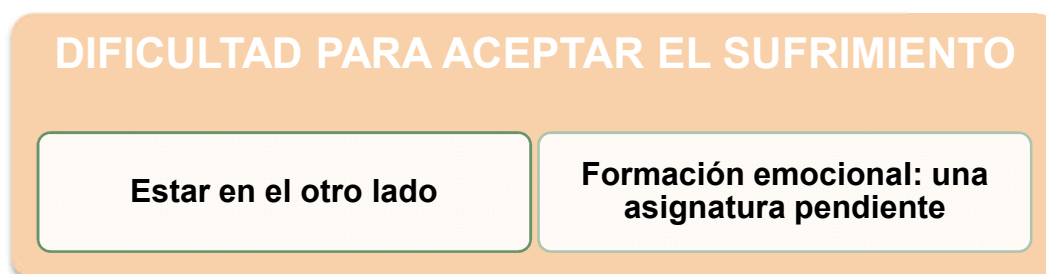


Figura 29. La categoría **DIFICULTAD PARA ABORDAR EL SUFRIMIENTO** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)

##### **4.2.3.1. Estar en el otro lado**

La visión de la práctica cambia cuando la enfermera ha vivido la experiencia de estar en la UCI. Esta experiencia genera una reflexión que permiten identificar las limitaciones existentes en el cuidado, lo cual influye en la forma de cuidar en la práctica.

Ariadna: - *“Cuando te toca estar en la cama, que a mí me ha tocado, es cuando verdaderamente te das cuenta de muchas cosas. Cuando te toca estar mirando desde abajo hacia arriba. Ahí es cuando te das cuenta y ahí cambias, a veces, hasta tu manera de cuidar. Pero hasta que no te toca, es más complicado”* -.

Natalia: - *“Yo he tenido la experiencia de estar intubada, estar atada y que nadie me hiciera ni puñetero caso. Entonces, como para mí fue una experiencia horrorosa y, ¡eso que estuve horas! Porque me dijeron, ¡dormirla a la pobre!, porque sabían en el hospital que era enfermera y tal, pero lo llevé muy mal. Tenía mucho dolor, no me hacían ni caso y entonces siento que eso es inhumano, ¿no? Entonces aquí cuando, para progresar en el destete por ejemplo, se les va dejando despiertos con ese tubo, yo intento hablarles, decirles que día es, dónde están, qué les ha pasado, intentar que entiendan el proceso. Les cuento, pues mira te vamos hacer esto, tienes que estar despierto, es muy desagradable, pero es necesario. Intento darles la máxima información que puedo. ¡Eso es! ¡Eso es! Y sobre lo que les estamos haciendo. Porque, de repente, estoy dormido, ahora me despiertan. Y yo no tengo ni idea de para qué me despiertan, si estoy aquí con un dolor que me muero. Qué van a hacer... Entonces esa serie de cosas, que no saben ni que día es, ni cuántos días llevan aquí... Yo intento explicarles todo lo que puedo para que les dé un poco de tranquilidad, que no sé si lo consigo, pero bueno, por lo menos, eso. Eso lo llevo muy mal. Los pobres, ahí, que estén despiertos y que se les vea pasarlo mal y que estén atados y eso”* -.

La experiencia de las enfermeras de haber estado mirando desde abajo, desde la cama, la experiencia de haber estado intubadas y/o atadas, ha repercutido en la forma de enfrentar estas situaciones desde la comprensión y la empatía, sin olvidar lo doloroso de estos recuerdos.

#### **4.2.3.2. Formación emocional: una asignatura pendiente**

Si la UCI es un servicio que requiere un nivel alto de cualificación, cabe pensar que las enfermeras tendrán una formación específica en relación a la



tecnología y al manejo de un paciente complejo, como constituye el paciente crítico. Una de las preguntas ha estado centrada en el tipo de formación que poseen para abordar las situaciones difíciles del paciente y su familia.

Ariadna: - *“Totalmente cosa nuestra. Salvo alguna excepción de algún aparato nuevo que viene y entonces nuestra supervisora se encarga de que lo aprendamos, porque no nos queda otra. Pero el resto de cosas, pues actualización en RCP, RCP pediátrica, y cosas así más específicas, te tienes que buscar tú la vida. Sí que es cierto que aquí (en el hospital) tenemos gran variedad de cursos que te puedes apuntar. Y, vamos, yo no tengo ningún problema, me apunto y me han cogido en muchos. Pero eso es cosa tuya, ¿eh? Hay gente aquí que no ha hecho un curso en montón de años y hay otros que no paran...”* -.

Ainara: - *“Pues mira, el hospital hace cursos si hay algún cambio dentro de la unidad, que sea muy importante, sí. Hace los cursos, por ejemplo, ahora han cambiado el hemofiltro. Pues todo el mundo ha tenido el curso para poder hacer el manejo del hemofiltro. Cuando cambiaron, me toco a mí aquí, todos los monitores que cambiaron, ¡también! Y algo nuevo que se supone que no conoce nadie, pues se hace curso. Y luego, aparte también es verdad que la gente de la UCI se molesta mucho en estar al día, ¡más de lo habitual!, yo creo. Y hay más interés por hacer cursos. Entonces, pues sí, tienes los del hospital, ahora han quitado el de electros, que también, cuando llegabas nueva, venía muy bien el de electros, pero bueno, ¡ese lo han quitado! Pero bueno, sí que tienes curiosidad y hace poco nos hemos marchado a Valencia a hacer un curso de ventilación mecánica. Nos hemos marchado a Valencia a hacer el curso por nuestra cuenta, por nuestra cuenta el viaje, por nuestra cuenta el curso, que al final, ¿sabes? Pues no sé, pues como que te da otra seguridad, y que tú también te sientes mejor si controlas lo que estás haciendo todos los días, que si no sabes por qué haces las cosas. Vale esto es así pero, ¿por qué es así y cómo puedes? ¿Y por qué es así? Te quiero decir, que sí, que hay de todo. Están los cursos obligatorios y luego que la gente se molesta”* -.

Natalia: - *“Cuando tenemos material o técnicas nuevas, sí que nos forma lo que es el hospital. Sí que nos forma la unidad. Sí que es verdad que hay*

sesiones de cosas que los intensivistas suelen preparar, más así de vez en cuando. Y luego ya depende de cada persona, su interés personal y su preocupación a nivel profesional, de lo que tú quieras saber o no. Pero bueno, sí que es uno de los sitios en los que más formación continuada hay, porque la unidad lo requiere así, ¿sabes? Porque no te puedes dormir en los laureles, porque hay mucho aparataje que se cambia, muchas técnicas, que como no se utilizan todos los días, sí que tienes que recordar y repasar. Sí, sí que es un sitio aunque luego ya depende de cada persona, ¿eh? Lo que más te quieras implicar o no, lo que más quieras hacer. (...). Yo de todos los sitios que he trabajado, sí que es uno de los sitios donde más veo que enfermería se está continuamente reciclando, ¿sabes?” -.

Joel: - “A veces hemos hecho cursos internos de la UCI, sobre todo, cuando ha habido incorporaciones de mucho personal nuevo y se imparte por profesionales de la UCI para los que vienen, ¿no? Y, en general, tú lo tratas con la unidad de formación de aquí y ellos te lo facilitan e incluso, pues igual, te remuneran al docente y se acredita y tal. Otras veces hemos hecho cursos muy informales, que no están ni acreditados ni nada, pero que hace falta que te cuenten sobre algo, ¿no? Sobre cosas nuevas de úlceras, por ejemplo. Y pues sesiones clínicas que nos dan los residentes. A mí es que siempre me ha gustado la formación, podría estar más potenciado pero, a veces, el tiempo es el que manda, ¿no?” -.

Paula: - “Pues nos encontramos como te decía antes, poco formados específicamente. Yo creo que eso también es una labor pendiente de la docencia pregrado, ¿no? De enfermería, creo que es labor pendiente. La unidad de intensivos tiene unas características muy especiales, hace que en muchas ocasiones tengas que enfrentarte a duelos o a informar o a atender situaciones muy complicadas y eso hace que tú misma, en un intento de manejar eso de la forma más correcta posible, busques formación paralela posgrado, ¿no? Otro de los pacientes, bueno ¡perdona!, tipología de personas que tenemos ingresadas en los intensivos, es el potencial donante, y ahí se ha trabajado mucho en el acercamiento y la información a la familia, ¿no? De forma que hay muchos cursos formativos de comunicación de malas noticias o de manejo de la

*entrevista o de acercamiento a los familiares. Bueno, pues aprovechamos esos cursos, que aunque, pues sea en corto espacio porque un día, dos días o tres días no es suficiente, al final acabas incorporando a tu trabajo herramientas que te permitan acercarte a esas situaciones, pues más correctamente, ¿no? O más hábilmente... Yo creo, al final, esta mera cuestión de entrenamiento y de formación, pero es verdad que esa formación llega con posterioridad a la carrera, ¿eh?” -.*

Una de las preguntas ha estado focalizada en el tipo de formación que tienen los profesionales para abordar situaciones complicadas del paciente y su familia. Las enfermeras destacan el talento innato, la experiencia y la decisión personal de formación:

*Ariadna: - “Yo a mí creo que en la carrera a mí no me formaron absolutamente para nada. Somos muy técnicas, de otros temas no nos formaron para nada y mira que hablamos. Porque, las malas noticias las da el médico, pero es que luego explicar esas malas noticias nos toca a nosotras, porque muchas veces están tan aturullados que... (...) Además, de eso no nos dan cursos en ninguna parte, ¿es que no los hay! Eso también va un poco innato en cada una. Hay gente que desde el principio sabe llevarlo muy bien y hay otros que no. También está en la actitud. Por ejemplo, si eres una persona muy seria o malhumorada y entras en una habitación de esas maneras, ¡puff! El paciente lo nota, ¿sabes? Y no se siente bien. En cambio, si entras con una sonrisa e intentando, ¡yo que sé!, transmitirle positivismo, pues el paciente también te lo va a agradecer” -.*

No es cuestión de pensar que es algo relacionado con el estado de ánimo. Cuando se requiere utilizar la ventilación mecánica, o se sabe o no se sabe, no se trata de una cuestión del estado de ánimo. En este sentido, manejar situaciones complejas requiere saber hacerlo, además de tener experiencia.

*Candela: - “¡Hombre! Yo creo que se adquiere a base de experiencia. Yo tampoco estudié mucho de nada porque eran tres años. La parte técnica es como que está muy fija en las universidades, pero en realidad una enfermera es parte técnica y es parte emocional. Además es muy importante saber tratar a la*

gente. (...). Pero vamos, ¡sales como puedes!, ¿eh? Yo pienso que ahora salgo mucho mejor que antes y antes lo sufría mucho más yo” -.

Joen: - “Pues de la carrera muy pocas, pero luego pues tienes la experiencia. Pero lo mejor es poder hacer algún curso de formación específico: de comunicación de malas noticias, cosas de esas. Yo, afortunadamente, sí que lo tengo, el de comunicación de malas noticias, de entrevista en los donantes de órganos y del trato en esos momentos pues de toda la situación que se produce, ¿no?, de la agresividad, de la negación, del llanto... Entonces sí que afortunadamente tengo experiencia en eso. Pero de la carrera no, no te forman, creo que en ninguna profesión sanitaria” -.

Camila: - “No estamos preparadas para enfrentarnos a la dimensión emocional o psicológica de las personas. Porque realmente no estamos preparadas. O, por lo menos, no se nos ha formado o, por lo menos en mi época, no se nos ha formado” -.

Paula: - “¡Vamos! Los conocimientos que necesita el personal de enfermería para nada se corresponden a los conocimientos que se aportan desde el sistema formativo actual; el diseño de la carrera de enfermería hasta ahora o el grado de enfermería ahora, tampoco yo creo, ¿eh?, que hace especial formación al personal de intensivistas; no sé si más adelante con el proyecto de las especialidades en las que ya se contempla específicamente una formación diferente para distintos tipos de trabajo, no sé si se conseguirá. Hoy por hoy, yo creo que la formación específica que sí creo que debe de tener el personal de intensivistas se hace con la experiencia dada; cuando ya te abocan a ese servicio y el esfuerzo personal de buscar una formación acorde al puesto que estás desarrollando, a lo que se espera de ti y a lo que tú quieres para conseguir cierta seguridad o manejo o control de las situaciones por las que vas a pasar, un servicio que claramente es diferente. (...). Las enfermeras estamos muy formadas en cuidados, cuidados de enfermería, muy formadas, cuidados de enfermería, para aquí, para allá, todo. ¡Claro! Hablo de los cuidados de enfermería, a lo que la planificación de los cuidados desde las necesidades del paciente; cuando hablo de cuidados en general hablamos de eso, ¿no? Por eso te digo, esos son cuidados de enfermería y ahí estamos muy formados o están

*muy formadas; cada vez más formadas las enfermeras que van acabando. Si hablamos de comunicación, o sea de una parcela muy concreta de los cuidados, que es la que tiene que ver exclusivamente con la comunicación con el paciente: comunicación verbal, no verbal, atención a esas necesidades de comunicación, creo que estamos peor formadas. Creo que hay, digamos una ausencia formativa, no sólo en la profesión de enfermeras, sino en toda la profesión sanitaria, en todos los sanitarios. Es más, creo que probablemente la enfermería, sea la que más va reconociendo que eso es una necesidad formativa importante. Creo que hace intentos de introducirla en los manuales formativos, pero creo que seguimos un poquito atrás todavía, o sea que nos queda mucho que avanzar, quiero decir” -.*

Queda patente la necesidad de formación, sobre todo en aquellas situaciones de carácter emocional, dado que los cuidados físicos y tecnológicos están cubiertos por la institución.

Las enfermeras reconocen la falta de formación en la comunicación con los pacientes.

### 4.3. TEMA III: LA FAMILIA EN LA UMI

Este tema representa el ajuste entre las necesidades del paciente y las limitaciones de la institución en el acceso a las familias y acompañantes.

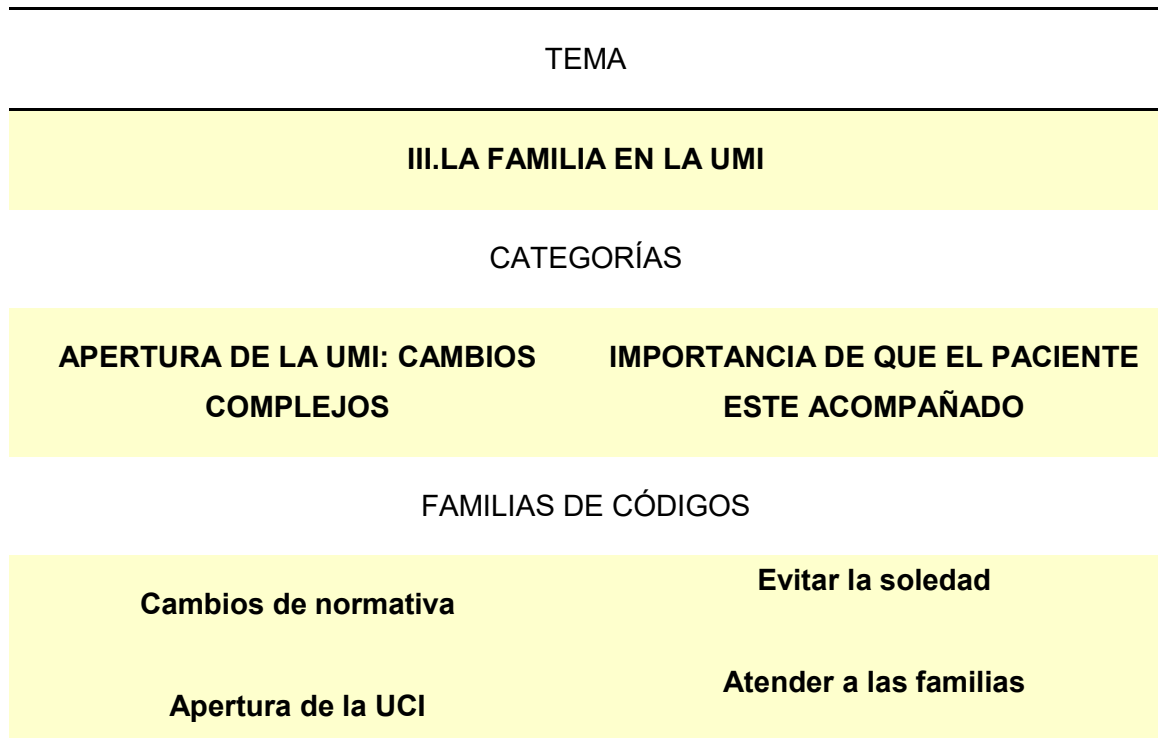


Figura 30. El tema **LA FAMILIA EN LA UMI** emerge de estas familias de códigos y categorías (fuente: elaboración propia)

#### 4.3.1. APERTURA DE LA UMI: CAMBIOS COMPLEJOS

La categoría de APERTURA DE LA UCI: CAMBIOS COMPLEJOS viene dada por dos familias de códigos:

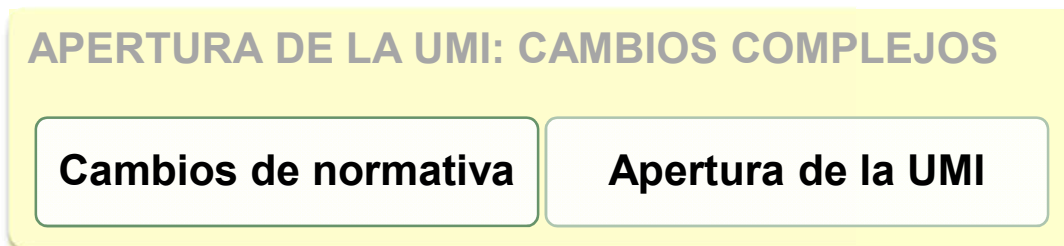


Figura 31. La categoría **APERTURA DE LA UMI: CAMBIOS COMPLEJOS** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)

#### 4.3.1.1. Cambios de normativa

El director médico aboga por una unidad de puertas abiertas, pero las enfermeras lo cuestionan y en principio lo valoran como problemático.

Ariadna: - *“Antes se podía estar media hora por la mañana y media hora por la tarde. Esto ha sido a raíz de venir aquí. Nuestro jefe ya nos cambió las normas. ¡Uf! Me abruma esta idea”* -.

Candela: - *“Ya tres horas de visita por la tarde, ¿es que es un problema! Porque te dice el jefe: ¡Pues que estén todo el rato! Que estén, que sean las veinticuatro horas, que vengan cuando quieran. Pero resulta que están y si vas a hacer alguna cosa, les tienes que mandar salir. Y hasta que se salen, ¿se tardaría mucho más en hacer todo! Luego como no hay llave ni nada, están entrando. Porque algunas veces ha pasado. Le vamos a cambiar la cama, les decimos a los familiares que salgan, salen y están entrando para comprobar que hemos acabado. O sea, a mí me parece que estaría bien, mejor, dos horas por la mañana y dos horas por la tarde. Pero bueno, ¡tampoco me parece mal! Pero media hora que estaban antes me parece poco”* -.

Ada: - *“Pero él está a favor de que pudieran estar también durante momentos difíciles; lo que pasa es que para todos, pues igual si ya es un momento estresante, si tienes ya a la familia al lado ya ni te cuento... Pero bueno...”* -.

En un primer momento, las enfermeras consideran la entrada de la familia como un impedimento. Tener que explicarle a la familia y/o al acompañante lo que se va a hacer o invitarles a que salgan para la realización de un procedimiento, entienden que retrasan el trabajo de la enfermera.

#### **4.3.1.2. Apertura de la UMI**

El horario de la UCI en la que se desarrolló el estudio mientras se realizó el trabajo de campo, consistía en: dos horas por la mañana, de 12:00 a 14:00 horas. Y tres horas por la tarde, de 17:00 a 20:00 horas. Los familiares y/o acompañantes se podían turnar cuando así lo deseaban, siempre y cuando no permaneciesen más de dos personas simultáneamente en la habitación. Siguiendo los criterios clínicos, la UMI podía flexibilizar el horario y se le explicaría a cada persona debidamente las condiciones de dicha flexibilización.

Aún existiendo una potente cultura cerrada de la UCI, las enfermeras se muestran conformes con la política de apertura existente en la actualidad, tal y como se plantea en el siguiente extracto:

*Candela: - “¡Sí! Yo creo que dos horas por la mañana y tres horas por la tarde, ¡está bien! (...) O sea que, yo pienso que con el tiempo que hay es suficiente, ¡con el tiempo que dejan ahora es suficiente!” -.*

Sin embargo, asumir y aceptar el cambio hacia una unidad abierta ha constituido y continúa constituyendo un proceso dificultoso para algunos profesionales. Entre algunos de los inconvenientes que destacan, se encuentran la poca privacidad, el trasiego de familiares que la apertura lleva implícita y que ralentiza el trabajo; además de que en situaciones de inconsciencia, la familia desconoce el manejo de la situación:

*Candela: - “Algunas veces comentamos entre nosotras, en vez de tres horas por la tarde, ¡dos horas! Pero es porque, ¡hay cosas que hacer! Y si los estás mandando salir... Pues, ¡pierdes tiempo! Porque, ¡claro!, mientras salen,*



*tienes que estar esperando. Pero aquí que entran tanto tiempo, que hay poca privacidad de cada enfermo. ¡Sí! ¡Que hay poca privacidad!” -.*

*Natalia: - “Igual por la tarde es un poco excesivo, son tres horas, ¡es mucho tiempo! (...) Pero bueno, a mí me parece un pelín excesivo. Sí que es cierto, que yo me pongo en el otro sitio y yo quisiera estar las veinticuatro horas con mi familia. También te comentarán mis compañeras que hay muchos familiares que es que están deseando de irse. Porque cuando un enfermo está comatoso, está inconsciente y tal, pues se dedican los pobres a mirar al monitor y, ¡es que no saben qué hacer! Pero están aquí y no hacen más que salir, no hacen más que fijarse en el monitor porque no saben, no se acercan ni les tocan. Muchas veces tienes que ir tú y decirles: ¡Háblele!, que aunque no sabemos si le escucha es bueno y tóquele, que note que están aquí. Hay veces que la gente no sabe cómo manejarse en estos casos y son muchas horas para que estén los pobres. Por la tarde tres horas me parece mucho” -.*

A pesar de que la enfermera reconoce que en diversas ocasiones la familia no sabe qué hacer exactamente en la habitación, llama la atención que la enfermera no advierta esta situación como algo que forma parte de los cuidados a la familia y al paciente. En la medida en que ella explique dónde pueden ubicarse, lo que puede hacer, si es conveniente que les hablen, que les toquen, beneficia al paciente y a su familia. Es llamativo que la enfermera no identifique todas estas actuaciones como cuidados de enfermería. Esto incrementa la situación de estrés e incomodidad de la familia, que no sabe qué hacer, dónde ponerse, dónde mirar... Parece que la enfermera no lo reconoce como suyo y no ejerce como ese profesional que puede realizar esa pedagogía que haga que el familiar aprenda a estar en la UMI ayudando al paciente y se convierta en ese apoyo afectivo.

*Camila: - “Pues yo les tenía una manía horrorosa, al principio, porque estábamos acostumbrados a media hora por la mañana y a media hora por la tarde y me parecía horroroso. Y, ¡ahora me parece bien! Ahora me parece bien. Sí, sí que me parece bien que sea más amplio, lo que a veces agobia es la gente que esté entrando y saliendo continuamente. Ese desfile de personas y que a lo mejor un enfermo tiene a treinta familiares que a lo mejor están entrando cada*

*cinco minutos, entrando y saliendo. Entonces ese trasiego sí que termina por agobiar, de ver a gente desfilando. Pero, el horario de visitas me parece correcto y adecuado, porque el familiar muchas veces con estar ahí dentro, aunque el paciente esté intubado, porque, ¿cuántas veces hemos visto que la señora saca el punto y se dedica a hacer punto, eh? Pero solamente por sentirse cerca, ¿eh? Les alivia. Y los pacientes, pues, lo mismo. El sentirse acompañado estando enfermo, ¡es muy importante no sentirse solo!” -.*

Resulta paradójico que, por un lado, la familia sea estimada como fuente de apoyo, bienestar y mejora del estado de ánimo del paciente y, por otro lado, aparece como un elemento inductor de mayor carga física y psíquica, además de un sentimiento de control sobre los profesionales que interfiere en los cuidados al paciente.

Paula describe este cambio como muy positivo y lo argumenta desde el conocimiento científico y la experiencia:

*Paula: - “¡Me encanta!, vamos, ¡me encanta este horario de visitas! Y además es que, bueno, también lo habrás visto... Yo creo que eso ha ido cambiando en los últimos años. La filosofía y la apertura a la familia ha ido cambiando; probablemente en su momento, estuviera justificado un horario cerrado por no sé. Con el argumento de que había que minimizar el riesgo de contaminación de persona que venga de fuera o no lo sé, no sé en qué se basaban esos horarios tan estrictos, tan rígidos. Pero, desde luego, la experiencia, la bibliografía y la experiencia, demuestra que abrir horarios no perjudica por supuesto, en absoluto, al enfermo sino todo lo contrario, y no obstaculiza el trabajo del profesional. Yo así lo vivo y no tengo ningún problema en apertura de horarios. En general la familia es muy respetuosa, es más, hasta con los horarios abiertos participan en parte en los cuidados si tú se lo permites o si tú le formas en ese sentido y yo creo que esta tendencia seguirá a abrir todavía mucho más los horarios” -.*

La importancia y la trascendencia de la familia en el cuidado y apoyo emocional del paciente no siempre es obvio, hay ocasiones en que las enfermeras necesitan experiencia para darse cuenta de ello:

Camila: - *“Mientras que, al principio, reconocía que era el paciente y nada más que el paciente, ahora sí que me estoy dando, con los años y tal y las experiencias, te das cuenta de que la familia es una parte tan importante como lo que es el paciente. No tan importante, pero casi como lo que es el propio paciente. ¡A pesar de, a pesar de los pesares, muchas veces! Porque resulta mucho más complicado y mucho más difícil. Porque es muy sencillo, por así decirlo, trabajar solamente con un cuerpo. A un cuerpo yo le pongo una inyección o le pongo o le quito esto y, ¡chis pum! Y no se trata de un cuerpo, ¡se trata de mucho más!” -.*

Ada: - *“Estamos acostumbrados a trabajar sin los familiares, ¿no? Ahora ya no, pero cuando comenzaron a permanecer más tiempo, aunque consideres su importancia, notabas esa presión, era una presión psicológica importante. Suponía, no solo el cuidado del paciente, sino el cuidado de la familia, para el que no disponías de herramientas” -.*

En este caso, Paula reconoce la diferencia de no tener relación con los familiares y ahora, con la ampliación del horario, resulta mucho más fácil identificar las necesidades de la familia.

Paula: - *“Pues mira, ¡puf! Lo de la familia es verdad que hay veces nos ha costado ¿eh? Entrar a relacionarnos con la familia, probablemente, pues podemos hacer todavía más cosa. Yo recuerdo también inicialmente cuando prácticamente no entrábamos, respetábamos entre comillas esa media hora de la mañana y media hora de la tarde, pues para que enfermo y familiar estuvieran en intimidad, ¿no? Entonces en esa media hora no entrábamos en la habitación, a no ser que fuera imprescindible y dejábamos que la relación fuera suya. Con lo cual, la relación con la familia era mínima porque claro, tú no sales fuera de la unidad a trabajar con la familia. El abrir el horario de visitas yo creo que eso ha cambiado. Ya no puedes estar dos horas sin entrar a ver al enfermo o tres horas por la tarde, ¡ni muchísimo menos! Ni puedes ni quieres hacerlo, y entonces yo creo que eso también ha facilitado que el acercamiento a la familia sea mucho más natural, mucho más frecuente y mucho más abierto. Entonces ya la familia conoce perfectamente qué enfermera lleva a su familiar, conoce tu nombre y verbaliza y te hace llegar muchas preocupaciones, muchas inquietudes o*

*muchas satisfacciones si las tuviera. Entonces es verdad que, la relación ahora es mucho más fluida y mucho más frecuente y, en ocasiones, pues tratamos y hablamos independientemente con la familia; si ellos necesitan salir de la habitación, comentarte alguna cosa y/o desahogarse contigo también eso lo conseguimos, ¿no? En el momento que se hace cierta confianza o conoces la cara del profesional, ellos se dirigen a ti y te piden ayuda” -.*

Por otro lado, los profesionales de enfermería contemplan la individualización del horario de apertura en el caso de las personas más vulnerables e, incluso, la participación en el cuidado por parte de la familia apoyándose en una manera de hacer más humana. Esta corriente que, en un primer momento fue considerada, no tuvo el éxito esperado. En ocasiones, debido a cuestiones internas de la propia unidad y, en otras, porque la propia familia así lo decidía.

Natalia: - *“Pues yo creo que, como la gran mayoría de mis compañeras, a ver... A ver, yo creo que se tendría que personalizar más, individualizar más, dependiendo de cada caso. Creo que aquí, claro, ¡como todo!, ¡hay que tener unos protocolos y unas normas!, ¿no? Y bueno, creo que no deberían de ser tan protocolizados. O sea, cada paciente, dependiendo del estado que tenga, de la gravedad y de su situación personal y de cómo sea su familia, adaptar un poco esas horas de visita. ¡Claro!, eso es un poco complicado, porque haber quién lo decide... Enfermería, los médicos, no sé qué... Pero bueno, a mí me parece un pelín excesivo lo de las tres horas por la tarde” -.*

Existen diferentes puntos de vista. La presencia de la familia está bien, pero por otro lado, no resulta tan práctico. Parece que las condiciones de la UCI no favorecen que se pueda trabajar con la familia de forma más flexible y permisiva.

Joen: - *“Y la gente pues, le parece que sí, que es abierta, que les gustan los horarios de visita, que la libertad que se les da pues para estar en un momento dado aunque esté cerrada la UCI, estar con el familiar. Todo eso les parece bien y, sobre todo, al principio de venir aquí había flexibilidad y se hablaba, ¿no?, de que si familiares querían participar en el cuidado y hacerlo así*

*un poco más humano y tal, se podía. Y yo lo he hecho al principio, ¿no? Luego ya, ¡buf!, se va viendo que a lo mejor no es tan práctico, o que la gente no quiere seguir por ese camino... Entonces no se ha seguido por ese camino, pero yo si algún familiar me ha dicho que ayuda o que eso, pues me parece bien y así pues se puede hacer un poco más humano...” -.*

Candela: - “O si alguno necesita, cuando ya está mejor, que también los médicos, les dejan pasar los médicos más tiempo” -.

Ante la dificultad de la toma de decisiones para ampliar el horario de visitas, la enfermera lo delega en el médico. No parece que la enfermera identifique la presencia de la familia como parte de los cuidados de enfermería que ha de contemplar. Por otro lado, está presente en su discurso pero no como una actividad propia con carácter científico y profesional.

#### **4.3.2. LA IMPORTANCIA DE QUE EL PACIENTE ESTÉ ACOMPAÑADO**

Esta categoría viene dada por dos familias de códigos:

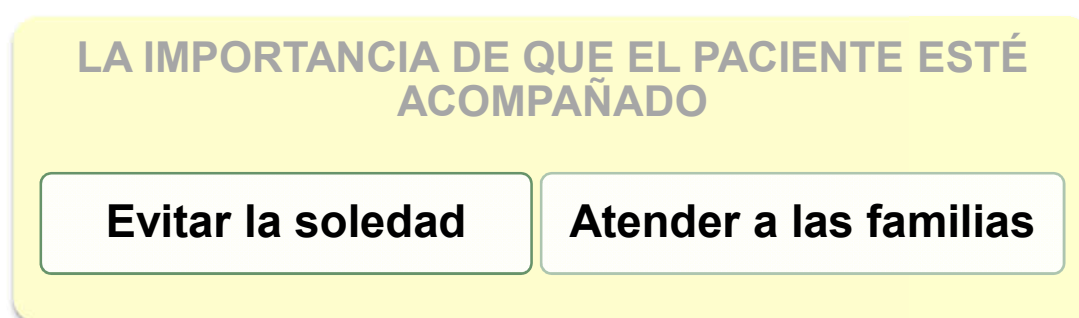


Figura 32. La categoría **LA IMPORTANCIA DE QUE EL PACIENTE ESTÉ ACOMPAÑADO** con las familias de códigos (fuente: elaboración propia)

Esta categoría representa la convicción de que es bueno que el paciente esté acompañado y la dificultad, en ocasiones, de atender a las familias.

#### 4.3.2.1. Evitar la soledad

La familia influye de forma muy positiva en el paciente, supone el apoyo emocional, la compañía, el sentirse distraído, más tranquilo y seguro, los cuales conforman aspectos de mucho valor.

Ariadna: - *“¡Da igual! Para mí mucho mejor, mucho más positivo, salvo alguna familia, pues que te da guerra, pues y que todo el rato te llama... Pero si tú desde el principio les explicas todo, pues de estos monitores no tenéis que estar pendientes, estad pendientes de vuestro familiar. Si se lo explicas todo para quitar esa ansiedad del principio, ¡mucho mejor que esté la familia! Tranquiliza mucho más al paciente, el paciente consigue centrarse más, porque también tantas horas mirando al techo. Para mí que la familia esté más tiempo, ¡es positivo! Sin ninguna duda. El paciente como que está más tranquilo. Más seguro, también se distrae, que es muy importante distraerse, pues son muchas horas en una cama. Te vuelves tarumba. ¡Es positivo totalmente!, que la familia esté con el paciente. Salvo alguna excepción, que en vez de tranquilizar, pone más nervioso”* -.

Candela: - *“Pues eso, ¡que me parece fundamental que esté la familia! Porque, ¡se les nota!, además es que están esperando la hora con una ilusión. Cuando va a llegar la familia, en general hablo, ¿eh?, siempre, ¿eh? Lo ves siempre y, gente que no, pero en general sí. ¡Uy, van a ser las doce!”* -.

Natalia: - *“¡Buf! Pues para el enfermo de cardio pienso que es muy importante. ¡Claro!, es que aquí hay pacientes muy diferentes, ¿no? Pero para los enfermos de cardio me parece que es muy importante, porque están muy aburridos, muy agobiados. Porque los enfermos de cardio, en general, son de mediana edad. Que de repente rompes su rutina, les separas de todo lo que les supone su vida normal y aislados de todo les viene muy bien. Y sí que les viene muy bien a esos pacientes y a esas familias. Pero, en general, les viene bien, a los de cardio muy bien que haya familia, ¿eh?, ¡las cosas como son! En general yo creo que sí”* -.

Joen: - *“Yo creo que, ¡claro!, depende un poco del paciente. Pero, en general, yo creo que es muy positivo que la familia esté aquí”* -.

Camila: - *“Cuántos pacientes están ahí solos y por así decirlo, desprotegidos, sin ninguna ayuda, ni de amigos, ni de familia. Su proceso se retrasa y se enlentece por esta carencia. Estoy convencida”* -.

Paula: - *“Sí, yo lo creo, lo creo firmemente en el momento en que el paciente, el enfermo, quiera estar con la familia y la familia esté preparada para compartir su tiempo con el enfermo, no siempre es así, no siempre es así... Hay veces que nos llama la atención que a pesar de tener cinco horas al día de visita, la familia la reduce a media o a una hora, ¡llama la atención! Pero ahí tampoco puedes digamos juzgar o cuestionar porque el familiar no está más con su, con su enfermo ¿no? En el momento en que el paciente quiera que su familia esté allí y la familia quiera estar, creo que resulta favorable, incluso aunque el paciente sufra respuesta emocional a la llegada de la familia, yo se lo digo muchas veces, o la familia verbaliza: No, es que no quiero que llore. Yo lo digo muchas veces, no pasa nada porque llore, porque tu familiar, tu padre, tu hermano, tu hijo, tiene emociones y tiene sentimientos y una forma de canalizarlos es el llanto y no pasa nada, que llore, o no pasa nada que llores tú, estáis pasando probablemente el momento más difícil de vuestra vida y si tenéis que llorar, pues ¡hacedlo! Si yo percibo que ese llanto o esa respuesta emocional agrade a alguna de las partes intento, pues o manejarla, dirigirla o canalizarla, pero mmm... Me parece pues absolutamente humano y me parece una forma correcta de manejar la situación, pues en momentos difíciles o de llanto o de tristeza ¿no? Yo creo que sí, que les ayuda mucho”* -.

Las enfermeras reconocen que las explicaciones a la familia de no estar pendientes de los monitores, ubicarles en el espacio y explicarles lo que puede beneficiar a su familiar son cuestiones fundamentales, tanto para el paciente, como para la familia, como para los propios profesionales.

El llanto, percibido por algunos familiares como algo negativo, supone una reacción normal en este tipo de situaciones según la perspectiva de los profesionales. No lo consideran una reacción negativa, sino natural, siempre y cuando no dañe a ninguna de las partes.

También se observan aspectos que pueden resultar negativos. Existe la versión de que la proximidad de la familia podría suponer una extorsión:

Candela: - *“De hecho, en los papeles que se les da, se les dice que no atiendan a los monitores sino al enfermo, pero, ¡no les vale la paciencia! ¡No les vale la paciencia! Yo algunas veces pienso en poner los monitores en privacidad, pero no se ven. Pero es que, ¡es lo que tienen! Es la realidad de ellos, ¿qué quieren? ¿Pensar que no tiene fiebre y tiene fiebre? Pues es que eso tampoco es”* -.

#### **4.3.2.2. Atender a la familia**

Las enfermeras otorgan valor a la necesidad de escuchar, no solo las necesidades de la persona enferma, sino también las de su familia.

Ada: - *Yo creo que el anterior horario de visitas, creo que eso marcó realmente, las vivencias de la familia, lo mal, lo mal que lo estaba pasando, por lo que estaba ocurriendo. Su entorno, sí que te marca y te hace pensar ¿no? Tú cuando cuidas al paciente, ya no sólo cuidas y aplicas unos cuidados o unas técnicas, sino también tienes que saber escuchar a su familia. Estas situaciones te hacen pensar muchas cosas y recapacitar que a veces también haces las cosas de forma tan mecánica y te olvidas de otros detalles que son igual de importantes. Ya no sólo las técnicas, sino la atención, el saber escuchar. Eso es, el saber escuchar”* -.

A través del siguiente extracto del diario de campo, pueden observarse las distintas reacciones de los familiares ante una misma situación:

*Su novia no para de gestualizar y hablarle. Creo que en las dos horas que ha estado en la unidad, no ha parado de conversar con él. Su padre, sin embargo, permanece sentado en una silla y asiste la escena (DC 16 noviembre, 2014).*

La prudente apertura de la UCI, ha propiciado que el acercamiento a la familia sea mucho más natural. Las enfermeras valoran la importancia que los



familiares le otorgan a las facetas del cuidado y se acercan en función de sus requerimientos. Las enfermeras reconocen que la relación con la familia parte de sus demandas. Si la familia demanda, la enfermera actúa; sin embargo, si la familia no solicita nada, la enfermera, en la mayoría de las ocasiones, no hace nada:

Ariadna: - *“Con la familia sí que hay un trabajo de intentar, yo qué sé, apoyar a la familia, ¡porque la familia es que lo pasa fatal! (...). Si desde el principio les explicas todo bien y esto lo hago así, si esto pita es por esto, la cosa ya va bien”* -.

Candela: - *“A lo mejor, empiezas a hablar de otras cosas y luego si quieren ellos te comentan y si no quieren, no te comentan, ¿no? Porque todo el mundo tiene derecho a no querer hablar”* -.

Candela: - *“Yo lo único que si hablan, pues dejar hablar, dejar hablar. Y si no hablan, si no hablan pues acompañar sin más, es que, ¿qué puedes hacer? Yo no sé otra teoría, ¿eh? Es lo que sé hacer* -.

Ainara: - *“Pues yo creo que depende de lo que ellos quieran. Hay familiares que no quieren dirigirse a ti para nada. Y hay otros, pues que sí. Y te preguntan muchas veces. Hay gente que te pregunta por desconocimiento, hay gente que te pregunta como cosas que les ha tenido que explicar el médico, que sabes que se lo ha dicho pero te lo vuelven a preguntar para confirmar, yo creo. Y, pues cuando el paciente está mal, que realmente, ¡puf!, puedes hacer poco por él y lo ven así y eso, pues sí que se les brinda, preguntarles si necesitan o quieren algo, yo que sé, igual lo ven fatal y se ponen súper nerviosos, pues, ¿quieres que te prepare una tila o algo? Se les acompaña, se les acompaña, ¡sí! Hasta donde ellos quieren, ¡claro! También hay quien no quiere saber nada y entras y se callan”* -.

Natalia: - *“¡Muy buena! Yo creo que hay que hacerles partícipes de la situación, porque te ayudan, ¡te ayudan mucho! En muchos casos, ¡hombre! Yo pienso que sí, que es muy buena y aquí se les informa, se les hace colaborar un poco en los cuidados, se les habla, se les cuenta. Cuando vienen intentas, pues cuando empiezan las horas de visita, pues entrar con ellos. Hablar, qué tal, pues*

*mira, te preguntan. Ya sabes que con las enfermeras siempre tienen más confianza y como nos ven más tiempo, pues siempre te preguntan cosas e intentas un poco, bueno pues tranquilizarlos también al final. Y se tiene buena relación, en general” -.*

*Joel: - “¡Relación! Pues depende. Pacientes con los que te involucras un poco más con la familia y el paciente. Sobre todo, a veces, cuando hay pacientes que están mucho tiempo. Y hay otros pues que no involucras tanto. Siempre que viene la familia a la visita pues les digo, por parte de enfermería pues lo que hay, ¿no? E incluso les viene bien porque el rato que están ellos te pueden apoyar en ese sentido, ¿no?, con alguna acción por su parte. Y hay otras veces pues por lo que sea es que tampoco necesitas involucrarte mucho. Es un coronario que vienen a verle y si es en los primeros momentos pues si les dices, mira que esté tranquilo, no estéis aquí mucha gente, que tal. Que si acaba antes la visita pues hoy le va a venir bien a que esté charlando, subiéndole la tensión y tal. Pero involucrarse pues hay pacientes que más y otros que menos” -.*

*Camila: - “Yo pienso que sí, puede ser que se establezcan lazos. Pero no con todo el mundo empatizas igual, ¡ni mucho menos! Como somos personas, no todos somos iguales, ¡esto es un feedback! ¡Tú me das, yo te doy! Si con alguien, por así decirlo, no hay feeling, pues lógicamente tú también te echas un poco para atrás, tanto con el paciente como con la familia” -.*

La importancia del acompañamiento que realizan las enfermeras a los familiares de las personas críticamente enfermas queda reflejado en este extracto de la observación participante:

*Pablo permanece inconsciente. Recibe la visita de su padre y de su novia. Mientras que ella le habla sin parar, con lágrimas en los ojos, su padre aún no se ha acercado a la cama. La enfermera, que ve la escena desde el control, se acerca hasta él, agarrándole suavemente del brazo. Le dice, con tono de voz muy bajo, que entre que ella le acompaña. Que puede hablarle, tocarle... Tras tomar la mano de su hijo durante el tiempo que dura la visita, sale emocionado de la estancia, aprieta la mano de la enfermera y en un tono casi inaudible expresa su más sincera gratitud (DC 17 noviembre, 2014).*

Las enfermeras entienden que la relación que se establece con la familia, parte de lo que ésta requiere.

Candela: - *“Yo si me preguntan, contesto. Luego pues hay familias que, a lo mejor, no te preguntan a ti, porque hablan con el enfermo y luego con el médico. ¡No insisto! Porque hay gente que es más habladora y hay gente que no”* -.

A continuación, se expone un extracto del diario de campo en el que puede comprobarse cómo la enfermera y la familia interactúan. La enfermera ofrece su ayuda, aunque reconoce la importancia de que el paciente y su familia disfruten de un rato de intimidad.

*Nos dirigimos entonces al espacio existente entre el control y la habitación de Mario. Hemos comprobado que sus padres se encuentran allí. Alexandra les saluda y ellos se dirigen a ella con una inmensa dulzura. Ella les explica cómo ha pasado la noche y cómo se encuentra en este momento. Y les invita a que entren. - “Hola otra vez, Mario” -, comienza diciendo Alexandra. -“Ya han llegado tus padres”-. Y vuelve a cogerle la mano. - “Os dejamos solos, ¿te parece bien? Ya sabéis donde nos encontramos si necesitáis algo, no obstante volveré a veros dentro de un ratito” -. - “Muchas gracias Alexandra, nos ayudáis muchísimo” - responde la madre de Mario. Y salimos de la estancia para que puedan compartir sus sentimientos, sus miedos, sus anhelos... Su intimidad.*

*(...) Alexandra se acerca de nuevo a la habitación de Mario. Se asoma y con una sonrisa preciosa, les saluda, y les pregunta qué tal va la charla. El padre y la madre del chico sonríen. Me resulta tremendamente duro presenciar esta escena. Tengo ganas de llorar...*

*La madre, visiblemente emocionada, emite un gracias prácticamente inaudible, que podemos leer a través de sus labios. A continuación, le da un beso a su hijo en la frente y sale. - “¡Muchas gracias, de verdad, Alexandra!” -. - “Cuídenmelo mucho, ¡por favor...! Aunque ya sé que no puede estar en mejores manos... Gracias” -. Y Alexandra pasa la mano por su hombro. No hacen falta las palabras... (DC 15 diciembre, 2014).*

El extracto siguiente, hace alusión a otro día de esta misma familia y enfermera:

*Los padres de Mario entran ansiosos. Saludan a Alexandra y le preguntan por su hijo. Alexandra les explica que acaba de curarle las heridas de los drenajes, que evolucionan de manera favorable y que ha descansado bien. Ellos expresan su gratitud. - "Muchas gracias, Alexandra. Gracias, de verdad. Entramos a verle, ¿vale? Tengo muchas ganas de verle" - declara la madre de Mario. (...) Cuando los padres de Mario llevan aproximadamente una hora en su habitación, Alexandra se acerca para comprobar qué tal se encuentran. Los padres de Mario le cuentan qué hicieron ayer. Alexandra se acerca a Mario, y le acaricia la frente, - "¿todo bien?" -, y Mario guiña su ojo derecho. Todo está bien. Echa un vistazo a los goteros y les anuncia que va a salir, pero que no duden en llamarla para cualquier cosa que necesiten (17 diciembre, 2014).*

Las enfermeras insisten en que la relación, cuando la persona críticamente enferma está inconsciente, se centra en su familia:

*Ariadna: - "Si el paciente está inconsciente, me centro mucho en la familia, me gusta mucho tranquilizarles porque están como asustados y aturdidos. Me centro mucho en la familia. Están inconscientes y no puedo tener una relación verbal con el paciente. Si el paciente ha estado tres meses en la unidad y de ellos dos y medio intubado, tienes incluso más relación con la familia" -.*

Pese a que la idea de la importancia de que la familia esté cerca prevalece en el discurso de las enfermeras; sin embargo, este discurso resulta muy heterogéneo. Cada profesional lo vive de una manera, dependiendo de su situación, sus habilidades, la necesidad de implicarse con la familia, de lo que demanda la familia. No se percibe en el discurso de la mayoría de las enfermeras la necesidad de formación para trabajar con la familia.

*Ada: - "Estoy más cómoda cuando no hay familiares, pero creo que eso al paciente sí que le ayuda y que es lo que vale, ¡es lo que cuenta!" -.*

Se manifiesta la importancia de que la familia pueda observar los cuidados que se proporcionan:

Ada: - *“También que vean ellos lo que se hace, cómo se les trata o cómo se les cuida, que tampoco está mal. Creo que les reconforta”* -.

La familia también puede tener un papel activo participando en cuidados básicos, como el aseo:

Joen: - *“Pues yo es que he vivido cuando había media hora de visita por la mañana y que entraba un familiar con bata y media hora de visita por la tarde y tal, ¿no? Opino que el paciente, pues que tienes los dos puntos de vista. El paciente yo creo que necesita estar apoyado y recibir visitas, hasta cierto punto, porque a veces también necesita estar tranquilo. Y a la familia pues le puede venir mejor o peor, ¿no? Que eso ya son situaciones familiares, que puedan estar aquí mucho tiempo. Entonces yo creo que sí, que al paciente mayormente le viene muy bien y que aquí el horario es bastante majo. ¿Qué podía ser más amplio todavía? A lo mejor sí, pero eso son lo que te digo, tendencias. Por ejemplo, que a la hora del aseo venga un familiar y en vez de hacerlo tú con el celador y la auxiliar, te ayude un familiar, pero eso es. Se puede hacer aquí, y de hecho alguna vez se empezó hacer un poquito, pero ahí se quedó, y a mí no me importa, siempre y cuando pues tú le tienes que decir a cada familiar lo que se le va hacer, cómo hay que hacerlo tal. Que no se asusten y tal, pero el familiar que lo quiere hacer es porque se ha atrevido y porque tiene ganas, el que no, ya te dice: ¡No, no, yo no toco! Bueno pues ya está. Y luego tienes la otra vertiente, que es la del profesional, que también a veces puede ser un poco carga. Depende qué tipo de pacientes tengas, puede ser una carga el tener a la familia todo el rato. Yo no tiendo a decirles que se salgan fuera cuando voy a hacer cosas, pero a veces sí que vendría bien y depende qué técnicas, si es estéril o lo que sea, no queda otra que se salgan”* -.

Aunque la relación profesional-familia se da, las enfermeras demuestran inconformismo acerca de la información que han de proporcionar en relación a los cuidados de enfermería:

Ariadna: - *“Porque tampoco sabes exactamente lo que le médico le ha dicho a la familia. (...). Y tampoco tenemos seguro hasta el punto que podemos decir, no sabemos... Se les da la opción de que llamen por la mañana a las siete*

*y pregunten qué tal ha pasado la noche, pero yo a veces yo digo, ¡si quedamos como idiotas! La ha pasado bien. Pero, ¿le han hecho esto? Pero, ¿le han bajado la medicación? Y nosotras: Pues, lo siento, ¡no puedo decir nada más! Pues para eso, para decir que ha pasado la noche bien o mal, te quedas como un poquito... No sé... (...). Deberían darnos unas pautas de hasta dónde podemos dar información. O todo o nada. (...). No, en general. Yo creo que la UCI y todo el hospital. Las enfermeras no podemos dar ninguna información, porque se nos puede caer el pelo, ¡eso lo sabe todo el mundo! (...). Y de sentido común, hasta donde tú sepas que puedes decir... ¡Sentido común! (...). Quedamos como tontas, porque aunque lo sepas y puedas dar una información tan buena como la que da el médico” -.*

Otras de las cuestiones que revelan las enfermeras, hacen referencia a la escasa información que pueden proporcionar a los familiares, pues entienden que se trata de una labor exclusivamente médica.

*Ariadna: - “Sí. Al final te preguntan a ti porque saben que tú se lo vas a explicar de manera más fácil. (...). Tampoco tenemos seguro hasta el punto que podemos decir, no sabemos. Se les da la opción de que llamen por la mañana a las siete y pregunten qué tal han pasado la noche, pero yo a veces digo, ¡si quedamos como idiotas! ¿La ha pasado bien? Pero, ¿le han hecho esto? Pero, ¿le han bajado la medicación? Y nosotras, pues lo siento, ¡no puedo decir nada más! Pues para eso, para decir que ha pasado la noche bien o mal, te quedas un poquito rara. Deberían darnos unas pautas de hasta dónde podemos dar información. Pero aquí en la UCI y en todo el hospital. Las enfermeras no podemos dar ninguna información, porque se nos puede caer el pelo. ¡Eso lo sabe todo el mundo! ¡Si quedamos como idiotas! -”.*

Es lógico que este comentario lo exprese la enfermera, dado el nivel de competencia y responsabilidad con el paciente que se les atribuye. Sin embargo, parece que no está permitido hablar con la familia sobre su trabajo, el cuidado del paciente al que le dedican todo el turno.

#### 4.4. DIMENSIÓN HUMANA Y MODELO BIOMÉDICO: METACATEGORÍAS

La **dimensión humana**, es una metacategoría, se encuentra relacionada de forma transversal en todas las categorías. Por ello, se ha considerado que es un vector cualitativo. Representa la complejidad de tratar con seres humanos en situaciones críticas, en las que la enfermera tiene presente la importancia de la comunicación y el bienestar y, por otro lado, la dificultad de vivir el sufrimiento, la ansiedad y la angustia de esa persona y su familia.

Pese a que los cuidados técnicos son de vital importancia, las enfermeras también abordan otros aspectos tales como el bienestar, el confort, la comunicación, la relación con la familia y/o la muerte humanizada; es decir, aquellos cuidados que incluyen aspectos físicos, emocionales y sociales.

Las enfermeras fueron preguntadas si la consecución de la eficiencia clínica se alcanza, en ocasiones, con el sacrificio del sentido humanista de la profesión.

Tal y como puede apreciarse en los siguientes extractos, las enfermeras contemplan los aspectos de carácter emocional, espiritual y/o social que se exponían con anterioridad:

Ainara: - *“Pues mira que él esté bien, sobre todo, que se encuentre cómodo y que esté confortable. Y luego, pues ya, todo el tema médico, todo el tema... La vida, ¿no? Pero cuando están así de mal, que encima están solos, están sin familia, pues que se encuentren así”* -.

Natalia: - *“Yo sólo conozco esta. Entonces, mi opinión es de lo que veo aquí y, desde luego, ¡no estoy de acuerdo! O sea, estoy de acuerdo en el sentido de que sí que es cierto que de entrada, puesto que el paciente es muy crítico, y las medidas de soporte y de estabilidad del enfermo son todo maquinaria y todo súper técnico, sí. Pero luego hay un trato personal y humano importantísimo, o sea, ¡de verdad! En el momento que está el enfermo consciente, ¡es que se le mima hasta el extremo! Lo que yo conozco aquí, ¿eh? O sea se le tiene un cuidado exquisito, en el que esté confortable, que se sienta arropado, lo que*

*necesite. A nivel familiar igual. A mí, desde mi experiencia en esta UCI de aquí, para nada, ¡para nada deshumanizado!” -.*

A pesar del acontecimiento crítico, las enfermeras valoran la confortabilidad. En definitiva, tienen en cuenta otras necesidades que, a pesar de la gravedad, también puede plantear un paciente desde el punto de vista humano: su temor, sus emociones, las de su familia.

Joen: - *“La primera prioridad es el paciente. Tienes que acordarte que, pese a toda la tecnificación que hay aquí, lo importante siempre es el paciente. Son cosas que dan rabia pues: ¡Es que el monitor no va, no sé qué! No tienes que perder el tiempo en arreglar un monitor, ni cosas de esas. Hay muchos datos de los que puedes prescindir en un momento dado para cuidar a tu paciente y no te hacen falta todos estos aparatos. Lo primero es el paciente y las necesidades que te va a plantear, que pueden ser muy distintas, en los distintos tipos de pacientes que tenemos aquí” -.*

Camila: - *“Es que el cuidar a un paciente crítico, yo creo que conlleva muchísimas cosas; no solo lo que es el paciente crítico como enfermo, como cuerpo, por así decirlo, sino que también es su parte emocional y psicológica, y no solo eso, es también su entorno, es el entorno, la familia, que tiene un papel importantísimo, ¿eh?” -.*

Ada: - *“Es muy importante saber lo que le tengo que poner, qué le tengo que hacer ante una arritmia, pero también la importancia de ver qué siente. Porque lo dejan ahí solo, lleno de cables, de monitores. Yo creo que lo que prioriza es, aparte de que todas sus constantes, que todo esté bien, explicarle el entorno, dónde, por qué está aquí; y primero el por qué y qué es lo que vamos a hacer y explicarle un poco todo lo que se le va hacer, ¡eso es importante! ¡Hombre! Y luego en un paciente que está intubado o pseudoanalgesiado, igual la comunicación verbal no puede ser; pues hay que priorizar, pues sí que es verdad que en ese tipo de pacientes, pues priorizas que hemodinámicamente esté correcto, que las funciones vitales estén bien, que esté orinando e ir haciéndole las cosas pues según necesite” -.*



Las enfermeras insisten en que, en las situaciones en las que la comunicación verbal no es posible por el estado del enfermo, se tiende a centrar el cuidado en su situación clínica y, sobre todo, en dar soporte a la familia.

Paula: - *“Desde luego mi prioridad es trabajar lo mejor que sea capaz de hacerlo con el paciente que tengo delante; no solo con el paciente, sino también con su familia”* -.

La influencia de la tecnificación contrasta con el compromiso con la persona que sufre. A través de las anotaciones en el diario de campo, se muestra cómo se realizan los cuidados y cómo se establece la relación con el paciente a través de la comunicación no verbal.

**11:00 horas:** *Cuando entramos en la habitación, Adriana se dispone a cerrar las cortinas con el propósito de que desde el exterior no pueda observarse lo que está sucediendo en la habitación. Ambas podemos comprobar que Eric permanece con los ojos abiertos. Nos mira curioso. Continúa intubado. Eric mueve la cabeza hacia un lado y hacia otro, queriendo comprobar qué portamos en las manos, hacia dónde nos dirigimos, cómo utilizamos lo que hemos trasladado hasta la habitación, en definitiva, qué es lo que hacemos, qué es lo que le hacemos. Adriana se dispone en la parte anterior de la cama donde apoya los sueros, mientras yo avanzo por la parte izquierda de la habitación. - “¡Hola Eric!” - exclama Adriana. - “Ya estamos aquí otra vez. Voy a cambiarte la medicación. ¿Cómo te encuentras? Está Marta de nuevo, ¿te acuerdas de ella? Ella también es enfermera” - explica. Continúa explicándose. - “Eric, tengo que comprobar cómo evolucionan las heridas de tu tripa. Tenemos que curarlas hoy también, ¿vale? Podemos hacer lo mismo que hicimos ayer y hemos estado haciendo esta mañana. Si te duele o molesta algo de lo que hago, puedes guiñarme un ojo, ¿quieres? ¿Te parece bien? Estaré muy atenta a tus advertencias” -.* A continuación, comienza a retirar los apósitos. - *“¿Te hago daño, Eric? Adriana procede de una manera tremendamente delicada. - “Esto marcha bien” -.* Las heridas presentan muy buen aspecto, poco a poco van cicatrizando. - *“Vamos con ello” -.* Mientras realiza la cura, muy concentrada en cada movimiento, no deja de mirar a Eric para comprobar con sus gestos que todo va bien. (...). Una vez que Adriana termina de curar las heridas, coloca un

*apósito sobre las mismas y se acerca a Eric. Con ambas manos, toma su mano derecha y le aprieta con fuerza a la vez que le susurra: - “Muy bien pequeño, lo has hecho perfecto. Ya hemos acabado” -. No suelta su mano todavía. - “¿Estás bien?” -. Eric guiña su ojo derecho, gesto que nos indica que sí, que lo está. Adriana le responde guiñando el suyo. A continuación, coge el timbre que ahora está colocado en la mesilla, y se lo acerca a la cama. - “Aquí te lo dejo, Eric. Aquí cerca para que puedas pulsarlo si lo necesitas, ¿de acuerdo?” -. Él asiente. Ella lo apoya sobre la almohada, con el propósito de que se encuentre lo más cerca posible de su mano (DC 28 octubre, 2014).*

¿Qué elementos de la comunicación no verbal están presentes en las relaciones con los pacientes? ¿Qué significados poseen para la enfermera? ¿Qué significados posee para la persona críticamente enferma? Parece claro que la importancia no reside únicamente en los parámetros clínicos y técnicos. La importancia de la relación con los pacientes la vemos, tanto recurriendo a una actividad desagradable como constituye la aspiración de secreciones, la cual se ve en cierta manera compensada con otra actividad relajante, como es el lavado del pelo y que para la paciente constituye algo tan importante e ilusionante.

**9:40 horas:** *La enfermera me comunica que Carlota se encuentra tremendamente entusiasmada porque ha descansado mucho mejor que cualquiera de las noches anteriores, e incluso se ha levantado con apetito. Además, está muy ilusionada con la idea de que sea el día que han escogido para lavarle el pelo. Entonces, la enfermera proyecta en voz alta una enumeración que hace referencia a todas las actividades que tienen que realizar con su colaboración. (Paula, la enfermera, más tarde me contaría que la implicación de la persona enferma en las actividades inherentes a su proceso favorece la toma de decisiones de la persona junto con el resto del equipo de cuestiones importantes referentes a su proceso). - “En primer lugar, comenzaremos con la limpieza de la traqueostomía, después lavaremos y secaremos el pelo. A continuación, realizaremos el aseo y el cambio de cama como hacemos todos los días por la mañana. ¿Qué te parece, Carlota? ¿Estás de acuerdo?” -. Ella asiente con una sonrisa. - “Entonces comenzamos” - expresa la enfermera. Paula expresa entonces su intención de comenzar con el*

procedimiento de aspiración de secreciones. Carlota asiente con la cabeza. Conoce perfectamente la ejecución. Hoy se cumplen dieciocho días desde su ingreso. Si reparamos en los días que estuvo en la anterior unidad de críticos, constituyen un total de setenta. Antes de comenzar con el ritual, observo que Paula comprueba las constantes vitales que pueden visualizarse en el monitor. Las cifras demuestran que todo está perfectamente, dentro de los parámetros considerados normales, por lo que está preparada para comenzar. Mientras la enfermera verificaba los parámetros, la auxiliar de enfermería adecuaba la cama y situaba a la paciente en posición Fowler, la adecuada para desarrollar este tipo de técnica. Ambas profesionales, quienes se disponen a ambos lados de la cama, ya se han colocado la mascarilla. Paula conecta el aparato de aspiración. A continuación, se coloca un guante estéril en la mano derecha. Con la otra mano, retira la sonda de su envoltorio. Demuestra gran meticulosidad con la finalidad de no rozar objetos o superficies potencialmente contaminadas. A continuación, conecta la sonda de aspiración al tubo del aspirador mientras comprueba la funcionalidad de la misma. Para ello, oprime de forma intermitente la válvula de presión. Después, lubrica la punta de la sonda para introducirla suavemente a través de la tráquea. Un vez que la sonda es introducida en el interior del estoma, Paula anima a Carlota para que tosa con fuerza. De esta manera, tal y como le explica sin apartar la mirada de su rostro, se provoca el desprendimiento de las secreciones más adheridas a la mucosa respiratoria. La enfermera aplica una aspiración intermitente presionando el dispositivo digital mientras realiza movimientos rotatorios con la sonda tomándola entre sus dedos. Carlota no presenta buen aspecto. Esta técnica resulta tremendamente desagradable para ella. Tose muy fuerte, da la impresión de que se ahoga. El tono pálido de su piel, se torna violáceo durante unos segundos como consecuencia del esfuerzo. - "No queda nada, Carlota. Un poquitín más y terminamos. Así, tose un poquito más, así, con fuerza... Muy bien, lo estás haciendo perfecto" - manifiesta Paula mirándola directamente a los ojos. Entonces la enfermera extrae la sonda, procede a limpiarla con una gasa estéril y la lava. - "Es preciso que volvamos a repetir el procedimiento, Carlota. Descansamos unos segundos y rápidamente terminamos. ¿Estás de acuerdo? Si en algún momento necesitas que paremos, dímelo, ¿vale?" -. Ella asiente con la cabeza y con su mano derecha alienta a Paula para que continúe. Y ella repite

*el procedimiento. - “Estupendo Carlota. Lo has hecho perfecto” -. El proceso ha durado escasos segundos, pero la enferma se encuentra exhausta. Apoya la cabeza suavemente en la almohada y cierra los ojos durante unos segundos. Es completamente normal, como más tarde me explicaría Paula. Finalmente, desecha la sonda, los guantes y los envases utilizados. - “Tranquila. Respira profundo. ¿Quieres que esperemos unos minutos antes de hacer el aseo?” -. Ella asiente. Su expresión facial denota cansancio pero aún así, tiene una sonrisa dibujada en la cara. La primera en muchos días. (...). Dafne ha llenado un recipiente con agua caliente. Mientras Paula le explica los pasos que vamos a seguir, Dafne adecúa la altura de la cama y retira la almohada. Carlota se encuentra entonces en decúbito supino, con la cabeza en ligera hiperextensión al borde del cabecero de la cama. A continuación, ambas colaboran en la colocación de un cubo y una bolsa de basura al borde del cabecero. - “Primero vamos a mojar el pelo con agua caliente, lo enjabonaremos dos veces y después te aplicaré suavizante, el cual nos resulta imprescindible para peinarte y no hacerte demasiado daño. ¿Preparada Carlota?” - exclama dulcemente Paula. Ella sonríe. Dafne comienza vertiendo un poco de agua, que empapa todo el cabello. A continuación, la enfermera aplica el champú friccionando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos. Aclaran y efectúan el segundo lavado. - “Paula puedes detenernos cuando así lo creas conveniente, ¿de acuerdo? Si necesitas que paremos en cualquier momento, dínoslo. Estaremos atentas a tus indicaciones en todo momento” -. Y le sonríe. Existe una enorme complicidad entre ambas. Determinadas actitudes, miradas, sonrisas... Se trata de percepciones difíciles de explicar, pero impregnan el ambiente de una magia especial. Percibo la serenidad que experimenta Carlota cuando está cerca de Paula (DC 27 enero, 2015).*

La enfermera realiza dos procedimientos. Uno, muy invasivo, incisivo y desagradable, como constituye la aspiración de secreciones y la limpieza de la traqueostomía. Y, por otro lado, el lavado de pelo, que resulta muy agradable y relajante. En cierto modo, en compensación por el procedimiento anterior.

Por otro lado, el **modelo biomédico** es una metacategoría que se encuentra relacionada de forma transversal en todas las categorías. Por ello se

ha considerado que es un vector cualitativo. Esta metacategoría hace referencia al modelo/paradigma en el que trabajamos los sanitarios en la actualidad. El modelo médico hegemónico prevalece y nos marca los pasos que damos como profesionales. Es difícil escaparse de él y no caer en sus redes, pues la educación está también enfocada en esta perspectiva.

El modelo biomédico está presente en los cuidados técnicos. En cómo se aborda la situación de la familia en la UMI. En la evitación de los desenlaces fatales y muerte, puesto que las enfermeras consideran que es un marrón. No tienen las habilidades para abordarlo de una forma sana y natural. Asimismo, el modelo biomédico está presente en lo que las enfermeras consideran trabajo en equipo. Se sienten parte del grupo porque los médicos saben que técnicamente son óptimas. Necesitan de la figura de un profesional bien visto para mantener ese sentimiento de pertenencia a un grupo. Sienten la derrota cuando no han podido salvar. Sin embargo, no se ayudan de figuras como la del psicólogo o el equipo de paliativos como algo rutinario que, por otro lado, parece obvio. Una vez la técnica no puede solucionar el problema de salud, no continúan cuestionando otros caminos que saben que existen, pero, de algún modo, entienden que son tareas que tendría que incentivar la figura del médico. Uno de los enfermeros alude a la gran cantidad de formación en anatomía y fisiología que le fue impartida en la Universidad, pero no se le enseñó a dar malas noticias, a comunicar, a trabajar en entornos con una carga emocional desbordante. Tienen que aprenderlo fuera de la institución, por iniciativa propia o a través de compañeros que creen que lo hacen bien.

# CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

- ‡ DISCUSIÓN
- ‡ LIMITACIONES
- ‡ CONCLUSIONES
- ‡ IMPLICACIONES FUTURAS PARA LA PRÁCTICA



## 5.1. DISCUSIÓN

La discusión se desarrolla en torno a los dos vectores que emergen del estudio: el modelo biomédico y la dimensión humana, los cuales están presentes de forma transversal en todos los temas.

### MODELO BIOMÉDICO

La importancia y trascendencia del modelo biomédico en esta investigación resulta de la relación que existe entre los temas. Esta metacategoría emerge como parte esencial del estudio.

El modelo biomédico constituye la columna que sostiene la casa, en este caso, la UMI. Este modelo sitúa la estructura arquitectónica, las normas, la forma de plantear la atención a los pacientes, incluso la forma de pensar de las enfermeras.

La adecuación de un hospital supone un importante desafío, pues influye tanto en los pacientes, como en sus familias, como en los propios profesionales. El planteamiento fundamentado en el desarrollo de espacios, áreas, estancias y unidades que funcionen, sean eficientes y respondan en las necesidades funcionales, lidera la inclinación de la arquitectura sanitaria. Los expertos defienden la idoneidad de apropiarse del espacio, convertirlo en lugar, adaptarlo, usarlo, transformarlo y verter en él la afectividad del usuario, pues no solo influye en el bienestar de la persona enferma, sino en el de todos aquellos clientes que utilizan el espacio (Chías y Abad, 2019).

Gabi Heras, uno de los médicos intensivistas que lidera el proyecto HUCI, asistió el 13/04/2016 a las XXI Jornadas de la Escuela de Enfermería de Lugo que se celebraron en el Hospital Universitario Lucus Augusti de esta misma ciudad. Este médico intensivista sostuvo, tras la visita, que “se nota que han pensado el espacio”. Los arquitectos de este proyecto partieron de este supuesto: “Debe ser un esquema abierto de forma que admita transformaciones y movimientos de áreas y que cada área pueda crecer independientemente”



(Ferrero, 2016: 1). Con el propósito de que este movimiento pudiese procurarse de forma natural, se requirió la utilización de un sistema modular. Este líder del proyecto HU-CI asegura que la consecución de este entorno confortable y amable del hospital Lucus Augusti obedece a determinadas características específicas. Por un lado, la existencia de espacios abiertos y amplios. Resulta alentador percibir que dispones de “tu espacio”, además de poder experimentar unas condiciones eficientes, puesto que los largos trayectos que debe efectuar parte del personal se han paliado con la utilización de componentes portátiles eléctricos. Por otro lado, destaca los grandes ventanales que permiten explotar la luz natural todo lo posible y la selección de colores, que aportan dinamismo y calidez a los espacios. Asimismo, Gabi Heras insiste en la fusión de la naturaleza en espacios abiertos al público, entre los bloques construidos del hospital y el paisaje de las proximidades. Contemplar estas vistas desde una cama de hospital, disponer de espacios interiores o exteriores de acuerdo a estas características influyen en la recuperación del paciente, facilitan la estancia y el acompañamiento de la familia, así como suponen un beneficio para que los miembros del equipo profesional puedan evadirse. Por otra parte, las habitaciones cuentan con aseo, ventanas con persiana eléctrica que pueden manipularse desde el cabecero de la cama, televisión individual, música, radio, teléfono, luz ambiente y luz de lectura; no solo esto, sino que el personal del hospital dispone de escuela infantil y centro de día para mayores que pueden utilizar en el caso de que tengan niñas/os o personas dependientes a su cargo. Además, este hospital cuenta con biblioteca, un espacio dedicado para que los profesionales trabajen y descansen (Ferrero, 2016). Lucus Augusti constituye un hospital con carisma, un proyecto cálido. La implantación de los más sofisticados medios tecnológicos se fusiona con una arquitectura competente y transformable conformando un entorno amable por el bien de todas las personas que cohabitan día tras día: pacientes, familia y staff (Ferrero, 2016). La ciudad de Lucus Augusti imitó los preceptos de diseño que Marco Agrippa designó en el Códice de Augusto, conocido como *Vitrum Polio de Architectura*, los cuales satisfacían fielmente los ritos geométricos que el culto a Jano-Quirino-Arkho erigía: “... según el rito de Jano y de geometría igual a su templo, tenía planta cuadrada, formada por: una cuadrícula de doce por doce cuadrados, dividida en cuatro barrios orientados de acuerdo a los cuatro puntos cardinales, e igual que el templo, que

tenía doce columnas. Por este motivo, la ciudad tenía doce puertas de entrada” (Sánchez-Montaña, 2008). Existe un paralelismo entre la capital más cercana al finisterrae romano y este hospital, el cual dispone de una distribución estructural tan extensa como enfocada al disfrute y, en definitiva, a la humanización. El ejemplo de este hospital evidencia la trascendencia de retornar a nuestros antepasados, aún más instituyendo las dimensiones estructurales y la iluminación consideraciones que han infundido la obra de construcciones arquitectónicas inmortales.

En estas circunstancias, el diseño de una unidad de críticos de estas características debe estar planteado desde la fundamentación de determinadas necesidades afectivas y emocionales de la persona críticamente enferma y su familia. La UMI debe integrar la más sofisticada tecnología con el atributo de proponer un entorno amable, dejando de ser un lugar inhóspito, ruidoso e impersonal (Rodríguez, 2019; Serrano, 2018; Vela, Ruiz, Granado et al. 2022). El desafío entre la progresiva tecnificación y una asistencia individualizada es soberbio, pues tal y como manifiestan Velasco Bueno y Heras La Calle (2017), se están formando macroexpertos en microtemas en la práctica asistencial.

Determinadas frases como *lo primero es lo primero* o *te tienes que centrar en lo que te tienes que centrar*, ponen de manifiesto el protagonismo de los aspectos biológicos y técnicos de la UMI.

El modelo biomédico constituye el resultado de un proceso circunstancial, por el que la medicina técnica hipocrático-galénica, de naturaleza empírico-naturalista, integró los paradigmas biológicos de la ciencia experimental, desasistiendo el discurso político social sobre la salud y la enfermedad a finales del siglo XIX (Rosen, 1974 y Menéndez, 1978; en Comelles Martínez, 1993). La instauración hegemónica del modelo médico transformó la medicina sometiéndola a parámetros biológicos y focalizándola en la curación-cuidado, más que en la prevención. Sin embargo, en virtud del reconocimiento innegable de la teoría microbiana como marco teórico de la justificación etiológica, se produjo el desplazamiento de la práctica asistencial individualizada, en la cabecera del enfermo, a otra enfocada en el hospital (Rosen, 1974 y Menéndez, 1978; en Comelles Martínez, 1993: 8).

La sociedad desarrollada occidental ha ignorado algunas de sus tradiciones básicas a favor de coronar el conocimiento científico-técnico y relegar a sus antiguas deidades. Sus códigos, sus principios y sus valores, aquellos que proveían de contenido y significación la vida de las personas, quedaron ocultas por otras modernas *religiones*, conocidas como *Progreso, Ciencia y Mercado*, legítimos defensores de nuestra cultura. Sin embargo, esta corriente científico-técnica, a la que el pensamiento postmoderno intentó afinar, se vio debilitada hace más de un siglo. Iván Ilich, pedagogo y ensayista de origen austríaco, se reveló contra la “epidemia de la medicina” y decretó tres grados o ejemplos de perjuicio médico: la iatrogenia clínica (perjuicio individual), la iatrogenia social (dependencia de la colectividad a los cuidados médicos como enmienda a las dificultades de la vida) y la iatrogenia estructural (fractura de la autonomía del paciente y desposeimiento de su compromiso personal en el cuidado de su salud). Desde aquel momento, la medicina no hace sino avanzar en la misma dirección desacertada. En la actualidad, se han definido en cuatro sus padecimientos: el modelo biomédico, la medicalización, la mercantilización y la tecnolatría, los cuales actúan conjuntamente potenciándose de una forma eficiente y perjudicial (García, 2021).

En términos de Medina (1999: 44): “El modelo biomédico transforma (reduce) la biopsicosociografía del cuerpo en historia de la patología, en la que la subjetividad del enfermo queda oculta en la objetividad de los signos que no remiten a un ambiente vital, a modos de vida, a asignación de sentido a la existencia, sino a un cuadro clínico... La medicina ha reducido la vida humana a desarreglo biofisiológico y cada uno de los avatares de la vida a signos que acaban por no tener valor más que en el discurso y monólogo cerrado de la medicina consigo misma”.

La enfermería ha permanecido oculta bajo la sombra del modelo biomédico, quizás por ello se tiene aún acentuada esta invisibilidad que instigaba a limitarse al desempeño de tareas delegadas y de colaboración, sin certificar su autonomía (Molina, 2011).

Resulta conmovedor el hecho de escuchar los comentarios que ellas expresan de esta forma tan categórica cuando hablan de la información: *Las*

*enfermeras no podemos dar ninguna información o la información la da el médico, porque a las enfermeras se nos puede caer el pelo, eso lo sabe todo el mundo en el hospital.*

En este sentido, este comentario: *la información la da el médico, porque a las enfermeras se nos puede caer el pelo, eso lo sabe todo el mundo en el hospital*, resulta muy sugerente. Este “todo el mundo” implica una situación de poder que obliga a la enfermera a ni siquiera pensar en la posibilidad de informar a los familiares. Pero, lógicamente, la enfermera sabe lo que puede hacer y lo que no, y sabe que “no es idiota”, utilizando esta expresión que ellas mismas han manifestado: *¡Si quedamos como idiotas!*

¿Por qué la enfermera entiende que la información es exclusivamente del médico? ¿Dónde quedan los cuidados? ¿Quién informa de los cuidados, de todo el tiempo que las enfermeras dedican a estar con el paciente, según se ha visto en las continuas descripciones de la observación participante? ¿Qué autoridad tiene la enfermera cuando se trata de ejercer los cuidados de enfermería? ¿Por qué la enfermera tiene que preguntar al médico sobre su trabajo, a lo que dedica muchas horas, conocimientos, esfuerzo, dedicación y empatía? La información no es exclusivamente información médica. Tradicionalmente no se ha contemplado de esta forma. Las enfermeras renuncian a la labor de informar, pues entienden que se trata de una competencia médica. ¿Dónde está el reflejo del trabajo de la enfermera con el paciente y la familia y, sobre todo, con el paciente?

Resulta curioso que en la UMI de este estudio, la enfermera tiene su sitio, un campo de acción, realiza su trabajo de enfermera técnica, que domina perfectamente. Sin embargo, para que todo esto sea evidente, tiene que contar con la aprobación del médico. Un profesional tan bien visto, como es el médico, que valore y entienda su trabajo, las coloca en un nivel alto de autonomía, según su punto de vista. Sin embargo, si advierten este alto *nivel de autonomía y autoridad profesional*, ¿por qué no lo ejercen? La enfermería sigue dependiendo de lo que el médico le permita y todo ello respaldado por el engranaje de la institución. Sin embargo, las enfermeras no se plantean este aspecto. Cada profesional tiene unas áreas de competencia de las que tendría que informar y

no de otras. ¿Por qué tiene que informar el médico de una parte de los cuidados que no le compete? *¿El médico sabe cuántas veces ha guiñado el ojo Eric porque tiene dolor?* El médico sabe que Eric tiene una patología que produce dolor, por lo que este paciente tiene prescrita una pauta analgésica de tratamiento desde que puso el primer pie en el hospital. Por supuesto que el médico reconoce el rictus de dolor cuando entra en la habitación. Sin embargo, también lo sabe porque la enfermera se lo ha contado. La enfermera puede explicarle con qué frecuencia se produce ese dolor, cómo lo describe la persona, cómo lo transforma en palabras, cómo lo experimenta su propio cuerpo, cómo afecta a su situación hemodinámica y cómo afecta a su parte emocional y a la de su familia. Sin embargo, y sin constituir éste un aspecto negativo para los médicos, la enfermera ha pasado con Eric todo un turno, entre siete (turno de mañana o tarde) y diez horas (turno de noche) durante muchos días. En este caso en concreto, durante meses. Es lógico pensar que si pasas siete o diez horas diarias con una persona día tras día, tengas la capacidad de reconocer ciertos aspectos que cualquier otra persona no reconocería, precisamente por los múltiples momentos que una enfermera de la UMI comparte con el paciente.

Sin embargo, llama la atención que la enfermera pasando tantas horas con el paciente y su familia, solo pueda informar de si la persona críticamente enferma ha estado o no afebril o de si ha descansado o ha pasado la noche despierto. Las enfermeras en la UMI pasan prácticamente todo el turno con uno o dos pacientes. Las enfermeras insisten en que conocen milimétricamente cómo reacciona su cuerpo ante una bajada de tensión, ante una cura o ante la llegada de su familia, *conozco dónde tienen hasta los lunares*. Sin embargo, no reconocen estas competencias y capacidades profesionales con el hecho de “poder informar a los pacientes y familias” acerca de lo que ellas hacen y de lo que son responsables. Dicha responsabilidad queda registrada en los documentos de la UMI, ya sea en papel o en el programa informático. ¿Qué ocurre para que la enfermera no se atreva a transmitir la información de los cuidados a pacientes y familias?

Estas cuestiones lograrían negar la autenticidad de su trabajo o, más aún, afianzar el hecho de que no es suficientemente competente para poder hablar

con las familias acerca de la atención al paciente. Las enfermeras saben perfectamente que la información médica es del médico y esto quiere decir que todos aquellos aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico son del área de competencia médica; pero están trabajando con aspectos relacionados con el aseo, el sueño, la alimentación o los dispositivos de alimentación, con las vías venosas, con los miedos del paciente, sus preguntas, sus dudas, su necesidad de apoyo y compañía, su preocupación por su familia. Todos estos aspectos son importantes para el paciente y la familia y constituyen algo a lo que la enfermera le dedica tiempo y esfuerzo. Los médicos y las enfermeras saben la importancia y el valor que tienen en la seguridad, la confianza y la evolución positiva de los pacientes; por lo tanto, no son detalles menores. ¿Por qué se niega a las enfermeras el hecho de su protagonismo en estas dimensiones que son parte de los cuidados de enfermería? Estos aspectos forman parte de la formación esencial en pregrado y por eso las enfermeras lo llevan en el “ADN” y, de una forma intuitiva, lo transmiten y lo ejercen en su quehacer habitual.

Que la técnica posea esta indiscutible posición no exime la importancia de otros aspectos importantes para el cuidado de la persona críticamente enferma y su familia. Las enfermeras consideran el cuidado anticipado, el tener más tiempo para dedicar, la presencia, la empatía, la comunicación y el buen trato, como aspectos imprescindibles de su trabajo. Esto quiere decir que, aunque ponderen la rapidez en sus actuaciones y la correcta realización de técnicas y procedimientos, por la inmediatez de la urgencia vital, consideran los aspectos anteriormente mencionados que, aunque en un segundo plano, casi de forma intuitiva, se tienen en cuenta y se practican.

Zaforteza et al. (2012) insisten en la existencia de desequilibrios en las relaciones de poder entre los miembros de los equipos. Estas cuestiones podrían provocar este déficit de información enfermera. Pardavila y Vivar (2012) proponen un modelo de reparto accesorio de la información, pues lo consideran la mejor opción para aportar una información completa a la familia. Desde la perspectiva de este modelo, las enfermeras brindarían información sobre cuidados: estado de ánimo, confort, descanso, equipo tecnológico utilizado y la

motivación de determinados cuidados. Por otro lado, entre las competencias médicas, se encontrarían la información relacionada con el diagnóstico clínico, pronóstico y estrategias de tratamiento (Escudero, Viña y Calleja, 2014). Resulta paradójico que las enfermeras se consideren unas profesionales con un gran reconocimiento por parte de los médicos, con una gran capacidad para tomar decisiones en situaciones críticas, competentes y autónomas y se continúe asistiendo a estas contradicciones.

En menos de diez lustros, lo cual históricamente es un período de tiempo muy breve, la profesión enfermera en España ha conseguido un desarrollo tal, que probablemente no tenga equiparación con ningún otro colectivo profesional. Esto se traduce en el tránsito de la figura de ATS a las más altas cotas, tanto académicas como profesionales. En la actualidad, el grado de enfermería tiene el mismo nivel que el resto de los grados universitarios y ya es posible que las enfermeras cursen estudios de especialización, máster, gestión, calidad asistencial y doctorado (Palacio et al., 2015).

Entonces, ¿por qué solo pueden informar de si ha estado o no afebril o de si ha descansado bien o mal? En la frase: *¡Si es que quedamos como idiotas!*, queda reflejada la resignación de una de las enfermeras. Sin embargo, parece que dan esta situación por perdida y la mítica frase “esto se hace así porque siempre lo hemos hecho así”, cobra más sentido que nunca. ¿Qué tiene que pasar para que esta situación evolucione? Si la disposición por el cambio no la ejercen las enfermeras, ¿lo van a hacer otros profesionales por nosotras? ¿Dónde quedan todos los cuidados prestados por las enfermeras durante horas, días?

Podríamos añadir a esta reflexión, ¿a quién le interesa que la información sea exclusivamente competencia de los médicos? Parece que con esta forma de entenderla, exclusivamente médica, no se facilita que la enfermera pueda transmitir la información de los cuidados de enfermería a los pacientes y familias. Es como un “secreto”, ocultar algo que “todo el mundo sabe que es parte del trabajo de la enfermera”. Se trata de una cuestión cultural.

Si bien es cierto que para que la información fuese dada tanto por médicos como por enfermeras de una forma rigurosa y natural, cada uno de acuerdo a su área de competencias y actuación, se necesitaría del convencimiento y colaboración de todas y cada uno de los profesionales de la unidad. Esto implicaría un trabajo en equipo; una coordinación reflexionada, aprehendida y ejecutada. A modo de ejemplo, una intubación endotraqueal, técnica realizada habitualmente en la UMI, se enseña y se entiende que constituye un procedimiento que necesita de la colaboración de múltiples profesionales, perfectamente organizados, concentrados, que se coordinen con miradas, verificaciones, órdenes, esto es, con conocimiento, pericia y compañerismo. ¿Podría ejecutarse de esta misma forma coordinada la distribución de la información de los pacientes?

La autonomía no compromete exclusivamente la práctica independiente y/o el reconocimiento que se tenga por parte de otro profesional, sino la aplicación del juicio crítico fundamentado en el conocimiento que establece la enfermera en su ejercicio, autoridad y competencia sobre sus propias decisiones (Luengo y Paravic, 2016). En palabras de Kramer y Schmalenberg (2003), la autonomía es explicada como “la libertad para actuar en lo que se sabe” (43). Keenan (1999) define este concepto como “considerar el juicio independiente para obtener un resultado deseado”. De igual modo, Blanchfield desarrolla este término como “la habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana” (1996). Estas definiciones contemplan el dominio de la competencia y la independencia para perseverar en su aplicación. En el caso al que se está haciendo referencia, la confianza del médico en la enfermera hace que ésta se piense con autoridad y se sienta autónoma. La enfermera se cree capaz si el médico la cree capaz. ¿Por qué sucede esto? ¿Por qué las enfermeras no sienten que sean lo suficientemente autónomas? ¿Puede ser que, en pleno siglo XXI, la enfermera no tenga la certeza de ser capaz de implementar un cambio que mejore la calidad de su cuidado? ¿Será que las enfermeras no valen para ejercer el poder? ¿Será que no quieren? ¿No se les permitirá?



Aunque resulta inexcusable el afianzamiento del rol autónomo de la enfermera, su hábil empoderamiento y autoridad para orientar los cuidados conforme a la más competente evidencia disponible, recurriendo al juicio profesional, los valores y necesidades de las personas usuarias, conmueve el escaso reconocimiento profesional y social de la profesión enfermera. Las cuestiones físicas que se traducen en quehaceres fundamentalmente vinculados a las tareas delegadas de la medicina se convierten en lo visible de nuestra profesión. El control de síntomas y signos, las técnicas y procedimientos constituyen una dimensión reducida del trabajo que ejerce la enfermería. Existe otra dimensión, invisible y subestimada, que siendo trascendente para el cuidado queda relegada por ser difícil de cuantificar y delimitar dentro de nuestras competencias (Huércanos, 2010).

Tapp et al. (2009) efectuaron una investigación en la que las enfermeras confesaron que la autonomía disponía de múltiples interconexiones y se fundamentaba en la consideración y el reconocimiento de todos y cada uno de los miembros del equipo de salud. Esta declaración alienta a cuestionarse: ¿la autonomía de la enfermera se contempla y reconoce por parte de todos los miembros que conforman el equipo multidisciplinar y por las propias enfermeras? Estos autores (2009) manifiestan que la autonomía constituye una insignia de la profesionalización de la enfermería. Sin embargo, la autonomía en la praxis no se desarrolla de forma sencilla, pues el resto de profesionales ignoran la competencia de la profesión o no es valorada ni por nosotras mismas.

Desde la perspectiva de las enfermeras, ellas consideran la enfermería intensiva en un estatus superior, entre otras cuestiones, porque se trabaja en equipo. ¿Se trabaja en equipo en la UMI? ¿Qué entienden en la unidad por trabajo en equipo?

Las investigaciones efectuadas en la práctica colaborativa se han centrado en los obstáculos y/o elementos facilitadores del trabajo en equipo y el impacto en la salud de las personas (Buljac-Samardzic et al., 2010; Richardson & Storr, 2010). Sin embargo, no predominan los estudios que examinen la condición de las interacciones, la causa de los conflictos o las dificultades por la

falta de colaboración entre los profesionales (Miro-Bonet, 2010; Reeves, Lewin, Espin & Zwarestein, 2010).

Pese a que la práctica colaborativa fundamenta un desafío en nuestro ámbito de trabajo, no se ha contemplado una transformación notable en los últimos treinta años en nuestro país (Reeves et al., 2011). Además, se trata de publicaciones retóricas o políticas que exponen interpretaciones generales, reflexiones personales y/o teorías sociológicas (Fewster-Thuente & Velsor-Fiedrich, 2008). Países como Inglaterra, Canadá o Norteamérica han destacado por su implicación en la investigación en seguridad y calidad de los servicios desde el enfoque de una práctica colaborativa. Los resultados de estas investigaciones internacionales han revelado una mejora de la práctica profesional y, en consecuencia, la realidad de una asistencia más efectiva y eficaz del sistema sanitario (Tomizawa et al., 2014). La práctica colaborativa ha sido contemplada en determinados programas de salud pertenecientes a servicios públicos de reconocimiento internacional como un cimiento fundamental para la consecución de una mayor efectividad y seguridad en la atención de los pacientes. Algunos de estos servicios públicos se exponen a continuación: el Department of Human Services (Victoria, Australia), la National Patient Safety Agency (Gran Bretaña), el Cambridge Health Alliance (Estados Unidos), el Department of Health and Human Services (Estados Unidos), la Ontario Agency for Health (Canadá), The Institute Of Medicine (The IOM, Estados Unidos), que insisten en la confianza, en una comunicación abierta y tolerante y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Estados Unidos), que en colaboración con la World Health Organization (WHO), ha desarrollado una guía de trabajo que explora una adecuada comunicación entre profesionales referente al intercambio de información de pacientes (Havens, Vasey, Gittell & Wei Ting, 2010). ¿Qué papel juega la enfermera en los equipos de estos centros?

A modo de ejemplo, en la década de los setenta, surgió en Estados Unidos el proyecto conocido como Project Magnet Hospital (Hospital Magnético), fundamentado en el entendimiento de las funciones de los diferentes profesionales, la implementación de las diferentes competencias con los

pacientes, sus familias y el equipo de salud y la constancia en la aplicación de nuevas evidencias. En definitiva, se trata de emplazamientos que cooperan por conseguir un ambiente de trabajo seguro y positivo, con el objeto de procurar los recursos que permiten lograr la excelencia práctica a los profesionales de la salud. El modelo de acreditación de estos hospitales se concede evaluando las siguientes premisas: Transformational Leadership (liderazgo transformacional), Structural Empowerment (empoderamiento estructural: fortalecimiento de la capacidad innovadora de las organizaciones), Exemplary Professional Practice (práctica profesional ejemplar), New Knowledge: innovation & improvements y Empirical Quality Results (nuevos conocimientos, innovación y mejoras). La tercera premisa considera la significación de las relaciones entre profesionales para estimar la práctica profesional ejemplar en el centro (López, 2004; Miró, 2018).

Sin embargo, la investigación sobre el trabajo en equipo en nuestro país constituye un desafío, tanto para las instituciones como para los profesionales sanitarios (Tomizawa et al., 2014). En España, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud no considera de forma tajante el progreso del trabajo en equipo como cuestión ineludible para la mejora de la atención sanitaria. Pese a que los resultados de las investigaciones sobre práctica colaborativa han fundamentado una relación correlativa entre la práctica colaborativa y la mejora de la seguridad, no constituye una línea estratégica en las políticas de salud de nuestro país (Kitto et al., 2015).

Se sabe que la enfermería ha sido una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres y que se ha desarrollado tradicionalmente junto a profesionales médicos, bajo su supervisión y siendo considerados como un colectivo de gran prestigio. El género ha marcado el curso de nuestra profesión. Piqué Prado asegura que la representación social de las enfermeras está ligada a la subordinación, a la complacencia, a la impasibilidad, a la debilidad, a la delicadeza y a la ternura (Fajardo y Germán, 2004). Los cuidados vinculados a la tecnología médica poseen un reconocimiento profesional y social, pese a la desconsideración de los cuidados invisibles de enfermería que también acompañan al acto médico (Huércanos, 2013). Las investigaciones realizadas

por Lévi-Straus (1961) y Bordieu (2000) demuestran que las intervenciones relacionadas con el género femenino, y más concretamente con los cuidados de salud, adquieren una connotación natural y empírica, mientras que el acto médico evidencia una actuación científica y racional (Fajardo y Germán, 2004). Además, se determinó una validez que difiere entre las acciones de hombres y mujeres y en la relación médico-enfermera, cuestiones que desde hace décadas están siendo investigadas desde la perspectiva de género.

El estudio realizado por Fajardo y Germán (2004) determinó que el género influye, pues existen intervenciones y/o acciones estimadas femeninas, que se traducen supeditadas a falta de medición y valoración económica. Asimismo, esta investigación manifiesta la falta de reconocimiento de la enfermería por parte de las instituciones, de sus compañeros médicos y de la sociedad. Las relaciones médico-enfermera habituales obstaculizan nuestro progreso, pues prevalece la dependencia y el sometimiento. En esta línea, Louise Otto-Peters, escribía en 1849: “Las enfermeras (mujeres) serán olvidadas si ellas se olvidan de pensar sobre sí mismas” (Fajardo y Germán, 2004). Este enunciado fue escrito en el año 1849, ciento setenta y tres años han pasado desde la emisión de esta afirmación, ¿qué o quiénes obstaculizan nuestra disciplina?

En definitiva, estas reflexiones chocan con que el significado que le dan las enfermeras a la enfermería intensiva suponga un *estatus superior*. La enfermera sabe que tiene la responsabilidad del control físico y tecnológico del paciente. Esto genera una sensación importante de autonomía y autoridad, dado que tienen el control de situaciones de gran complejidad. Los límites entre la vida y la muerte son lo cotidiano, es necesario trabajar en mucha sintonía con los médicos. Su confianza y su reconocimiento implican el reconocimiento profesional de las enfermeras. Todo ello contribuye en nuestro estudio al hecho de que las enfermeras se sientan realizadas y piensen que están desarrollando la enfermería en su toda su amplitud, a pesar de que existen aspectos de los cuidados que no identifican como cuidados de enfermería. Como decíamos, las enfermeras están controlando la aparatología, la técnica, el monitor. Por otro lado, y aunque casi de forma intuitiva, las enfermeras controlan todo lo demás. Les es algo innato, aunque no se gestiona de la forma más adecuada posible.

Sin embargo, nunca pierden de vista aspectos tan importantes como constituyen el confort y el bienestar de la persona críticamente enferma o la posibilidad de que una familia aumente el tiempo de visita por la complejidad de la situación que está experimentando.

Por otro lado, la falta de autonomía de las enfermeras supone una de las principales barreras para la implementación de la evidencia (González, Pericas, Bennasar, Adrover, Morales, De Pedro, 2012; Solomons & Spross, 2011). En un estudio realizado en el año 2014 en nuestro país, en el que se exploraron el uso, las actitudes y los conocimientos sobre práctica basada en la evidencia en estudiantes de enfermería pertenecientes a tres Universidades diferentes, se concluyó con la falta de formación en esta área. Una de las potenciales dificultades detectadas fue la escasez de conocimiento sobre lectura crítica de la evidencia encontrada, cuestión imprescindible para la implementación de los resultados (Gómez, Hueso, González, Cañadas, Celdrán y Amezcua, 2014). La enfermería tiene que seguir demostrando que tiene algo que decir, que tiene argumentos que aportar, los cuales están basados en ciencia, con el propósito de que se nos reconozca y se tengan en cuenta nuestras aportaciones.

En el siglo XXI, los cuidados de enfermería y el área de competencia de la enfermera no tiene nada que ver con el área de competencia del médico. Trabajamos con el mismo objetivo, que es la atención al paciente y la familia, pero cada uno con sus competencias y requerimientos profesionales. A nadie se le ocurriría decir que el psicólogo o el farmacéutico están en una situación profesional inferior a la del médico. Cada uno tiene su área de conocimiento y competencia y, en este caso, la enfermera es un profesional con los mismos criterios académicos de cualquier disciplina universitaria.

Sería pertinente preguntar a la institución si realmente quiere o necesita enfermeras sometidas al modelo y poder médico, con lo cual, obedientes y conformistas o estaría bien pensar en las enfermeras como profesionales competentes, críticas y con iniciativa en la atención y los cuidados. Seguramente éste sería un modelo de profesional actual, coherente con el siglo XXI, con la investigación y la innovación en los cuidados de enfermería. Con este modelo seguramente ganaríamos todos: la institución, los profesionales y, por supuesto,

los pacientes y sus familias. Sin embargo, ello requiere admitir y aceptar un profesional más crítico, menos sumiso y menos conformista.

Si la enfermera es competente en relación a las exigencias profesionales del siglo XXI, resulta chocante que el tipo de profesional que se fomenta sea el modelo de profesional del siglo XIX.

El ámbito de actuación y la investigación en enfermería se ha extendido alcanzando posiciones dirigidas hacia diversas dimensiones y orientaciones. Este avance necesita de la instrucción de profesionales consecuentes con su práctica y del alejamiento de aquellos componentes que subordinan y despersonalizan su quehacer diario. Esta enseñanza se hace necesaria en la derrota del modelo biomédico de atención, aún imperante en los centros sanitarios. Este modelo médico hegemónico consolidó la formación de profesionales sanitarios enfocados en la patología y la superespecialización fisiológica. Por el contrario, este modelo no consideraba la complejidad de los requerimientos de salud de las personas. En términos de Rutz y Buss (2015), la política ocupa una posición importante y necesaria en este cambio que es urgente. Desde la perspectiva de Hannah Arendt, la política constituye un espacio de autodeterminación en el que poder pretender, recapacitar e intervenir sin obstáculos (Rutz y Buss, 2015: 21). En este contexto, las enfermeras con un posicionamiento político consiguen, no solo la base de su práctica en la ciencia, sino también en la contribución a cuestiones que afectan a las personas y a sus familias, además de reclutar a otros compañeros, pacientes y familias favoreciendo su liberación profesional y autonomía (Rutz y Buss, 2013).

Esta ausencia de emancipación profesional puede originar un riesgo que se fundamenta en la frustración del profesional, que siente que no puede crecer y que su percepción radica en que pertenece a un grupo profesional que está situado por debajo del médico.

Hace unos años la célebre enfermera Dra. Denise Gastaldo reprodujo la frase “la anorexia de poder de las enfermeras”, y en la actualidad se podría asegurar que “es el poder el que tiene anorexia de enfermeras y no porque no encuentre apetitosa la oferta, más bien porque esa oferta remueve la misma

esencia del poder y del orden establecido en la atención a la salud y a la enfermedad de la población, en la sanidad. O al menos así debería ser” (Oltra, 2015: 3).

En términos de Oltra (2015) “la enfermería hoy, es una amenaza, no porque pretenda serlo, pero porque de hecho lo es. Una amenaza al poder establecido, al hegemónico, ese que ha tocado techo, que no es capaz de dar soluciones y que cada vez provoca más problemas, excepto a los grupos de poder que se siguen viendo favorecidos” (2). En la actualidad, la enfermería supone una amenaza. Esta intimidación se manifiesta porque se trata de una disciplina emergente, que resurge con prestigio social, sensatez, conocimiento, juicio, experiencia y, máxime, con argumentos que aportan y un fin manifiesto, el empoderamiento y la autonomía de “el otro”, pues su vocación se fundamenta en el servicio. La máxima de nuestra disciplina es el cuidado y, por ética deontológica, no únicamente debe estar cimentado en el cuidado individual, sino también en la innovación de una naturaleza que permita desarrollar este bien interno con todo lo que debe comprender y, para su consecución, la enfermería tiene que tener presencia en contextos de toma de decisiones y en los poderes públicos con una obstinación transformadora (Oltra, 2015).

### **DIMENSIÓN HUMANA**

La trascendencia de la dimensión humana en este estudio resulta de la relación que existe entre determinadas categorías. Este vector o metacategoría emerge como parte constitutiva del estudio y esta presenta en todos los temas, de una u otra manera.

Se puede confirmar que las enfermeras tienen en cuenta esta condición del ser humano: sus necesidades emocionales, sociales y espirituales. Se puede apreciar en comentarios como el de Candela: - “Soy capaz de si no tengo trabajo y me necesitan estar hablando con el enfermo, ¡o lo que sea! (...)” -. Las enfermeras consideran la necesidad del paciente de tener a su familia cerca, la necesidad de que la familia esté en la UMI. Sin embargo, ¿por qué no consideran la necesidad de que exista una figura en la unidad que oriente en

todas estas cuestiones cuando la situación es dramática? Que, por otro lado, el porcentaje de que en unidades de intensivos se den situaciones muy complicadas, es muy elevado, es lo habitual. ¿Cómo puede quedar relegada a la función de un sacerdote?

Llama la atención que no se utilice la figura del psicólogo, a pesar de mencionar las dificultades que tienen para afrontar determinadas situaciones con la persona enferma y su familia, e incluso entre ellos, los profesionales.

¿Puede ser que el desarrollo tecnológico, la tecnificación de los cuidados, la complejidad de las políticas sanitarias, los criterios economicistas del hospital o la naturaleza del propio trabajo puedan favorecer la deshumanización del cuidado hasta el punto de situar al sacerdote como psicólogo?

Alguna enfermera comentaba que reconocía que podía estar bien la opción de contar con un psicólogo. Pero, en el caso de que así se precisara, pasaría completamente porque el médico hiciera una hoja de interconsulta para el departamento de psicología del hospital. Entonces, esa autoridad que resaltan que la enfermería tiene en la UMI, pero no en otros sitios del hospital, ¿dónde queda? ¿Cómo se utiliza? ¿Para qué sirve?

Los sacerdotes tienen una elevada presencia en este tipo de unidades. Algunos estudios demuestran que el 80% de los pacientes que fallecen en una UCI han sido visitados por el sacerdote los días precedentes. Asimismo, las familias que han recibido una atención espiritual en las veinticuatro horas anteriores al fallecimiento de un ser querido, han revelado una mejor satisfacción con respecto al cuidado (Al-Mutair, Plummer, Clerehan & O'Brien, 2014; Choi, Curlin & Cox, 2015).

Puede que esta utilización de la figura del sacerdote evidencie una forma de evitación, una forma de no enfrentarse a sus miedos, carencias.

Si la UMI es un servicio que requiere un nivel alto de cualificación, cabe pensar que las enfermeras tendrán una formación específica en relación a la tecnología y al manejo de un paciente complejo, como constituye el paciente crítico. Por otro lado, aparte de la formación técnica, también cabría pensar en



otro tipo de formación. Una de las preguntas ha estado centrada en el tipo de formación que poseen para abordar las situaciones difíciles del paciente y su familia. Las enfermeras del estudio prefieren evitar los desenlaces fatales como una forma de autoprotección, independientemente de la edad del paciente. ¿Por qué no somos capaces de gestionar estas situaciones si, por otro lado, son muy habituales en las unidades de críticos? Así lo demuestra el comentario de Camila: - “Prefiero no estar cuando fallecen, ¡uf! No sé ni cómo dirigirme al enfermo ni a su familia... ¡Es un marrón!” -.

Las enfermeras consideran que les falta formación y que no están preparadas para dar malas noticias. Su aprendizaje está basado en la experiencia y la pericia de cada cual como habilidad personal, en lo que aprenden viendo a compañeros que lo hacen bien. Algunas enfermeras reconocen su práctica basada en el buen hacer, aspecto que les es casi innato, pues reconocen que no han sido formadas en todos los ámbitos que la profesión requiere y que, a su vez, también está ligada al carácter de los profesionales. Queda patente en este comentario de Camila: *Vas mucho entre comillas pues de hermanita de la caridad. Yo reconozco que no tengo ninguna habilidad, ni nada, nada más que mis buenas palabras, mi buen hacer o lo que yo creo que son buenas palabras y buen hacer.*

La actividad profesional de la enfermería, que se forma en la universidad, ¿puede quedar relegada a lo que los profesionales creen que son buen hacer y buenas palabras?

La idea de la formación desde un punto de vista biológico y tecnológico parece aceptada como punto central de la formación. Paula añade la necesidad de formación emocional para afrontar o abordar situaciones complicadas, pero cotidianas. Quizás resulta paradójico que, por un lado, las enfermeras reconozcan su falta de formación en situaciones emocionales y, consecuentemente, no exista una demanda en este sentido. Tal y como se expresa, los profesionales de enfermería experimentan una serie de dificultades para formarse en áreas más específicas del cuidado.

Se insiste en la exigencia del manejo en aspectos de comunicación afectiva en las unidades de críticos. Este tipo de comunicación debería iniciarla el equipo e incluir tanto al paciente como a su familia (Rojas, 2019). En un proyecto llevado a cabo por Rojas (2019), se catalogaron tres aspectos imprescindibles en el establecimiento de la comunicación afectiva, de los cuales son dos los que se destacan: a) la utilización de la tecnología como intermediaria de la comunicación en pacientes que no tienen la capacidad de hablar, incluso el empleo de métodos de bajo coste, como la utilización de papel y lápiz, que se ha probado que reducen el estrés y la ansiedad y b) la transmisión de la situación periódica del paciente junto con el equipo de enfermería, la disposición de encuentros de familiares con propósitos definidos, pues favorece el trabajo en equipo, disminuye los conflictos y aumenta la determinación.

Otra de las enfermeras de la UMI, al ser preguntada por su relación con el paciente y su familia, responde que - “un poco lo que ellos demanden, tiene que haber un feedback, depende del día que tengas” -.

No es cuestión de pensar que es algo relacionado con el carácter o estado de ánimo. Cuando se requiere utilizar la ventilación mecánica, o se sabe o no se sabe, no se trata de una cuestión del estado de ánimo. En este sentido, manejar situaciones complejas requiere saber hacerlo, además de tener experiencia. En un estudio realizado en el año 2019, las enfermeras de una UCI de nuestro país manifestaron que la formación en cuestiones emocionales y/o psicológicas del cuidado son aplazadas, pues no se consideran un aspecto imprescindible en la atención crítica (Santana, Santana, Bernat, Linares, Alemán y Acosta, 2019).

Una elevada incorporación de importantes avances tecnológicos, así como la complejidad que caracteriza a este tipo de pacientes, podría haber favorecido una elevada tecnificación del cuidado, suscitando una visión reduccionista de la persona enferma. La importancia de la instrumentalización queda patente. Aún así, las enfermeras nunca se han olvidado del resto de las dimensiones de la persona enferma.

Por otro lado, aunque la teoría es evidente, ¿cómo se da en la práctica? ¿Se da por medio de tener buenas intenciones, cariño y confort? ¿Qué relación existe entre la teoría enfermera sobre el cuidado y su aplicación en la práctica de cuidados intensivos?

La finalidad de la investigación de enfermería radica en la implementación de los hallazgos, esto es, una Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) que promueva resultados de calidad (Burns y Grove, 2012). La investigación intensifica el prestigio de las intervenciones de la enfermera como experta en su disciplina y la toma de decisiones se convierte en un proceso eficaz. La autonomía se convierte en un elemento decisivo para la consecución de la EBE y, consecuentemente, para alcanzar el reconocimiento profesional y el perfeccionamiento de la calidad de los cuidados enfermeros (Luengo y Paravic, 2016). Sin embargo, existe una fisura entre la investigación y las decisiones que las enfermeras toman en la práctica diaria profesional, pese a que la evidencia defiende la implementación de resultados de calidad y pese al sacrificio, al progreso y a los nuevos instrumentos que se están perfeccionando en este ámbito y los recursos de alta calidad disponibles en nuestra disciplina (Gallagher, 2004; Pérez y Amezcua, 2017). Además, cabe citar que los modelos de “medicina basada en la evidencia” y “enfermería basada en la evidencia”, aunque necesarios, suponen una amenaza. Si nos regimos estrictamente en cuanto a guías y protocolos cerrados normalizados, que no consideren el grado de satisfacción del paciente o la adherencia al tratamiento, volvemos a tener el riesgo de perder la humanidad (García, 2021).

Aunque la UCI puede entenderse como un lugar hostil, los profesionales defienden que se trata de una unidad en la que los profesionales poseen una presencia continua y este aspecto resulta evidente para las personas ingresadas.

En la literatura, la presencia de la enfermera se ha descrito como “un intercambio integral y recíproco entre la enfermera y el paciente que implica una conexión sincera y un intercambio de experiencia humana mediante la escucha activa, la atención, la intimidad y el toque terapéutico, la exploración espiritual, la empatía, el cuidado y la compasión, y el reconocimiento de las necesidades

psicológicas, psicosociales y fisiológicas del paciente” (Hessel, 2009). La presencia de la enfermera resulta intangible, si se compara con otros resultados de calidad y seguridad. Sin embargo, la presencia constituye una de las armas más poderosas que podemos brindar como enfermeras, la cual trasciende en la satisfacción de la persona enferma y su familia (Fahlberg & Roush, 2016). La atención plena en enfermería se define como “un proceso de transformación, donde se desarrolla una creciente capacidad para experimentar el hecho de estar presente con conciencia, aceptación y atención” (White, 2014).

El ratio enfermera-paciente de la UMI permite el conocimiento exhaustivo de la persona enfermera y, por lo tanto, un enorme control sobre la situación de la mismo. De esta forma, las enfermeras confirman que consideran otros aspectos de la persona los cuales, en otros servicios, podrían pasar desapercibidos.

La humanización constituye una alianza con la persona, su familia y su forma de vida. Este concepto incluye el comportamiento ético de valorar a la persona atendiendo a todas sus dimensiones (de la Fuente, Rojas, Gómez, Lara, Morán y Aguilar, 2018). Las enfermeras insisten en una práctica humanizada de la enfermería en la unidad. Se atreven a confirmar que más humanizada que en cualquier otra parte del hospital. Además, insisten que la UMI no es como las unidades de intensivos frías y hostiles que aparecen en la literatura. Nada de eso. ¿Qué es lo que la hace diferente?

Como afirma Suárez (2015) “para humanizar en sanidad hay que respetar que cada persona es única e irrepetible, y responde de manera diferente a las crisis vitales”. Por el contrario, la deshumanización significa despersonalización. Esta desvinculación desemboca en la convicción del proceso patológico como único propósito de intervención sanitaria (de la Fuente, Rojas, Gómez, Lara, Morán y Aguilar, 2018). Tal y como sostiene Suárez, las principales causas de la deshumanización se fundamentan en “la dictadura de la tecnología que lleva a la cosificación del enfermo, la superespecialización, la aplicación de los criterios mercantilistas a la gestión sanitaria, y la negación de que el sufrimiento y la muerte afectan por igual a pacientes, familiares y profesionales” (2015). La dedicación intensiva a la tecnología ha podido desplazar o excluir las

necesidades humanas de pacientes, familias y profesionales (Heras, Oviés y Tello, 2017). Sin embargo, la medicina más sofisticada y la rigurosa organización de los cuidados intensivos deben flexibilizarse en favor de aunar, no solo los más novedosos recursos tecnológicos y científicos, sino también los más óptimos valores humanos. Si se desea humanizar el cuidado, no puede quedar excluida la familia.

Tal y como expresa Domínguez-Alcón (1999) la noción de cuidado constituye la base de nuestra profesión y la investigación nos capacita para profundizar en los fundamentos constitutivos de la enfermería con el objeto de ratificar los elementos de la práctica y autentificar nuestra actividad profesional. La investigación legitima la enfermería como profesión y permite el desarrollo de un cuerpo de conocimiento imprescindible para la prestación de cuidados a la población (Solís, Serrano, Cano, Luengo y Subirana, 2008). Los cuidados de enfermería necesitan experiencia profesional, la más óptima evidencia disponible y la perspectiva del paciente, su familia, los profesionales y el sistema sanitario (Vicente y Altarribas, 2014).

Se considera necesario pensar en la UMI como un entorno que ha de facilitar la estancia de las personas críticamente enfermas y sus familias y este planteamiento requiere un cambio de mentalidad en los profesionales y las instituciones. El diseño de la UMI tiene que ser modificado. No solo debe estar dotada de sofisticada aparatología, sino también ha de invertirse en organización, bienestar ambiental y humanización.

La visión de la práctica cambia cuando la enfermera ha vivido la experiencia de estar en la UCI. Esta experiencia genera una reflexión que permiten identificar las limitaciones existentes en el cuidado, lo cual influye en la forma de cuidar en la práctica.

La sociedad occidental asiste a un fenómeno en el que se produce el desplazamiento de la muerte y de los moribundos a los hospitales desde sus hogares (Sánchez, Gil, Iglesias y Sanz, 1998). Por ello, la gestión del proceso de muerte se convierte en fundamental para las instituciones sanitarias (Montoya, 2006). El progreso de la medicina intensiva ha rectificado el concepto de muerte.

La práctica enfermera se inscribe dentro del modelo curativo, lo que provoca determinados dilemas éticos, puesto que las enfermeras pretenden que las personas tengan una muerte digna y humanizadora. Nos han enseñado a salvar; no asumimos la muerte como parte de nuestras competencias, lo que nos provoca tensión y frustración (Achury, Pinilla y Alvarado, 2015; Mussolin, Meneguín, Aguiar & Bronzatto, 2014; Sadler, Hales, Henry, Xiong, Myers & Wynnychuk, 2014). Sin embargo, la calidad de la atención de las personas que fallecen en la UCI se ha convertido en una cuestión de significativa trascendencia en los últimos años. Efectivamente, los cuidados paliativos están inscritos dentro de los cuidados intensivos; se tratan, por tanto, de una competencia asistencial más (Girbau, Monedero, Centeno y Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI, 2017; Monzón, Saralegui, Abizanda, Cabré, Iribarren, Martín et al., 2008; Truog, Campbell, Curtis, Haas, Luce, Rubenfeld et al., 2008). Según los resultados del estudio SUPPORT, el fallecimiento en la UCI provoca más sufrimiento que si se produce en otros departamentos del hospital. Además, aunque la muerte humanizadora se trate de un compromiso de la práctica profesional en la UCI, todavía existen personas que fallecen en soledad, que tienen dolor u otros síntomas mal controlados y/o experimentan tratamientos intensivos prolongados, en ocasiones, hasta el final.

Hablar de la muerte no resulta sencillo, pues nos recuerda historias vividas. Pese a que la formación académica actual contempla esta necesidad pedagógica, continúa existiendo una deficiencia en la forma de abordarla. Por ello, las enfermeras continúan expresando dolor por la pérdida, sentimientos de negación, insatisfacción, tristeza y rabia por no poder mantener la vida de la persona enferma (Celma y Strasser, 2015; Guedes y De Oliveira, 2013; Zheng et al., 2016). Así pues, tal y como sostienen Kent et al. (2012), la primera muerte a la que se enfrenta una enfermera permanece para siempre en su memoria. El cuidado empático de la persona críticamente enferma y su familia influye en la vida personal y profesional de la enfermera; más que una obligación profesional, el proceso de morir se convierte en una responsabilidad humana (Lopera, 2015). El cuidado de la persona enferma y su familia descubre una connotación compleja, con múltiples áreas que abordar. Estas dimensiones requieren una formación adecuada que permita, no solo la cimentación de profesionales

sanitarios implicados en la concesión de un cuidado crítico, reflexivo y humano en la etapa final de la vida, sino la enfrenta desde una perspectiva eficaz del manejo de las emociones (Stochero et al., 2016).

En conclusión, la formación pre y posgrado en el proceso de muerte resulta necesaria para adoptar una buena actitud ante la misma. Asimismo, la realización de estudios cuantitativos y cualitativos que posibiliten la comprensión del pensamiento de las enfermeras y cómo éste influye en la relación de cuidado, se convierte en inaplazable. El contacto constante de las enfermeras con la muerte transforma en urgente la exploración de esta cuestión, pues esta disposición influye, no solo en ellas mismas, sino en el cuidado que reciben las personas críticamente enfermas y sus familias (Cáceres, Cristancho y López, 2019). Efectivamente, los cuidados paliativos están inscritos dentro de los cuidados intensivos; se tratan, por tanto, de una competencia asistencial más (Girbau, Monedero, Centeno y Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI, 2017). El estudio realizado por Girbau, Monedero, Centeno y el Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI (2017) deseaba clarificar la calidad asistencial en el final de la vida en UCI, pues existen criterios de excelencia descritos que convierten esta investigación en un proyecto inexcusable. En este estudio participaron un total de quince UCIs y doscientos noventa pacientes fallecidos. Los resultados del mismo confirmaron que existe un déficit de atención en el final de la vida, pues el manejo de síntomas no se aborda de forma global. Este indicador, que es entendido como el quinto signo vital en determinados hospitales (Rosen, Dower, Parker & Mosh, 2012), necesita de una valoración cuantitativa reglada que se cumplió solo en un tercio de los pacientes. Otra de las barreras que evidencia este estudio está relacionada con una política de visitas restrictiva que, aunque disminuye conforme se acerca la muerte de la persona enferma, refleja la ínfima transformación que ha experimentado la accesibilidad de la familia en estas unidades en los últimos años (Escudero, Martín, Viña, Forcelledo, García-Arias, López-Amor, 2015). Por otro lado, una de las fortalezas que destaca el estudio, consiste en la determinación del tratamiento consensuado con el paciente y su familia (Girbau, Monedero, Centeno y Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI, 2017), cuestión que ha evolucionado en las últimas décadas.

Una revisión sistemática de la formación acerca del duelo en los planes de estudio de enfermería realizada en el año 2017 en España, concluyó con que catorce de las diecinueve comunidades autónomas incorporaban materia vinculada con la muerte y el duelo. Esto quiere decir que cuarenta y seis de las noventa y dos universidades de nuestro país, ofertan formación acerca de estas cuestiones (Sánchez y Delgado, 2017). Sin embargo, no resulta suficiente. Las enfermeras tratamos diariamente con el sufrimiento y la muerte; por tanto, el modelo de enseñanza y práctica actual dista de la excelencia, pues la enfermería debe estar en la vanguardia con el objeto de comprometerse con la mejor atención en el final de la vida, tanto a la persona enferma como a sus familiares (Martí, García, Schmidt, Fernández, Montoya y Cruz, 2016; Oses, Legault y Martínez, 2020). Un estudio realizado en el año 2012 manifestaba que la consideración de las enfermeras españolas se centraba en el cuidado físico en detrimento del cuidado emocional, social o espiritual (Arantzamendi, Addington-Hall, Saracíbar & Richardson, 2012). La investigación realizada por Ballesteros et al (2014) insiste en cuatro cimientos en los que puede apoyarse la formación en cuidados paliativos. Estos son: fomentar una visión global de la disciplina enfermera, la importancia de la interacción con el paciente, la autorreflexión personal en cuanto al concepto de muerte y su importancia en el currículum profesional.

En el momento en el que se produce una situación irreversible, impera la necesidad de establecer un diálogo cauteloso con la persona críticamente enferma, su familia y el resto de profesionales sanitarios implicados. El planteamiento de dichas cuestiones resulta necesario en un intento por pactar de forma consensuada los tratamientos de soporte vital, los cuidados que garanticen el confort, el control de síntomas, la evitación del sufrimiento y el acompañamiento, si fuese necesario, tanto a la persona enferma como a su familia desde una perspectiva de la atención humanizada (Rubio y Ventura, 2020). La evidencia insiste en la complementariedad de los cuidados intensivos y los cuidados paliativos; ambos tienen que formar parte de una ética integradora (Truog, Cist, Brackett, Burns, Curley, Danis et al., 2001).



Una de las estrategias de afrontamiento descritas por los informantes del estudio realizado por Gálvez, Ríos, Fernández, del Águila, Muñumel y Fernández (2011) consistía en el distanciamiento. Se definía el distanciamiento como “los intentos de apartarse del dolor y sufrimiento vividos ante la presencia de la muerte en la jornada de trabajo, evitando pensar en ello” (17).

Una comunicación adecuada con la persona críticamente enferma y su familia permitiría una comprensión más natural del proceso, sin provocar un duelo patológico. La bibliografía evidencia que las enfermeras desestiman esta comunicación y/o se alejan de la familia con el objeto de no sufrir o por la falta de habilidades de comunicación ante esta situación. Por las cuestiones anteriormente expuestas, se deduce que las habilidades de comunicación tiene que ser entrenadas y aprendidas por las enfermeras para que la familia se sienta protegida y comprendida en un contexto de muerte humanizada (Achury, Pinilla y Alvarado, 2015; Mussolin, Meneguín, Aguiar & Bronzatto, 2014; Sadler, Hales, Henry, Xiong, Myers & Wynnychuk, 2014).

¿Cómo afrontan, cómo gestionan estas situaciones las enfermeras de la UMI? ¿Cuentan con formación para afrontar la muerte y saber que es una de las situaciones que se dan en la UMI? El tratamiento curativo tiene un límite, al igual que la vida. Hay que desarrollar estrategias para el manejo de emociones, ¿cuenta con esta idea la institución o la unidad?

La literatura manifiesta que el mecanismo de evasión o distanciamiento, como respuesta a la enfrenta de un acontecimiento doloroso, es frecuente en las enfermeras que se enfrentan a la muerte de un paciente. Este alejamiento puede repercutir en la calidad del cuidado (Gálvez, Ríos, Fernández, del Águila, Muñumel, Fernández, 2011; Souza, Mota, Barbosa, Ribeiro, Oliveira, Barbosa, 2013; Vega, González, Mandiola y Rivera, 2013). La investigación realizada por García y Rivas (2013) propone la instauración de un mecanismo de autodefensa que faculte el aislamiento de las emociones adversas sin dejar de ejecutar el rol profesional. Para lograrlo, necesitamos preparación, formación y entrenamiento desde la universidad y una formación continuada desde las instituciones.

¿Cómo se manejan estas situaciones emocionales? ¿Es importante hacerlo?

Las enfermeras no solo tienen que enfrentarse a sus propios sentimientos, sino también a los de la persona críticamente enferma y a los de su familia. Si ya de por sí enfrentar los nuestros propios resulta complicado, tenemos la responsabilidad ética de abordar los sentimientos de ansiedad, miedo, desesperación, negación, impotencia y otros mecanismos de defensa de la persona críticamente enferma y los de su familia. Entonces, yo me pregunto: ¿Qué situaciones nos despiertan a las enfermeras mayor temor o dificultad? ¿Constituyen la intubación endotraqueal y la sedación fundamentos que impiden el acercamiento físico y/o emocional del paciente? ¿Pueden producirse situaciones tan duras e intensas de las que huimos porque no sabemos cómo enfrentarnos a ellas? En este momento en el que la condición física es de vital importancia, ¿se entiende a la persona como un ser biopsicosocial? ¿Se ofrece una atención integral? ¿Se atienden las necesidades psicológicas, sociales y espirituales de la familia? ¿Creen las enfermeras que el abordaje de las cuestiones anteriormente expuestas podría disminuir el impacto del ingreso en esta unidad y facilitar un afrontamiento adaptativo de esta situación para la familia?

La formación del personal sanitario en técnicas de afrontamiento resulta significativa para que la enfermera pueda tener una implicación activa en el proceso de la muerte. Si las enfermeras como profesionales no estamos capacitadas para aceptar la muerte como un proceso natural, corremos el riesgo de adoptar una posición tergiversada, causada por el agotamiento emocional y la ansiedad no gestionada, ante este hecho vital (Díaz, Juarros, García y Sáez, 2017).

Asimismo, puede que existan carencias en el sistema formativo actual y no se estén impartiendo las competencias y conocimientos de investigación idóneos o que no se comprenda la importancia de la investigación como una cuestión trascendental de nuestra práctica y responsabilidad profesional (Gómez, Hueso, González, Cañadas, Celdrán y Amezcua, 2014). Se debe, por tanto, analizar la enseñanza en las escuelas de enfermería para conocer la

forma en la que se asiste a esa invisibilidad y poder reorientarla hacia posicionamientos más constructivos (Huércanos, 2010). La enfermería debe convencerse de que el cuidado que procura es imprescindible, pues como afirma Collière, “se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados” (1991, página). Con el propósito de asistir y participar en el progreso de nuestra profesión, se considera imprescindible realizar un análisis prudente de los profesionales que la desarrollan. Se necesita conocer la postura que la enfermería está adoptando en la Universidad, en los hospitales y en otras áreas de intervención y comprobar si la profesión está practicando el poder que debería ejercer dentro de las instituciones sanitarias. Si la enfermería no desarrolla y ejerce el cuidado, está rechazando sus creencias y valores y, por tanto, hace más compleja la consideración hacia sus pacientes (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006).

La inteligencia emocional se define como “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Salovey & Mayer, 1990). Son numerosas las investigaciones que confirman que la formación y el entrenamiento en inteligencia emocional resultan cuestiones inexcusables en nuestra profesión. La inteligencia emocional constituye una capacidad que debe ser instruida, pues la instauración de una relación terapéutica requiere del entendimiento de las emociones e inquietudes personales, las de la persona enferma y las de su familia. Por ello, se puede afirmar que la inteligencia emocional brinda dos ventajas. Por un lado, permite el perfeccionamiento de la relación con el paciente y su familia; por otro lado, la mejora de la salud de los propios profesionales (Bajo y González, 2014). Determinados estudios insisten en el potencial de aplicación de los principios de la inteligencia emocional en los profesionales de la salud, pues “la habilidad para manejar las propias emociones, a la vez que se interpretan las de los demás, es especialmente útil en el desempeño de las funciones de enfermería” (Aradilla, Tomás, Monforte, Edo y Limonero, 2010). La detección e interpretación de las

respuestas emocionales del paciente y su familia puede ser definitiva en la instauración de una relación terapéutica activa y eficiente.

En definitiva, la aplicación de programas de formación en inteligencia emocional para enfermería debe constituir una prioridad en la formación pregrado, postgrado y en la formación continuada que ofrecen los centros sanitarios, pues ha quedado demostrado que mejora la atención a los pacientes, a su familia y el bienestar de los propios profesionales.

Una de las situaciones que se dio en la UMI, ante el inminente empeoramiento de un paciente muy joven, se resolvió insistiendo a la familia en que - “iba a salir porque era joven. ¡Tienes que salir!” -.

¿Las enfermeras construyen corazas para lidiar con la muerte en personas jóvenes como alternativa al sufrimiento?

¿Están dando falsas esperanzas? ¿Habrá que manejar las situaciones críticas?

En determinadas ocasiones, existe una determinada predisposición por aconsejar, orientar y esforzarse por encontrar una solución factible precipitadamente sin escuchar a la persona enferma ni a su familia. Esta escucha debería estar fundamentada en el entendimiento, la compasión y la estima de las creencias, los sentimientos y los temores del paciente y su familia. Dar falsas esperanzas se traduce en un desconocimiento absoluto por las necesidades de la persona críticamente enferma y las de su familia, además de demostrar una carencia categórica en la confrontación profesional de este tipo de situaciones.

La apertura de la UCI ha demostrado una mejora tanto para el paciente, como para la familia e incluso para los profesionales sanitarios (Consejería de Sanidad, 2016). Entonces, ¿por qué continúan existiendo unidades cerradas? La justificación que interpreta la bibliografía se fundamenta en las políticas regidas por la institución, lo que dificulta y ralentiza su modificación. Por otro lado, la evidencia demuestra que los profesionales sanitarios insisten en que la permanencia independiente de la familia en la UCI, quebranta el derecho a la

intimidad de las personas críticamente enfermas. Además, los profesionales sanitarios persisten en la convicción de que la estructura arquitectónica no resulta adecuada para este nuevo modelo de cuidado, pues el trasiego de profesionales sanitarios y familiares podría dificultar la capacidad de movimiento por el espacio reducido de la unidad. Asimismo, los profesionales sanitarios apuntan que la observación de técnicas invasivas y/o situaciones de urgencia producen un incremento de la ansiedad de los familiares. Del mismo modo, las enfermeras insisten en que la independencia de la familia en la unidad podría desencadenar un aumento en la necesidad de informar a esta misma. Sin embargo, no existe evidencia que avale la estancia de la familia como una cuestión negativa (Al-Mutair, Plummer, Clerehan & O'Brien, 2014; Ayllón, Montero, Acebes & Sánchez; 2014; Kean & Mitchell, 2014; Tayebi, Borimnejad, Dehghan-Nayeri & Kohan, 2014; Usher & Hill, 2016).

Las personas críticamente enfermas, la familia y los profesionales sanitarios coinciden en que la apertura de la UCI es conveniente e ineludible. Entonces, ¿por qué permanecen las restricciones? El derecho, tanto de la persona críticamente enferma como el de su familia, y el perfeccionamiento en la satisfacción de sus necesidades pasa por dar cumplimiento a una política de puertas abiertas. Una política menos restrictiva ha evidenciado una disminución de la ansiedad del enfermo y de su familia (Escudero, Viña y Calleja, 2014). Aunque el cambio de paradigma signifique un alto consumo de energía para los líderes de la transformación, es urgente actuar con premura (de la Cueva, 2012). Las cuestiones susceptibles de cambio, aunque firmemente arraigadas en las instituciones y en los profesionales sanitarios, deberían pactarse y adecuarse propuestas e instaurarse alianzas con el propósito de que estas aportaciones progresen. En algunos casos, no se conocen las herramientas para modificar la práctica. En otros, las cuestiones susceptibles de cambio se intentan de forma individual o en grupos reducidos, sin influjo en la organización de las unidades. Determinadas intervenciones realizadas no son evaluadas ni difundidas, por lo que son desconocidas para el resto de profesionales y caen en la relegación. La enfermería reporta conocimiento a partir de la experiencia práctica; no resulta legítimo el *hacer porque se ha hecho siempre*, la impasibilidad y/o la comodidad,

pues imposibilitan la mejora de la calidad del cuidado y el progreso de la disciplina (de la Cueva, 2012).

La apertura de la UCI debería pactarse desde la coherencia y el consenso de todas las personas implicadas (Sandoval, 2015). Este cambio de paradigma precisa de la apreciación de las variables arquitectónicas, culturales y organizativas de cada unidad. Sin embargo, estos aspectos no pueden justificar la persistencia de una política de visitas restrictiva. Existen estudios que evidencian que, en nuestro país, el 67,7% de las UCI continúan con dos visitas diarias limitadas, de entre treinta y sesenta minutos y que solo el 4% de las UCI presentan un horario abierto las veinticuatro horas (Escudero, Martín, Viña, Forcelledo, García-Arias y López-Amor, 2015; Escudero, Martín, Viña, Quindós, Espina, Forcelledo et al., 2015). El estudio realizado en el año 2005 por Velasco Bueno et al. concluyó con la existencia de un 5% de UCI con un horario de visitas abierto. Por lo tanto, se puede confirmar que el progreso resulta imperceptible. Ovidio, poeta romano, declaraba que “nada es tan poderoso como el hábito”. La psicología apunta a la resistencia al cambio del ser humano y, por tanto, también de las organizaciones. Alejarse de nuestra área de seguridad significa un esfuerzo adaptativo. La apertura de las UCI supone la modificación y la innovación de la práctica profesional; que la familia se convierta en testigo de nuestro quehacer diario, implica que seamos evaluados de modo constante. La realidad ha evidenciado que la apertura no constituye una misión sencilla, pues la cualidad innata del ser humano radica en la protección del área conocida y la no realización de cambios que supongan sacrificio e inseguridad. La exploración de la resistencia al cambio en palabras de los propios profesionales y el entendimiento de las barreras para implementarlo constituye el primer paso de la instauración de un horario abierto. La concienciación y la formación, pues la evidencia ha demostrado el beneficio de la proximidad, deberían perfeccionar el trayecto al mismo tiempo que se reduce la ansiedad ante la transformación de una política enraizada y dilatada en el tiempo (Escudero, Martín, Viña, Quindós, Forcelledo, del Busto, et al., 2016).

En situaciones críticas o de fallecimiento inmediato, la proximidad al enfermo aún se convierte en más necesaria; cuestión que respalda el proceso de

duelo (Escudero, Viña y Calleja, 2014). La presencia de la familia durante el proceso de muerte clarifica el temor y la desconfianza sobre el tratamiento y sobre los esfuerzos realizados. Asimismo, una apropiada comunicación con los familiares durante el proceso de morir sobre los cuidados que se están proporcionando, radica en una disminución de problemas psicológicos que pueden manifestarse tras este proceso traumático. En definitiva, la presencia de la familia ante una muerte inminente y/o en el momento del fallecimiento demuestra una mayor comprensión de la enfermedad y del proceso de muerte (Santana y Sánchez, 2010; Girbau, Monedero, Centeno y Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI, 2017).

¿Sabemos qué es lo que verdaderamente les importa a las personas críticamente enfermas y a sus familias?

La bibliografía persiste en la severidad de los horarios de visita de nuestras UCI. Las personas críticamente enfermas y sus familias insisten en su rectificación. Las familias requieren más flexibilidad y tiempo en los horarios (Escudero, Viña y Calleja, 2014; Escudero, Martín, Viña, Quindós, Forcelledo, del Busto et al., 2016). Múltiples investigaciones defienden una política más abierta. Sin embargo, la realidad de nuestro país evidencia que la mayoría de las unidades son restrictivas (Escudero, Martín, Viña, Quindós, Forcelledo, del Busto et al., 2016). A nivel internacional, la situación no difiere con respecto a la de España (Khaleghparast, Joolae, Ghanbari, Maleki, Peyrovi & Bahrani, 2015; Vandijck, Labeau, Geerinckx, de Puydt, Bolders, Claes, et al., 2010).

Se ha aceptado esta política restrictiva porque se ha asumido que el emplazamiento de la familia se sitúa fuera de la unidad (Fernández, Vallverdú & Román, 2016; Martín y García de Lorenzo, 2017; Pardavila y Vivar, 2012). Se exige seguridad y confianza a los profesionales por parte de las familias. Sin embargo, resulta muy difícil que la familia estime nuestra práctica si su sitio está fuera de la unidad, en ocasiones, hasta veinte horas al día.

En algunos casos, los profesionales sanitarios estiman la presencia de la familia como un estrés accesorio (Duque, Rincón y León, 2020; Escudero, Martín, Viña, Quindós, Forcelledo, del Busto et al., 2016). El aislamiento del

enfermo posee consecuencias, tanto para él como para su familia. Además, y aunque de forma indirecta, afecta negativamente al sistema sanitario (Duque, Rincón y León, 2020).

El cambio de paradigma hacia una unidad abierta constituye un proceso complejo. Sin embargo, se necesita ese cambio de mentalidad previo que facilite la modificación posterior de la dinámica de trabajo. Resulta imprescindible una dedicación progresiva que comprometa “abrir primero las mentes y después abrir las puertas” (Escudero, Martín, Viña, Quindós, Forcelledo, del Busto et al., 2016).

¿Qué barreras existen para la implementación de una política menos restrictiva?

La política restrictiva se sustenta en la convicción de que la familia influye en el descanso y aumenta la intranquilidad de la persona críticamente enferma, aumenta la probabilidad de infección y pospone los cuidados de enfermería (Gooding, Pierce & Flaherty, 2012). El apasionado empleo de tecnología ha podido relegar las necesidades más humanas. Sin embargo, la evidencia revela más elementos válidos relacionados con la participación familiar y la flexibilización de horarios (Al-Mutair, Plummer, Clerehan & O’Brien, 2014; Martos, Aragón y Gutiérrez, 2014; Treva, Ingram, Pradip Kamar, Craig, Coopersmith & Atul Vats, 2014).

Un estudio realizado en el año 2018 concluyó con que el 64% de los profesionales sanitarios de intensivos estaban a favor de una UCI más abierta. Los resultados fueron compartidos en una sesión multidisciplinar y se consensuaron determinadas propuestas de mejora, entre las que se incluyeron: tres visitas al día con posibilidad de intercambio de familiares. También se propuso la posibilidad de acompañamiento familiar durante la tarde y hasta medianoche y se individualizó la información o la visita de conformidad con las circunstancias de cada familia. La instauración de los preceptos anteriormente expuestos desencadenó en la normalización de la relación entre profesionales y la familia, la colaboración en el cuidado, el acompañamiento y la individualización y adecuación de los horarios de información y visitas de acuerdo con las necesidades de la familia. La proximidad con la familia de la



persona críticamente enferma supuso extraordinariamente un recurso a favor de los profesionales, en contra de lo que cabía suponer. La familia no requería más información, pues la confianza en el equipo de cuidados había aumentado (de la Fuente, Rojas, Gómez, Lara, Morán y Aguilar, 2018).

No existen argumentos concluyentes para la restricción. Además de que la apertura ha demostrado el aumento de la calidad percibida y la disminución de la ansiedad familiar, una política de visitas más amplia y flexible posibilita compaginar la atención de la persona críticamente enferma con el cuidados de otros miembros familiares (Escudero, Viña y Calleja, 2014).

La proximidad del paciente y su familia aumenta la percepción de tranquilidad y seguridad en ambos, lo que influye en el proceso de curación. Además, esta proximidad mejora los niveles de estrés y ansiedad y aumenta la satisfacción; ello permite la revelación de sus inquietudes y miedos. Un estudio realizado en el año 2015 manifestó que la creación de un *bond of trust* o *vínculo de veracidad*, establecido entre el enfermero y el enfermo y su familia, reduce las secuelas físicas y psicológicas (Wassenaar, Van Den Boogaard, Van Der Hooft, Pickkers & Schoonhoven, 2015).

Tal y como expresan García, García y Martínez (2016), en determinadas ocasiones, la relación que se establece con la familia de la persona críticamente enferma radica en la conexión o afinidad. ¿Cómo se puede relegar el cuidado de la familia a la afinidad que se tenga con la misma? ¿Se considera profesional y riguroso de acuerdo a nuestra disciplina? El núcleo familiar se convierte en un cimiento crucial en la adaptación y en la recuperación de la persona enferma. Por ello, las enfermeras tenemos la oportunidad de acompañar en el desasosiego que supone la estancia de un familiar en una unidad de críticos. No solo forma parte de nuestro trabajo, sino que si no lo desempeñamos de esta manera estaremos descuidando la esencia de nuestra profesión.

La relación enfermera-persona enferma, aunque fundamental, no puede ser equiparada con la inclinación de la familia por su ser querido. Este supuesto fundamenta la propuesta de que los profesionales sanitarios, y principalmente la enfermería, tienen que procurar un espacio que comprometa a los familiares en

el cuidado dentro de la unidad. Engström, Uusitalo y Engström (2011) ratificaron que la cesión de responsabilidad y la adjudicación de tareas diarias reducían el sentimiento de impotencia del familiar, pues confirman la necesidad que la persona enferma tiene de ellos. La familia conoce a la persona enferma y esta consciencia permite una aportación única en la toma de decisiones sobre el cuidado, lo que fortalece la adaptación al proceso (Davidson, 2009). Tal como afirman Azoulay et al. (2003), la familia puede actuar como representante, expresando y requiriendo en nombre de la persona críticamente enferma, pues su afectividad permite intervenir como el enfermo hubiese deseado. No obstante, para la toma de decisiones en nombre del paciente, resulta fundamental el papel de la enfermería que facilite y asista en la adaptación a esta nueva situación de gravedad. La evidencia demuestra que la participación de la familia en el cuidado disminuye el nivel de estrés de la misma, esto es, cuando son reconocidos como miembros del *círculo del cuidado* (Pryzby, 2005).

¿Las enfermeras se plantean la necesidad de las puertas abiertas para poder conseguir cuidar mejor a los pacientes? ¿La familia no constituye parte del cuidado? ¿El paciente se sentiría mejor si pudiese estar con su familia? ¿Ha pensado en esto la enfermera?

La Organización de las Naciones Unidas define el término de familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. Por otro lado, la American Academy of Family Physicians lo describe como “el grupo de individuos con una relación legal, genética y/o emocional. La sociedad depende del grupo familiar para satisfacer las necesidades económicas y de protección de las personas, especialmente los niños y los ancianos”. Cada uno de los miembros de una familia desarrolla capacidades y aptitudes de autonomía, adaptabilidad, comunicación, afectividad y resolución de circunstancias desde la perspectiva del posicionamiento que ocupa cada uno de ellos dentro de la estructura familiar (de la Revilla, 2007).

Tal y como afirmaba Pryzby (2005), “la atención a la familia es un componente del cuidado del paciente y se logra mediante el apoyo y participación de la familia en el cuidado”. Esta premisa fundamenta la evolución que ha experimentado la enfermería, acomodada en un modelo centrado en el

paciente, hasta el reconocimiento de las necesidades de la familia inherentes a las del paciente (Stayt, 2007).

El estudio realizado por Molter en el año 1979 fue pionero en el cuidado de la familia (Hammond, 1995). Este autor realizó un estudio sobre las necesidades de las familias de pacientes críticos, en el que concluyó con los siguientes supuestos: la incorporación de la familia no debe debilitar la calidad del cuidado al paciente. Por otro lado considera que, tanto los profesionales como los pacientes, son miembros de un núcleo familiar. En tercer lugar, insiste en que la disposición de vida familiar continuará siendo probable (1979). La fundamentación sobre el *Family Centered Care*, planteamiento filosófico a nivel internacional, se soporta en cierto modo en estos tres supuestos. Este enfoque ontológico se basa en la consideración de la familia como participante eficaz en el cuidado del paciente y como elemento necesitado de bienestar y cuidado (Garrouste-Orgeas, Willems, Timsit, Diaw, Brochon, Vesin et al., 2010). Sin embargo, tal y como sostienen Blom et al. en el entendimiento de la atención y participación de la familia, queda un largo camino por recorrer (2013).

En el año 1994, Daley reiteraba que el cuidado centrado en la familia no se consideraba, pues los profesionales de la UCI estaban inmersos en la resolución de la situación fisiológica de la persona críticamente enferma (Hammond, 1995). Progresivamente el cuidado de la familia se ha transformado en un propósito para la disciplina enfermera. Sin embargo, el significado que la familia confiere y las necesidades que plantea ante esta rotunda circunstancia, deben ser comprendidas e investigadas (Blom, 2013).

Leske (1986) ratifica la inmediatez e impredecibilidad de la circunstancia crítica, lo que dificulta la capacitación para la confrontación de esta experiencia. La hospitalización implica una realidad abrumadora, tanto para la persona enferma como para su familia. El ingreso supone la hostilidad frente a cuestiones aflictivas tales como el pronóstico impreciso, la ambigüedad de la información, la transformación de rol y el miedo a la muerte (Stayt, 2007). La hospitalización de uno de los miembros de la familia desencadena determinadas necesidades en el núcleo de la misma, que son descritas por Leske (1986) como “las demandas, que al ser solventadas, alivian o disminuyen su angustia o aumentan su

sensación de adecuación al entorno”. Braulin et al. (1982) y Millar (1991) ratifican que un evento crítico que afecta a uno de los miembros de la familia, compromete al resto de la estructura (Hammond, 1995).

Durante las últimas décadas se han desarrollado estudios que han profundizado en las necesidades de la familia durante su experiencia en la UCI. Los resultados se han estructurado en cinco áreas: necesidad de información, necesidad de seguridad, necesidad de proximidad, necesidad de soporte y necesidad de bienestar (Buckley & Andrews, 2011). Estos cinco grupos se incluyen en una herramienta válida, conocida como *Critical Care Family Needs Inventory*, la cual permite estimar la significación que para cada miembro tiene cada una de las necesidades (Davidson, 2009). Zaforteza et al. incorporaron al ingreso en UCI la suspensión de las relaciones familiares y una carencia emocional y de comunicación desencadenada por la rigidez de la propia unidad (2011).

El rol de la familia queda damnificado en la UCI, entre otras cuestiones, por una política de visitas restrictiva y una estructura física y social en la que la familia no tiene cabida (Zaforteza, 2010). La tecnificación, la falta de intimidad que experimenta la familia, el lenguaje técnico y la información, que ellos determinan escasa, incrementan su situación de vulnerabilidad. Ello desencadena la pérdida del control sobre la situación y, consecuentemente, la privación de su rol habitual dentro de la estructura familiar (García, Sánchez, Amorós, Balaguer, Díez, Durán, et al., 2010).

Como alternativa a una mejor adaptación, los expertos abogan por la implicación y colaboración de la familia en las actividades cotidianas de la UCI. La exención de participación incrementa la angustia y la sensación de falta de control (Gooding, Pierce & Flaherty, 2012).

La estructura física y social de la UCI, una política restrictiva y una insuficiente reflexión sobre las necesidades de la familia son cuestiones muy investigadas durante las últimas décadas. Entonces, ¿por qué avanzamos a un ritmo tan lento?

A pesar de la evidencia disponible, que aboga por la consideración y el abordaje de las necesidades de la familia y la flexibilización de la normativa de la unidad, las UCI de nuestro país no han precipitado este cambio (Escudero, Martín, Viña, Forcelledo, García y López, 2015; Escudero, Martín, Viña, Quindós, Forcelledo, del Busto et al., 2016; Zaforteza, García, Quintana, Sánchez, Abadía y Miró, 2010). Autores como Azoulay et al. (2003) imputan el aplazamiento del cambio, entre otras cuestiones, a la actitud paternalista legitimada por los profesionales sanitarios. Esta conducta constituye un obstáculo para la consecución de un rol activo en los familiares.

Se han realizado numerosos estudios que revelan que incluso en la actualidad, desde la perspectiva de determinados profesionales sanitarios, la presencia de la familia supone un inconveniente en la práctica diaria profesional (Duque, Rincón y León, 2020). Tal y como apuntan Bailey et al., un modo de resolverlo partiría de la orientación individualizada a estos profesionales sanitarios y la realización de reuniones de educación e instrucción de la evidencia (2010). Determinados aspectos que ralentizan el cambio han sido explorados desde hace décadas. No obstante, seguimos anclados en los obstáculos.

Como se ha descrito, la familia experimenta una situación de vulnerabilidad que requiere del apoyo profesional. Si el proceso de adaptación a esta nueva situación familiar no se aborda, el sufrimiento de los miembros incrementa (Blom, Gustavsson & Sundler, 2013). Cuando uno de los miembros de la estructura familiar se encuentra gravemente hospitalizado, la familia no funciona de forma natural. En esta disposición, la familia expresa dificultad para tomar decisiones y resolver cuestiones que afectan al núcleo. Los profesionales de la salud, y específicamente las enfermeras, que mantienen un contacto más directo con personas críticamente enfermas y sus familias, manifiestan el grave problema al que se enfrenta la familia desde el primer momento en el que ocurre el evento crítico (Aliberch y Miquel, 2015). La enfermera es la llamada a brindar cuidados, de tal manera que descubra en cada una de las familias sus respectivas fortalezas y debilidades en esta nueva situación. El conocimiento de

las mismas favorecerá las habilidades para la toma de decisiones, solución de problemas, comunicación y consecución de los recursos deseados, entre otros.

Desde los años ochenta, la enfermería de familia surge como marco, y tiene como foco la familia. El interés de esta área de la enfermería reside en la provisión de cuidados a las familias en proceso de salud y enfermedad, y en cualquier etapa del desarrollo familiar (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Ha quedado demostrado que cuando existe un cuidado dirigido a la familia, la efectividad del cuidado se incrementa, ya que todos los miembros se ven atendidos ante una situación de salud o enfermedad (Gillis & Davis, 1993). Las enfermeras reconocen la importancia de involucrar a la familia en el cuidado de un familiar dependiente, guiadas no solo por la experiencia científica, sino también por su experiencia práctica y por sus propias experiencias (Wright & Leahey, 2009). Sin embargo actualmente, en nuestro país, no se trabaja en la práctica con marcos teóricos que tengan como foco la familia como unidad de cuidado (Canga, 2011). La enfermería de familia considera a la familia como un sistema organizado y único donde el todo es más que la suma de sus partes, esto quiere decir que, “el conjunto de la familia es más que la suma de cada uno de los miembros que la constituyen” (Wright & Leahey, 2009, p. 25). Tal y como afirmaba Goldenberg en 1997, “la familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa” (p. 4). Las interacciones que se establecen entre sus miembros y la dependencia mutua existente entre ellos, hace que los factores que influyen en uno de los miembros, afecten al resto de la estructura en mayor o menor magnitud. Por ello, constituye de vital importancia considerar a la familia como una unidad o sistema, en el que cualquier alteración en alguno de sus miembros implica disfuncionalidad en la totalidad.

Como profesionales, las enfermeras ejercemos una influencia en las personas enfermas y su familia. En determinadas ocasiones, las personas se sienten vulnerables, inseguras y angustiadas. Debido a ello, lo que se hace y se expresa, es considerado, amplificado y analizado. La expresión facial, el tono de

voz o el lenguaje corporal emiten información que no siempre es recibida con el mismo significado con el que se manifiestan. Cuando escuchamos ese *no hay mucho que hacer, está en cuidados paliativos*, la presencia de la enfermera se transforma en una cuestión aún más importante. Las enfermeras podemos permanecer con la persona y su familia. “Podemos estar allí con ellos. Mirando. Escuchando. Siendo testigos. Aprendiendo. Correspondiendo” (Fahlberg y Roush, 2016). La presencia consciente constituye una competencia elemental como herramienta de tratamiento de apoyo y cuidados paliativos en enfermería. Se necesita que la enfermera esté “intencionadamente atenta al momento, participe activamente en el presente, sea sensible al contexto, no tenga prejuicios y sea empática” (Visser & Wismans, 2010).

Un estudio realizado por Garrouste-Orgeas et al. (2010) concluyó con que un 97% de los miembros de las familias participantes deseaban participar en el cuidado. Se plantearon trece actividades en las que estas personas podían colaborar, tales como limpiar los ojos con gasas húmedas, hidratar los labios con vaselina o ayudar en los cambios posturales, entre otras tareas. Además, un 13,8% de los miembros proveyeron cuidados espontáneamente o demandaron una intervención específica. Solo diez de los ciento un pacientes que participaron en el estudio rechazaron el cuidado ejercido por sus familiares. En general, las cuestiones vinculadas a la negativa de la familia a participar en el cuidado, se relacionan con la inadaptación, una compleja aceptación de la situación, que provoca un desorden emocional difícil de manejar, o la creencia de que los profesionales son más expertos y hábiles (Azoulay et al., 2003; McKiernan & McCarthy, 2010). Determinados miembros familiares expresan su rechazo a la participación en áreas específicas del cuidado, pues tienen una connotación íntima, lo que resulta perturbador para ellos. En este caso, la enfermera debería reconocer esta dificultad con el fin de proteger la intimidad del enfermo y ocuparse de este aspecto.

Aunque se ha insistido en la participación familiar relacionada con los cuidados físicos, el cometido fundamental de la familia constituye el cuidado psicoespiritual de la persona enferma (Engström, Uusitalo & Engström, 2011).

Para abordar lo complejo de estas situaciones, cabe pensar que los profesionales de la salud y, especialmente las enfermeras, debieran dedicar parte de su tiempo en explicar las rutinas y los procedimientos a la familia; darles amparo y confianza. En definitiva, se deben apreciar las fortalezas y debilidades de cada una de ellas con el objetivo de profundizar en aquellos aspectos en los que se necesite más soporte (Gooding, Pierce & Flaherty, 2012).

En un estudio realizado por Buckley y Andrews (2011) se constató que solo el 6,3% de las enfermeras que participaron en el estudio consultaban con las familias su deseo de participar en el cuidado. Según una investigación emprendida por Hammond (1995), determinadas enfermeras rechazan esta participación, pues entienden que su intervención como profesional quedaría desvalorizada si es imitada por personas sin formación específica. Otras de las barreras radicaba en la contradicción que invade a las enfermeras entre lo que pueden hacer y lo que creen que deberían hacer. Esta disyuntiva se manifiesta ante la gravedad del enfermo crítico, que es la prioridad, y la creencia de que la familia puede solicitar atención excesiva (Stayt, 2007; Duque, Rincón y León, 2020).

En la misma línea, Engström y Söderberg (2007) avalan que la asignación de tareas diarias a la familia favorece una forma de estar y aproximarse a la persona enferma más natural.

A pesar de todo, el cambio de mentalidad hacia una unidad abierta ha constituido y continúa constituyendo un proceso dificultoso para algunos profesionales. Entre algunos de los inconvenientes que destacan se encuentran la poca privacidad, el trasiego de familiares que la apertura lleva implícita y que ralentiza el trabajo, además de que en situaciones de inconsciencia la familia desconoce el manejo de la situación.

Se debe destacar esta dualidad en la apreciación profesional del efecto que podría tener la presencia familiar para el paciente. Por un lado se la estima fuente de apoyo, bienestar y mejora del estado de ánimo. Por otro lado, aparece como un elemento inductor de mayor carga física y psíquica, además de un



sentimiento de control sobre los profesionales que interfiere en los cuidados al paciente.

La importancia y la trascendencia de la familia en el cuidado y apoyo emocional del paciente no siempre es obvio, hay ocasiones en que las enfermeras necesitan experiencia para darse cuenta de ello.

Por otro lado, los profesionales de enfermería contemplan la individualización del horario de apertura en el caso de las personas más vulnerables e, incluso, la participación en el cuidado por parte de la familia apoyándose en una manera de hacer más humana. Esta corriente que, en un primer momento fue considerada, no tuvo éxito esperado; en ocasiones, debido a cuestiones internas de la propia unidad y, en otras, porque la propia familia así lo decidía. La familia influye de forma muy positiva en el paciente, supone el apoyo emocional, la compañía, el sentirse distraído, más tranquilo y seguro; aspectos de mucho valor.

También se observan aspectos que pueden resultar negativos. Existe la versión de que la proximidad de la familia podría suponer una extorsión.

¿Qué elementos de la comunicación no verbal están presentes en este encuentro? ¿Qué significados poseen para la enfermera? ¿Qué significados posee para la persona críticamente enferma? ¿Podría ocurrir que la reacción de las enfermeras depende del *reconocimiento de emociones* que se realiza del paciente, esto es, de la información que se obtiene a través de la observación de su rostro y de otras señales no verbales? ¿Nos hemos acostumbrado las enfermeras al sufrimiento humano?

## 5.2. Limitaciones

Las limitaciones de este estudio se exponen a continuación:

- ✦ La dirección de la tesis ha sido fundamentalmente a distancia. Sin embargo, he compartido numerosos puntos de encuentro y aprendizaje con mis directores a través de un incesante intercambio virtual y presencial, vía correo electrónico, Skype y encuentros en la Universidad de Alcalá de Henares.
  
- ✦ He compatibilizado la realización de la tesis con contratos eventuales como enfermera en diferentes comunidades autónomas y centros de trabajo. Esta situación ha supuesto que mi agenda tuviese que ser revisada y actualizada con frecuencia, pues no siempre podía cumplir mis objetivos académicos al verse afectada mi planificación con un nuevo contrato, largos desplazamientos o turnos extra que no estaban programados.
  
- ✦ El acceso a la institución resultó muy complejo. El hecho de que no existiese un precedente en enfermería y, considerando las características de la investigación cualitativa, supuso una negociación ardua y compleja hasta la consecución del permiso necesario para acceder al campo, que se dilató en el tiempo aproximadamente un año.

### 5.3. Conclusiones

✚ La UMI posee una estructura y un tipo de organización restrictiva, con horarios de visitas que no facilitan la relación paciente-familia.

✚ Las enfermeras reconocen los beneficios de la presencia de la familia y allegados del paciente, pero los perciben como problemáticos y sienten que el cambio hacia las “puertas abiertas” estaría asociado a una mayor carga de trabajo.

✚ La prioridad asistencial para las enfermeras está centrada en los parámetros biológicos y tecnológicos. Sin embargo, tienen en cuenta las necesidades emocionales y sociales de las personas críticamente enfermas.

✚ Las enfermeras perciben un gran reconocimiento médico por ser muy competentes en el control y la toma de decisiones técnicas, el cual genera una percepción de autonomía y autoridad profesional que implica un sentimiento de satisfacción, que se puede sintetizar en una de sus frases “la UCI es lo más”.

✚ Las enfermeras dedican gran parte de su tiempo para que el paciente se estabilice, esté controlado, se sienta seguro, confortable, acompañado, comprendido y apoyado, realizando actividades que no se registran y que, en ocasiones, no se trasladan en el cambio de turno. Estas cuestiones no se identifican como trabajo científico, sino como cuestiones cotidianas, sin validez clínica. Sin embargo, forman parte de los cuidados de enfermería, trascendentales para el bienestar del paciente y la familia.

✚ La formación que ofrece el hospital se encuentra dirigida hacia todos aquellos aspectos relacionados con la clínica y la tecnología. La formación sobre aspectos emocionales o sociales han de buscarla fuera del hospital, constituyendo una opción completamente personal.

✚ A pesar de que en la UMI la muerte constituye un acontecimiento habitual, las enfermeras no disponen de formación específica para gestionar

estas situaciones y perciben que cada una cuenta con sus habilidades personales y su experiencia.

■ La información se concibe como una responsabilidad exclusivamente médica y la enfermera no puede informar de los cuidados de enfermería a la familia. Una de las frases que lo refleja es: “Las enfermeras no podemos dar ninguna información, porque se nos puede caer el pelo, ¡eso lo sabe todo el mundo!”, lo que origina un sentimiento de frustración en el trabajo diario, condensado en otra de sus frases: “¡Es que somos idiotas!”.

■ El protagonismo biotecnológico es central en la UMI, de aquí que la figura del médico ocupe un lugar preponderante en la toma de decisiones, incluso en las actividades relacionadas con los cuidados de enfermería, área de competencia de la enfermera.

■ Los cuidados técnicos son tan importantes que existen aspectos como el apoyo y la orientación a la familia mientras el paciente está en la UMI, que las enfermeras no siempre identifican como cuidados de enfermería.

■ Una de las estrategias de afrontamiento en situaciones críticas y delicadas con el paciente y su familia está basada en la evitación y negación.

■ En la UMI del estudio, las enfermeras perciben que el trabajo en equipo constituye uno de los valores destacados en el funcionamiento de la unidad, lo que repercute en el afrontamiento de situaciones problemáticas de una forma más sencilla.

■ La muerte se vive como una de las situaciones que generan más sufrimiento y estrés, sobre todo si se trata de personas jóvenes.

■ Las enfermeras le dan mucho valor a todos aquellos aspectos relacionados con el bienestar del paciente, identificándolos como esenciales en su trabajo como enfermera.

✚ El modelo biomédico está presente en todo el estudio pero, a su vez, también se hace evidente la atención de la dimensión humana, que contrarresta el peso de la inclinación técnica y tecnológica convirtiendo a la persona críticamente enferma y su familia en sujetos de atención y no en objetos.

## 5.4. Implicaciones futuras para la práctica

En este apartado, se explican algunas de las implicaciones que este estudio puede tener para las instituciones sanitarias, la práctica, la educación y la investigación.

### 5.4.1. Implicaciones para las instituciones sanitarias

Desde una perspectiva de la asistencia sanitaria, la sociedad actual manifiesta unas necesidades firmes y crecientes que se han suplido con un proceso gradual de transformaciones de acuerdo a los modernos conceptos de hospital. La progresión está orientada a la externalización, informatización e incremento del espacio para el “hospital de día”, a pesar de la complejidad estructural de los edificios y sus entornos. La conexión con el exterior reducirá la percepción de encierro, de aislamiento. Además, la innovación en espacios comunes puede promover las relaciones entre las personas e impulsar el desarrollo de actividades formativas, pedagógicas y de ocio que aproximen a la persona hospitalizada a la sensación de *sentirse como en casa* y puedan ejercer el control de las condiciones ambientales (Chías y Abad, 2019).

Estas líneas de investigación instigan a profundizar en conceptos como *Feel at Home*, la accesibilidad universal y los hospitales inteligentes, verdes y sostenibles a favor de la humanización de la hospitalización (Chías y Abad, 2019). El concepto de humanización sanitaria no constituye un concepto reciente. En efecto, el INSALUD desarrolló el *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Hospitalaria* en el año 1984. Este manifiesto simboliza un preámbulo significativo para designar una *Carta de Derechos y Deberes de los pacientes*, la cual contempla la fragilidad de las personas enfermas y la obligación de tratar con dignidad, compromiso y tolerancia (Rodríguez, 2019).

Las personas críticamente enfermas son las protagonistas de su proceso. Se trata de sujetos con derechos y la necesidad de ser informados y, en determinadas ocasiones, con capacidad para participar en su proceso y/o recuperación. Al mismo tiempo, la información tiene que ser comprendida por la

persona enferma, ya que esta comprensión resulta imprescindible en el proceso cognitivo implicado en la toma de decisiones que, en este contexto, habitúan a desarrollarse en situaciones abrumadoras. Además, se cumple que un número reducido de pacientes tienen la capacidad de expresar sus pretensiones y/o atesoran un documento de voluntades anticipadas (Bernat-Adell, Ballester-Arnal y Abizanda-Campos, 2012). Por tanto, el compromiso del cuidado de la persona críticamente enferma reside en un impulso de equipo, en el que todos los profesionales recapaciten y actúen con responsabilidad y profundicen en el examen de la competencia (Roca et al., 2007). En términos de Drane, la competencia obedece a la situación física, psíquica y/o del entorno, por lo que pueden resultar variables (1984). En definitiva, las instituciones sanitarias deben tenerlo en cuenta en la implantación, planificación y organización de las estrategias para que la asistencia progrese.

Por otro lado, la incorporación de la familia en el contexto del equipo terapéutico constituye una de las tareas pendientes de estas unidades. La institución sanitaria ha de posibilitar espacios de intercambio que favorezcan la relación entre los profesionales y la familia.

Las enfermeras de cuidados críticos, expertas en las situaciones que manejan y enfrentan desde un punto de vista clínico, necesitan formación emocional, pues experimentan situaciones complejas que deben ser abordadas desde un punto de vista integral. Las instituciones sanitarias deben trabajar en esta línea y fomentar la planificación e implantación de programas formativos que subsanen esta necesidad educativa.

Desde la perspectiva de la gestión, se puede plantear el diseño de objetivos, tanto clínicos como de cuidados. Los objetivos de cuidados incluyen aquellos aspectos emocionales, afectivos y de comunicación necesarios en la práctica profesional habitual. Las enfermeras, dedicadas a la consecución de estos objetivos, y no solo a objetivos clínicos, podrían profundizar en las necesidades de la persona críticamente enferma y las de su familia y detallar aquellos aspectos que provocan temor y ansiedad, en un intento de humanizar la atención. Ello compromete la necesidad de la existencia de un equipo multidisciplinar, en el que cada profesional aporte su conocimiento y vele por el

bienestar de la persona enferma y su familia. Este conocimiento, unificado desde cada perspectiva profesional, impulsaría un esfuerzo común por enfrentarnos y solucionar objetivos comunes. Para ello, la institución debería permitir, dirigir y estimular que el trabajo se realice en estas circunstancias, de modo que se fortalezca la comunicación y la evolución de los profesionales, sin caer en el dogmatismo, siendo críticos y reflexivos con la evidencia y la experiencia.

Las instituciones tienen además la obligación moral de “cuidar a sus cuidadores” (Baeza y Quispe, 2020). La instrucción y la práctica de la resiliencia está siendo empleada para satisfacer esta responsabilidad en favor de dirigir y destacar determinados propósitos preventivos y preferentes que orienten a los profesionales y personalicen futuras investigaciones a este respecto (Dzau, Kirch & Nasca, 2018; Mealer et al., 2012).

#### **5.4.2. Implicaciones para la práctica enfermera**

El cuidado de las personas constituye la esencia de nuestra profesión. Sin embargo, determinadas situaciones de la práctica provocan la desatención del cuidado profesional y del respeto a la vida. Consecuentemente surge la necesidad de reflexionar acerca del cuidado de enfermería, puesto que de nuestro quehacer diario dependen determinados resultados, tales como la satisfacción de la persona y su familia, una mayor efectividad, una mayor accesibilidad, una menor estancia hospitalaria y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otras cuestiones (Ayuso-Fernández et al., 2021; Galiana-Camacho, Gómez-Salgado, García-Iglesias, 2018; Mármol-López, Miguel, Montejano et al., 2018; Miguélez-Chamorro et al., 2019; Pérez-Cantó, Macia-Soler y González-Chordá, 2019).

Las instituciones sanitarias determinan un modelo de cuidado que orienta a los profesionales a una determinada actuación práctica (Brennan & Anthony, 2000). El modelo de cuidado impuesto por la institución delimita las competencias de la enfermera y su aportación respecto a la continuidad de cuidados, la toma de decisiones, la colaboración interdisciplinar, el liderazgo, la formación, la comunicación y/o la gestión de recursos (Brennan & Anthony,



1998). Este modelo de cuidado respalda el reconocimiento de valores, normativas y formas de comunicación como propias y la consecución de los objetivos asistenciales. En la actualidad, una de las formas de gestión sanitaria más frecuente en la bibliografía, es aquella que se encuentra dominada por equipos médicos. Por tanto, se trata de una estructura sanitaria prisionera del modelo biomédico, centrada en el proceso de enfermedad, en la que los cuidados de enfermería se convierten en complementarios y silentes (Orkaizagirre, 2013). La privación de poder, explicitada por la falta de autonomía profesional en enfermería, caracteriza a la profesión en nuestro país. Una circunstancia que avala esta falta de autonomía está fundamentada en las relaciones de poder constituidas dentro del sistema sanitario, situándose la medicina en el puesto más elevado de la jerarquía en la toma de decisiones (Bell et al., 2014; Lancaster et al., 2015; MacMillan, 2012; Watson, 2006). En la actualidad, la enfermera se esfuerza por precisar y demostrar su identidad profesional. Sin embargo, esta jerarquía existente en la toma de decisiones, no solo apunta a una imperceptible contribución de nuestra profesión (Weiland, 2015), sino también malestar e incluso abandono de la profesión (Tang et al., 2013).

Por tanto, se destaca la necesidad de formar adecuadamente a las enfermeras para que sean agentes de cambio en la práctica, demuestren un pensamiento clínico experto, fomenten la colaboración terapéutica con la persona enferma, desarrollen una perspectiva holística en la prestación de cuidados, no solo a la persona enferma, sino también a su familia y manejen evidencia científica como guía de su práctica. De este modo, la enfermera será considerada como una más dentro del equipo de salud.

Esta tesis ha demostrado la importancia de ver al paciente crítico como persona e identificar sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Contemplar a estas personas como sujetos activos, capacitados para comprender su proceso, afrontarlo, participar en sus cuidados, su confort y recuperación. Asimismo, también se ha evidenciado la importancia de reconocer a la familia como el primer sistema de atención, por lo que constituyen cuestiones fundamentales la identificación y el soporte por parte de nuestra

profesión en esta misión. La utilización de las herramientas idóneas para favorecer la comunicación de la persona críticamente enferma, ya sea verbal o no verbal, y que así pueda expresar sus necesidades, inquietudes, miedos e inseguridades. De igual modo, se debe facilitar una comunicación más flexible entre los profesionales, las personas críticamente enfermas y sus familias. Los profesionales sanitarios deben comprometerse a que la familia pueda expresar sus miedos, inseguridades y sugerencias con respecto al proceso de enfermedad y/o recuperación, sin que la información quede relegada exclusivamente al tiempo de información médica. En este sentido, las enfermeras precisan formación para confrontar la cotidianeidad abrumadora de la UMI, no solo desde el punto de vista biológico y tecnológico, sino desde la perspectiva de las diferentes situaciones de miedo, dolor, inseguridad, confusión, ansiedad y estrés que experimentan la persona enferma, la familia y ellas mismas.

Igualmente, este estudio ha confirmado la importancia del trabajo en equipo. En este sentido, se insiste en la importancia de fortalecer el equipo multidisciplinar con el propósito de alcanzar un clima de trabajo y comunicación que favorezca la aplicación de estrategias de mejora en los cuidados críticos. A pesar de las relaciones jerárquicas verticales, la falta de autonomía, el individualismo, la elevada rotación de las plantillas, la escasez de momentos de encuentro entre profesionales y el déficit de líderes para la cimentación e impulso de la actuación de los equipos, determinados expertos han encontrado en la enseñanza de la comunicación efectiva como una de las medidas para minimizar y/o paliar estos obstáculos. La literatura insiste en que la comunicación incorpora el diálogo como una herramienta fundamental en la instauración de equipos con vínculos saludables (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal et al., 2016; Thofehn, López Montesinos; Amestoy et al., 2014).

La investigación constituye un elemento fundamental en este procedimiento. El transvase del conocimiento a la práctica a través de intervenciones en el ámbito de la comunicación efectiva puede asistir a los equipos profesionales, lo que repercutirá en el cuidado de la persona críticamente enferma y su familia. Se puede concluir que existe una necesidad

de formación en esta cuestión, por lo que resulta impostergable el soporte por parte de la gestión en la promoción de una enfermería integral centrada en el paciente y su familia.

#### **5.4.3. Implicaciones para la educación**

Esta tesis ha expuesto la significación de que las enfermeras desarrollen su profesión, orientadas por un marco conceptual que procure el razonamiento clínico experto, el ejercicio de una práctica reflexiva, la contextualización dentro de un equipo multidisciplinar y la relación más cercana con el paciente y su familia (Canga, Canga y García Vivar, 2016). Para la consecución de una perspectiva integral del cuidado se necesitan marcos conceptuales que sistematicen las intervenciones de acuerdo a las necesidades de la persona enferma y su familia (Friedman, Bowden & Jones, 2003; (Gillis & Davis, 1993; Wright & Leahey, 2009). Esta cuestión defiende la formación en enfermería con respecto a estos enfoques (Pascual, Ignacio, Cervantes et al. 2015). Los planes educativos que incluyen estos aspectos se convierten en elementales para garantizar la conexión entre la fundamentación de conocimiento y su posterior aplicación práctica.

El enfoque humanístico debe contemplarse en todas las fases de la formación en enfermería (Díaz-Rodríguez, Alcántara, Aguilar et al., 2020). Resulta significativa la formación inicial de las enfermeras para asistir en las dimensiones técnica, integradora, relacional, moral y afectiva, política y trabajar con el marco de la enfermería de familia. Este conocimiento deberá respaldar el proyecto y perfeccionamiento del currículo académico por medio del desarrollo de una atención integral al paciente y su familia.

En un primer nivel formativo, resulta fundamental que los estudiantes reconozcan a las personas enfermas y sus familias como sujetos activos, con capacidad para tomar decisiones y reconocerlos como protagonistas de su proceso. Los estudiantes deben identificar a la familia como una extensión de la persona enferma. Esta cuestión compromete la formación en habilidades de comunicación, y no exclusivamente en el conocimiento técnico y tecnológico. La

producción de nuevo conocimiento deberá respaldar el perfeccionamiento del currículo mediante el desarrollo de estas competencias. En un nivel formativo tipo Máster, las enfermeras tienen que ser capaces de abordar la situación de la UMI desde una perspectiva compleja desde el punto de vista clínico, tecnológico y humano. Lograr la identificación de las necesidades planteadas por la persona críticamente enferma, su familia e, incluso, por sus propios compañeros. Por otro lado, en un nivel formativo de Doctorado, resulta crucial la instauración de una línea de investigación que desarrolle y profundice en los cuidados de enfermería. Esta línea de investigación deberá considerar la aportación de personas críticamente enfermas, sus familias y los profesionales con el propósito de analizar los resultados, protocolizar la atención y evaluarlos en función de las necesidades expresadas.

#### **5.4.4. Implicaciones para la investigación**

Ante los nuevos retos que se plantean en el ámbito de la salud, las instituciones sanitarias se enfrentan al desafío de mejorar la calidad de los cuidados. En el contexto sanitario, las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales interactúan y ello desencadena la necesidad de una atención prudente que comprenda todas estas dimensiones. El abordaje integral de la persona constituye una asignatura pendiente dentro de las instituciones sanitarias. El carácter de las personas, las emociones y la construcción social de valores, aspectos que potencian el diálogo entre ciencia y humanidades, nos sumergen en la interrelación entre profesional, paciente y familia y en la necesidad de profundizar en aspectos afectivos, no solo cognitivos (March, 2017).

Las enfermeras plantean una consideración humanizada de la atención, dentro de la cual comprenden una dimensión compleja de la atención a la persona críticamente enferma y su familia. Esta realidad queda definida dentro de su razonamiento sobre el significado que ellos otorgan al cuidado de enfermería en la UMI. Para explorar este aspecto, la investigación cualitativa se ha seleccionado como la metodología más adecuada para esta investigación. La

etnografía ha permitido una comprensión más profunda del cuidado de enfermería desde la visión del mundo de las enfermeras de la UMI. Los métodos utilizados (observación participante, entrevistas semiestructuradas, literatura y razonamiento con expertos en esta temática), han permitido la comprensión del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los sujetos mediante la observación de su cotidianidad.

Asimismo, se confirma la necesidad de integrar la investigación traslacional (*translational research*), esto es, insistir en que el conocimiento teórico se traslade a escenarios reales de la práctica y se mida la validez de las intervenciones (Canga, 2011). Con el propósito de consolidar las habilidades de las enfermeras en la dimensión técnica, humana y social, resulta insustituible la formación tanto en el ámbito académico, como en el práctico.

La persistencia en la continuidad en la línea de investigación que orienta esta tesis puede ser interesante, puesto que la realización de estudios relacionados podría evidenciar cómo los cuidados de enfermería asisten en la gestión del acontecimiento crítico del paciente y su familia, conocer las habilidades y los obstáculos a los que se enfrenta nuestra profesión en las unidades de críticos y establecer líneas de investigación que rompan las barreras de la deshumanización, la falta de autonomía, la comunicación compleja, la negación de la muerte y aboguen por la formación emocional de los profesionales.

# BIBLIOGRAFÍA

---

## BIBLIOGRAFÍA

Achury, DM., Pinilla, M., Alvarado, H. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm*, 33 (1), 102-111.

Agard, AS., Lomborg, K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. (2010). *J Clin Nurs*, 1106-14.

Al-Mutair, AS., Plummer, V., Clerehan, R., O'Brien, A. (2014). Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nurs Crit Care*, 19 (3), 135-144.

Aliberch, AM., Miquel, IM. (2015). Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 26 (3), 101-111.

Aradilla, A., Tomás, J., Monforte, C., Edo, M., Limonero, J. Miedo a la muerte, inteligencia emocional y autoestima en estudiantes de Enfermería. *Medicina Paliativa* 2010; 17 (supl I): 110.

American Academy of Family Physicians [internet]. USA: definición de familia [consultado 27/05/2021]. Disponible en: <http://www.aafp.org/about/policies/all/family-definition.html>

Amezcuca, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, 30, 30-35.

Angrosino, M. (2007). *Doing Ethnographic and Observational Research* (Libro 2 de la Colección Investigación Cualitativa). Londres: Sage. [Trad. cast. *La investigación etnográfica y observacional en Investigación Cualitativa* (Libro 2 de la Colección Investigación Cualitativa). Madrid: Morata (2012).].

Apud, IE. (2013). Repensar el método etnográfico. Hacia una etnografía multitécnica, reflexiva y abierta al diálogo interdisciplinario. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (16), 213-235.

Arantzamendi, M., Addington-Hall, J., Saracíbar, M., Richardson, A. (2012). A Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill

patients and their daily approach to caring. *InternJ of Palliat Nurs*, 18 (12), 597-605.

Arnáiz, V., Esteban, MT., Olaechea, PM., Legarreta, MJ. (2020). Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 44 (4), 254-256.

Arroyo, MP. (2001). Calidad y humanización de los cuidados. *Metas de Enfermería*, 4 (8), 26-31.

Ayllón, N., Montero, P., Acebes, MI., Sánchez, J. (2014). Open door intensive care unit: View of the professionals. *Enferm intensiva*, 25 (2), 72-77.

Ayuso-Fernández, MA., Gómez-Rosado, JC., Barrientos-Trigo, S., Rodríguez-Gómez, S., Porcel-Gálvez, AM. (2021). Impacto de la ratio paciente-enfermera en los resultados de salud en los hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud. Estudio ecológico. *Enfermería Clínica*, 31 (6), 344-354.

Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F, et al. (2003). Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med*, 29, 1498-504.

Baeza, I., Quispe, LC. (2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev Bio y Der*, 48, 111-126.

Bajo, Y., González, R. (2014). La salud emocional y el desarrollo del bienestar enfermero. *Metas de Enfermería*, 17 (10), 12-16.

Ballesteros, M., Centeno, C., Arantzamendi, M. (2014). A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. *Nurse Educ Today*, 34 (6), 1-6.

Ballestín, B., Fàbregues, S. (2018). *La práctica de la investigación cualitativa en ciencias sociales y de la educación*. Barcelona: Editorial UOC.



Bell, A., Michalec, B., & Arenson, C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: The role of gender. *Journal of interprofessional care*, 28 (2), 98-102. doi:10.3109/13561820.2013.851073.

Bernat-Adell, MD., Ballester-Arnal, R., Abizanda-Campos, R. (2012). ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Medicina Intensiva*, 36 (6), 416-422.

Blanchfield, KC; Biordi, DL. Power in Practice: A study of Nursing Authority and Autonomy. (1996). *Nursing Administration Quarterly*. 20: 42-49.

Blismas, N.G. y Dainty, A.R.J. (2003). Computer-aided qualitative data analysis: Panacea or paradox? *Building Research & Information*, 31(6), 455-463.

Blom, H., Gustavsson, C., Sundler, AJ. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients - A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*, 29, 1-8.

Bolívar, A., Domingo, J., Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación*. Madrid: La Muralla.

Bowen, G.A. (2005). Preparing a qualitative research-based dissertation: Lessons learned. *The Qualitative Report*, 10(2), 208-222.

Boychuk, JE., Cowin, LS. (2004). The experience of marginalization in new nursing graduates. *Nursing Outlook*, 52 (6), 289-296.

Boyle, J. (1994).

Boyle, J. (2003). Estilos de etnografía. En J. M. Morse, *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Primera edición en español. Colombia. Editorial Universidad de Antioquía.

Brennan PF., Anthony, MK. (1998). Nursing practice models: implications for information system design. *Journal of Nursing Administration*, 28 (10): 26-31.

Brennan, PF; Anthony, MK. (2000). Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. *Research in Nursing and Health*. 23 (5): 372-382.

Bryant, A. y Charmaz, K. (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE Publications Ltd.

Buckley, P., Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive Crit Care Nurs*, 27, 263-72.

Buljac-Samardzic, M., Dekker-van, Doorn, CM., van Wijngaarden, JDH., van Wijk, KP. (2010). Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. *Health Policy*, 94 (3), 183-195.

Burns, N., Grove, SK. (2012). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la Práctica de Enfermería Basada en la Evidencia*. (5ª ed). Barcelona: Elsevier.

Cabrero, J., Richart, M. (1996). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica*, 6 (5), 212-217.

Cáceres, DI., Cristancho, LY., López, LA. (2019). Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cienc Salud*, 17 (3), 98-110.

Calero, JL. (2000). Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. *Rev Cubana Endocrinol*, 11 (3), 192-8.

Canga, AD. (2011). *Experiencias de la familia cuidadora en la transición a la dependencia de un familiar anciano*. Pamplona: tesis publicada.

Canga A, Canga N, García-Vivar C. Enfoque sistémico familiar: necesidad de formación para los profesionales de la salud. En: González AM, Arregui P, Montoro C. editores. *Familia y sociedad en el siglo XXI*. Madrid: Dykindon S.L., 2016; 95-102.

Caplow, Th. (1956). The dynamics of information interviewing. *The American Journal of Sociology*, vol. LXII, 165-171.

Caro González, F.J. y Díez de Castro, E.P. (2005). Investigación cualitativa asistida por ordenador en economía de la empresa. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 11(2), 45-58.

Celma, A., Strasser, G. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 25 (2), 485-500.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*.

Chías, P., Abad, T. (2019). *Habitar los hospitales: el bienestar más allá del confort. Nuevas tendencias en arquitectura sanitaria*. Alcalá de Henares: Editorial Universidad de Alcalá.

Choi, P.J., Curlin, F.A., Cox, C.E. (2015). The patient is dying, please call the chaplain: The activities of chaplains in one medical center's intensive care units. *J Pain Symptom Manage*, 50 (4), 501-506.

Christensen, M. (2007). Noise levels in a general intensive care unit: A descriptive study. *Nurs Crit Care*, 12, pp. 188-197.

Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Coffey, A., Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Publicaciones Universidad de Alicante.

Collière, M.F. *Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero*. *Notas de Enferm*. 1991; 1: 53-66.

Comelles, A., Martínez, J.M. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema S. L.

Consejería de Sanidad. Humanización en las unidades de cuidados intensivos. Comunidad de Madrid. 2016. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wpcontent/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf>

Davidson, JE. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurs*, 29, 28-35.

De la Cuesta Benjumea, C. (2015). La calidad de la investigación cualitativa. De evaluarla a lograrla. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(3), 883-890.

De la Cueva, L. (2012). La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya. *Enfermería Intensiva*, 23 (4), 153-154.

De la Fuente, C., Rojas, M., Gómez, MR., Lara, P., Morán, E., Aguilar, E. (2018). Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 42 (2), 99-109.

De la Revilla, L. (2007). La familia como unidad de atención. *FMC*. 14, 1-7.

DeCuir-Gunby, J.T., Marshall, P.L. y McCulloch, A.W. (2010). Developing and using codebook for the analysis of interview data: An example from a professional development research Project. *Field Methods*, 23(2), 136-155.

Denzin, NK., Lincoln, Y. (1994). "Introduction: entering the field of qualitative research", en NK Denzin & Y. Lincoln (eds.): *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, California: Sage, pp. 1-17.

Denzin, NK., Lincoln, YS. (1998). *The landscape of qualitative research*. New Delhi: Sage Publications.

Díaz, M., Juarros, N., García, B., Sáez, C. (2017). Study on anxiety in intensive care nursing professionals facing the process of death. *Burgos University Hospital (hubu)*.

Díaz de Durana, S., Vila, M., Aparicio, L., Rodríguez, MA. Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas. *Enferm Intensiva*, 15:63-75.

Díaz-Rodríguez, M., Alcántara, L., Aguilar, D., Puertas, E., Cano, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 19 (58), 657-672.

Domínguez-Alcón, C. Sociología del cuidado. *Enferm Clín*. 1999; 9(4):174-181.

Drane, JF. (1984). Competency to Give an Informed Consent. *JAMA*, 252, 925-7.

Duque, L., Rincón, EE., León, VE. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Revista Ene de Enfermería*, 14 (3), 1-25.

Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human — Collectively Confronting the Clinician Burnout Crisis. *N Engl J Med*. 2018. doi:10.1056/nejmp1715127.

Engström, A., Söderber, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *J Clin Nurs*, 16, 1651-9.

Engström, B., Uusitalo, A., Engström, A. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive Crit Care Nurs*, 27, 1-9.

Erlandson, DA., Harris, EL., Skipper, BL., Allen, SD. (1993). *Doing Naturalistic inquiry*. London: Sage.

Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Forcelledo, L., García, B., López, L. (2015). Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. *Med Intensiva*, 39, 522-3.

Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Quindós, B., Espina, MJ., Forcelledo, L., et al. (2015). Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calidad Asistencial*. 30, 243-50.

Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Quindós, B., Forcelledo, L., del Busto, C, et al., Grupo HU-CI. (2016). Es tiempo de cambiar la política de visitas en la UCI. *Medicina Intensiva*, 40, 197-9.

Escudero, D., Viña, L., Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*, 38 (6), 371-375.

Fahlberg, B., Roush, T. (2016). Presencia consciente: estar <<con>> en nuestro cuidado enfermero. *Nursing*, 33 (6), 10-11.

Fajardo, ME., Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, 13 (46), 9-12.

Fernández, A., Vallverdú, H., Román, B. (2016). Care ethics. A new bioethical approach to humanize the ICU. *Med Intensiva*, 40 (8), 511-513.

Ferrero, M. (2016). Un hospital con personalidad. HUCI: Humanizando los Cuidados Intensivos. <https://proyectoहुci.com/es/un-hospital-con-personalidad-por-monica/>

Fewster-Thuente, L., Velsor-Fiedrich, B. (2008). Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32 (1), 40-48.

Fielding, N. y Cisneros-Puebla, C.A. (2009). CAQDAS-GIS convergence: Toward a new integrated mixed method research. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(4), 349-370.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Fourez, G. (1998). (2 Ed). *La construcción del conocimiento científico. Sociología y ética de la ciencia*. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones.

Friedman, MM., Bowden, VR., Jones, EG. (2003). Family nursing. Research, theory and practice. New Jersey: Prentice Hall.

Friese, S. (2012). Qualitative data analysis with ATLAS.ti. London: SAGE Publications Ltd.

Galiana-Camacho, T., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, JJ., Fernández-García, D. (2018). Enfermería de Práctica Avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 92, 1-20.

Gallagher, P. (2004). How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nurse education. *Nurse Education Today*, 24, 263-8.

Gálvez, M., Ríos, F., Fernández, L., del Águila, B., Muñumel, G., Fernández, C. (2011). El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 22 (1), 13-21.

García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., Daudén, E. (2016). Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. *Actas Dermosifiliogr*, 107 (5), 400-406.

García, D., García, N., Martínez, ML. (2016). La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. *Metas de Enfermería*, 19 (2): 49-59.

García, FJ. (2021). La crisis de la medicina: sus males y posibles remedios. *Razón y Fe*, t. 283, nº 1451, 283-290.

García, SV., Rivas, E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Cienc. Enferm.* [Internet] 2013 [citado 20 Mayo 2021]; 19 (2): 111-124. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011).

García, A., Sánchez, F., Amorós, SM., Balaguer, F., Díez, M., Durán, MT, et al. (2010). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*, 21, 20-7.

Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, JF., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care*, 25, 634-40.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Gillis, CL., Davis, LL. (1993). Does family intervention make a difference? An integrative review and meta-analysis. In: Feetham, SL., Meister, SB., Bell, JM., Gillis, CL. *The nursing of families: theory, research, education and practice* (pp. 259-265). Newbury Park: Sage.

Girbau, MB., Monedero, P., Centeno, C., Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI. (2017). El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. *Anales Sis San Navarra*, 40 (3), 339-349.

Glaser, BG., Strauss, AL. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.

Glaser, BG. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. California, Estados Unidos de América: Sociology Press.

Goetz, JP., Le Compte, MR. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

Goldenberg, DS. (1997). La familia, un paciente olvidado. *Revista Rol Enfermería*, 223, 25-30.

Gómez, JL., Hueso, C., González, E., Cañadas, G., Celdrán, M., Amezcua, M. (2014). Uso, actitudes y conocimientos sobre práctica basada en la evidencia en estudiantes de enfermería. *Rev Paraninfo Digital*, (20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/475.php> [Acceso 24/05/2021].



González, P. (2008). Las vivencias y los saberes de los niños y niñas en Cuidados Intensivos de Pediatría. Alicante. Departamento de Enfermería. Programa de Doctorado de Enfermería: Práctica y Educación. Universidad de Alicante.

González, S., Pericas, J., Bennasar, M., Adrover, R., Morales, JM., De Pedro, J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 227.

Gooding, T., Pierce, B., Flaherty, K. (2012). Partnering with family members to improve the Intensive Care Unit experience. *Crit Care Nurs Q*, 35 (3), 216-22.

Green, J., & Thorogood, N. (2004) *Qualitative methods for health research* (2nd ed., pp. 198-202). London: Sage Publications.

Guasch, O. (2002). *Observación participante: 20 (Cuadernos Metodológicos)*. 2ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (1st ed., pp. 105-117). California, USA: SAGE.

Guedes, E., Oliveira, DD. (2013). Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Index de Enfermería*, 22 (1-2), 25-29.

Hammersley, M., Atkinson, P. (1983). *Ethnography: Principles in practice*. London: Tavistock.

Hammersley, M., Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.

Hammersley, M., Atkinson, P. (2006). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.

Hammond, F. (1995). Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive Crit Care Nurs*. 11, 256-64.

Hannerz, U. (1986). Exploración de la ciudad, México: FCE.

Harris, M. (2002). Introducción a la Antropología general. Madrid: Ciencias Sociales.

Havens, DS, Vasey, J., Gittell, JH., Lin, WT. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18 (8), 926-937. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x>

Heidegger, M. (2000). El ser y el tiempo. Madrid: Fondo de cultura Económica de España.

Heras, G., Alonso, A., Gómez, V. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 43, 547-9.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2007). Fundamentos de la metodología de la investigación. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Hessel, JA. (2009). Presence in nursing practice: a concept analysis. *Holist Nurs Pract*, 23 (5), 276-281.

Higgins, G., Spencer, RL., Kane, R. (2010). A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Educ Today*, 30 (6), 499-508.

Holanda, MS., Marina, N., Ots, E., Lanza, JM., Ruiz, A., García, A., et al. (2017). Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Medicina Intensiva*, 41, 78-85.

Huércanos, I. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. *Biblioteca Lascasas*, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> [Acceso 24/05/2021].

Huércanos, I. (2013). Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm*, 22 (1-2), 5-6.

Hwang, S. (2008). Utilizing qualitative data analysis software: A review of Atlas.ti. *Social Science Computer Review*, 26(4), 519-527.

Imilan, AW. (2006). (2007, abril). La ciudad etnografiable. El problema del objeto en Londres, Chicago y Santiago de Chile. *Serie Documentos* (2), 23-55. Chile: Universidad Central.

Jones, M.L. (2007). Using software to analyse qualitative data. *Malaysian Journal of Qualitative Research*, 1(1), 64-76.

Kamdar, BB., King, LM., Collop, NA., Sakamuri, E. Colantuoni, KJ., Neufeld, et al. (2013). The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*, 41, pp.800-809.

Kean, S., Mitchell, M. How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *JCN*, 23 (5-6), 663-672.

Keenan, JA. (1999). Concept Analysis of Autonomy. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (3): 556-62.

Kent, B., Anderson, NE., Owens, RG. (2012). Nurses' early experiences with patient death: the results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (10), 1255-1265.

Kèrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (2004). *El pensamiento enfermero*. Madrid: Elsevier Masson.

Khaleghparast, S., Joolae, S. Ghanbari, B., Maleki, M., Peyrovi, H., Bahrani, N. (2015). A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. *Global Journal of Health Science* [Internet].

Kitto, S., Goldman, J., Etchells, E., Silver, I., Peller, J., Sargeant, J., Bell, M. (2015). Quality Improvement, Patient Safety, and Continuing Education: A Qualitative Study of the Current Boundaries and Opportunities for Collaboration

Between These Domains. Academic, 90 (2), 240-245.  
<http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000596>.

Kottak, CP. (2003). Espejo para la Humanidad. Introducción a la Antropología Cultural. Madrid.

Kramer, M., Schmalenberg, CE. (2003). Magnet Hospital Staff Nurses Describe Clinical Autonomy. Nursing Outlook. 51 (1): 13-19.

Kuhn, T. (1986). *La Estructura de la Revoluciones Científicas*. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica. (séptima reimpresión), Nro. 213. (Original publicado en 1962 por la University of Chicago Press bajo el título de The Structures of Scientific Revolutions).

Kvale, S. (2011). Las entrevistas en la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Lancaster, G., Kolakowsky, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. Journal of Nursing Scholarship, 47 (3), 275-284. doi:10.1111/jnu.12130.

Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, LM., Chevret, S., Adrie, C, et al. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 356: 469-78.

Leininger, M. (2005). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa, en Morse J. M. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.

Leske, J. (1986). Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. Heart Lung, 15, 189-93.

Lombardo, V., Vinatier, ML., Baillot, V., Franja, I., Bourgeon-Ghittori, S., Dray, et al. Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) How Caregivers view patient comfort and what they do to improve it: A French survey. Annals of Intensive Care, 3 (2013), pp. 19-26.

López, SR. (2004). Hospital Magnético, Hospital Excelente. *Index de Enfermería*, 13 (44-45), 7-8.

Lopera, MA. (2016). Acompañar en la muerte es un pilar del cuidado, una dolorosa obligación y un dilema. *Ciencia y enfermería*, 22 (1), 65-74

Lu, C.J. y Shulman, S.W. (2008). Rigor and flexibility in computer-based qualitative research: Introducing the Coding Analysis Toolkit. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 2(1), 105-117.

Luengo, C., Paravic, T. (2016). Autonomía profesional. Factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. *Index Enferm*, 25 (1-2): 42-46.

Lunardi V., Peter E., Gastaldo, D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enferm Clin* 2006; 16(5): 268-274.

MacMillan, KM. (2012). The challenge of achieving interprofessional collaboration: Should we blame Nightingale? *Journal of Interprofessional Care*, 26 (5), 410-415. doi:10.3109/13561820.2012.699480.

March, JC. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32 (5), 245-247.

Mármol-López, MI., Miguel, I., Montejano, R., Escribano, A., Gea-Caballero, V., Ruiz, A. (2018). Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 92, 1-15.

Marti, C., García, MP., Schmidt, J., Fernández, M., Montoya, R., Cruz, F. (2016). Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Med Paliat*, 23, 72-78.

Martín, MC., García de Lorenzo, A. (2017). Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Med Intensiva*, 41 (8), 451-453.

Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123-146.

Martos, G., Aragón, A., Gutiérrez, N. (2014). Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. *Enferm Intensiva*, 25 (14), 164-172.

McKenna, LG., Green, C. (2004). Experiences and learning during a graduate nurse program: an examination using a focus group approach. *Nurse Educ Pract*, 4 (4), 258-63.

McKiernan, M., McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Crit Care Nurs*, 26, 254-61.

Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *Int J Nurs Stud*. 2012. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015.

Medina, JL. (1996). La credibilidad de la investigación científica interpretativa. En *La Pedagogía del Cuidado: Racionalidad, Tradición y Poder en el Currículum de Enfermería. Un estudio Interpretativo*. Barcelona. Tesis Doctoral Inédita. Departamento de Didáctica y Organización Educativa. Universidad de Barcelona.

Medina Moya, JL. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.

Medina, JL. (2006). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona.

Miguélez-Chamorro, A., Casado-Mora, MI., Company-Sancho, MC., Balboa-Blanco, E., Font-Oliver, MA., Román-Medina, I. (2019). Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica*, 29 (2), 99-106.

Miró, R. (2010). Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. Revista Tesela, 7.

Miró, R. (2018). Cambios en las dinámicas de trabajo en equipo en una unidad de hospitalización, a través de una investigación acción participativa. Tesis doctoral, Universitat Illes Balears.

Molina, J. (2011). El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. Index de Enfermería, 20 (4), 238-242.

Molter, N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung, 8, 332-9.

Montoya, R. (2006). Morir. Une revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. Evidentia, 3. Disponible en: [www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php](http://www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php). [Consultado 25/05/2021].

Monzón, JL., Saralegui, I., Abizanda, R., Cabré, L., Iribarren, S., Martín, MC et al. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva, 32, 121-133.

Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Salud Pública de México, vol. 49, nº 1.

Morse, JM. (Ed). (2005). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial: Universidad de Alicante.

Mussolin, C., Meneguín, S., Aguiar, R., Bronzatto, CH. (2014). Care to terminal patients. Perception of nurses from the intensive care unit of a hospital. Invest Educ Enferm, 32 (3), 414-420.

Navarro, R. (1997). La Inconmensurabilidad en el Lenguaje. Maracaibo: Núcleo LUZ-COL.

Palacio, R., Nonide, M, Carreño, F., López, L., Cao, A., Izaguirre, A. (2015). Proyecto "Con tus manos puedes salvar vidas". RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 3 (2): 35-43.

Oltra, E. (2015). Las enfermeras, el poder y el poder de las enfermeras. Editorial Enfermería Comunitaria.

Orem, DE. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. Editorial: Edic. Científicas y Técnicas.

Orkaizagirre, A. Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2013; 22 (3). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/1246.php>> Consultado el 31/05/2021.

Ortega y Gasset, J. (1946-1947). El tema de nuestro tiempo, en <Obras completas III>, Madrid, 1946-194.

Oses, M., Legault, A., Martínez, AM. (2020). Diseño de un curso de formación continuada en cuidados paliativos basado en competencias. Revista Ene De Enfermería, 14 (1), 1-18.

Parahoo, K. (2006). Nursing Research. Principles, process and issues. (2 ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Pardavila, MI., Vivar, CG. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Enferm Intensiva, 23 (2), 51-67.

Pascual, MC., Ignacio, MC., Cervantes, L., Jiménez, MA., Medina, M., García, AM. (2015). Cuestionario para evaluar la importancia de la familia en los cuidados de enfermería. Validación de la versión española (FINC-NA). Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 38 (1), 31-39.

Patton, MQ. (1980). Qualitative Evaluation Methods. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Pérez-Cantó, V., Macia-Soler, L., González-Chordá, VM. (2019). Satisfacción de los usuarios en el sistema de salud español: análisis de tendencias. Rev Saúde Pública, 53: 87.

Pérez Serrano, G. (2004). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. 4º ed. Madrid: La Muralla.



Pérez Serrano, G. (2007). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos. (4ª Ed.). Madrid: La Muralla.

Pérez, N., Amezcua, M. (2017). Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera. *Index Enferm*, 26 (4), 245-247.

Polit, DF., Hungler, BP. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª ed). México: McGraw-Hill Interamericana.

Pratt, M.G. (2009). For the lack of a boilerplate: Tips on writing up (and reviewing) qualitative research. *Academy of Management Journal*, 52(5), 856-862.

Pryzby, BJ. (2005). Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive Crit Care Nurs*, 21, 16-23.

Quero, A. (2004). Formación, humanismo y humanización. *Metas de Enfermería*, 7 (3), 15-58.

Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25 (3), 167-174.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarestein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork from health and Social Care. Promoting Partnership for Health*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Richardson, A., Storr, J. (2010). Patient safety: A literature review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57 (1), 12-21.

Robson, C. (2002). *Real word research. A resource for social scientists and practitioners researches*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers.

Roca, J., Pérez, JM., Colmenero, M., Muñoz, H., Alarcón, L., Vázquez, G. (2007). Competencias profesionales para la atención al paciente crítico. Más allá de las especialidades. *Med Intensiva*. 31: 473-84.

Rodas, FD., Pacheco, VG. (2020). Grupos focales: Marco de referencia para su implementación. *INNOVA Research Journal*, vol 5, n 3, 182-195.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez Mondéjar, Juan José. (2019). Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Ene*, 13(4), 13412. Epub 01 de junio de 2020. Recuperado en 14 de junio de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000400011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000400011&lng=es&tlng=es).

Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed). Málaga: Ediciones Aljibe.

Rodríguez, L. (2019). Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria. *Revista Enfermería CyL*, 11 (1), 155-171.

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Les Condes*, 30 (2), 120-125.

Rosaldo, R. (1989). *Cultura y Verdad*. Nueva propuesta de análisis social. México: Grijalbo S.A.

Rosen, DA., Dower, JM., Parker, JE., Mosh, AH. Measuring intensive care unit palliative care: Have we set the bar too low? *Crit Care Med*, 40, 1343-1345.

Rubio, O., Ventura, L. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Rev Bioética y Derecho*, 48, 81-93.

Ruiz Olabuénaga, JI. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa* (3ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.

Ruiz Olabuénaga, JI., Ispizua, MA. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sadler, E., Hales, B., Henry, B., Xiong, W., Myers, J., Wynnychuk, L. (2014). Factors affecting family satisfaction with inpatient end-of-life care. *Plos One*, 9 (11),

Salovey P., Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality* 1990; 9:185-211. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2021]. URL disponible en: [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf)

Sánchez, T., Delgado, D. (2017). Revisión sistemática de la formación acerca del duelo en los planes de estudios de enfermería en España. *Revista Científica de Enfermería*, 13, 24-35.

Sánchez, J., Gil, B., Iglesias, J., Sanz, C. (1998). Reflexión Clínica y Sociológica ante la muerte. *An Med Interna*, 15, 36-43.

Sánchez-Montaña, C. (2008). Galicia Romana: La ciudad de Lucus Augusti. <http://galiciaromana.blogspot.com/2008/04/la-ciudad-de-lucus-augusti.html>

Sandín, MP. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones*. Madrid. Mc Graw and Hill Interamericana.

Sandoval, C. (1997). Investigación cualitativa. Módulo 4. *Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Universidad de Antioquía. Medellín.

Sandoval, JL. (2015). Abrir las puertas de la UCI: pero paso a paso. *Enferm Intensiva*, 26, 120.

Santana, L., Hernández, E., García, M., Sánchez, M. (2006). Satisfacción de los familiares de pacientes fallecidos en una unidad de cuidados intensivos. *Med Clin* 127: 557.

Santana, L., Sánchez, M. (2010). La presencia del familiar en el momento del fallecimiento mejora la calidad del morir en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 21 (2), 83-84.

Santana, L., Sánchez, M., Rodríguez, C., Hernández, E. (2008). Calidad del morir y de la muerte en una unidad de cuidados intensivos: percepción de la enfermería. *Enferm Clin* 18: 172.

Santana, YG., Santana, L., Bernat, MD., Linares, T., Alemán, J., Acosta, RF. (2019). Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*, 30 (4), 181-191.

Schatzman, L & Strauss, A. (1973). *Field research. Strategies for a natural sociology*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Schwandt, T. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. En N. K. Denzin (Ed.), *Handbook of qualitative research* (110-132). Thousand Oaks: Sage Publications.

Sennet, R. (2004). *Respect*. Londres: Penguin Books (Trad. cast.: *El respeto: sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona. Anagrama, 2009, 2ª ed.).

Serrano García, P. (2018). Análisis del cambio actual hacia la humanización de los cuidados enfermeros en las unidades de pacientes críticos. *Conocimiento Enfermero*, 1(01), 85-93. Recuperado a partir de <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/18>

Shulman, LS. (1989). Paradigmas y Programas de Investigación en el Estudio de la Enseñanza: una perspectiva contemporánea. En MC Wittrock (Comp.). *La Investigación en la Enseñanza. Tomo I: Enfoques, teorías y métodos*. Capítulo 1, 9-94. Barcelona (España): Paidós.

Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical Handbook*. London: Sage Publications.

Smit, B. (2002). Atlas.ti for qualitative data analysis. *Perspectives in Education*, 20(3), 65- 76.

Solís, M., Serrano, MP., Cano, A., Luengo, R., Subirana, M. (2008). La investigación en enfermería en España. Evolución de una realidad. *Educare*, 6 (4).

Solomons, NM., Spross, JA. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag*, 19 (1), 109-20.

Souza, LP., Mota, J., Barbosa, R, Ribeiro, RC, Oliveira, CS, Barbosa, DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *EG*. [Internet] 2013 Oct [citado 20 Mayo 2021]; 12 (32): 222-229. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/administracion4.pdf>.

Spradley, 1979.

Spradley, 1980.

Stake, RE. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Stayt, LC. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs*, 57, 623-30.

Stochero, HM., Nietsche, EA., Salbego, C., Pivetta, A., Schwertner, MVE., Fettermann, FA., Rodrigues de Lima, MG. (2016). Feelings and difficulties experienced by nursing students in coping with death and the process of dying. *Aquichan*, 16 (2), 219-229.

Strauss, A., Corbin, JM. (1990).

Strauss, A., Corbin, JM. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.

Strauss, A., & Corbin, J. M. (2008). *Basics of qualitative research (3a ed.)*. California: Sage Publications.

Streubert, H. (2011). Philosophy and theory: foundations of Qualitative Research. In: Streubert, H., & Carpenter, DR. (eds) Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Company.

Spradley, J. P. (1980). Participant observation. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Strauss, A., y Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques, London: Sage.

Strauss, A., & Corbin, J. M. (2008). Basics of qualitative research (3a ed.). California: Sage Publications.

Streubert, H., Carpenter, D. R. (1995). Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Company.

Suárez, T. Humanizar la asistencia sanitaria. (2015). Disponible en: <http://www.regimen-sanitatis.com/2015/08/humanizar-la-asistencia-sanitaria.html>. [Acceso 24/05/2021].

Suddaby, R. (2006). What Grounded Theory is not. Academy of Management Journal, 49(4), 633-642.

Tang, CJ., Chan, SW., Zhou, WT., & Liaw, SY. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. International Nursing Review, 60 (3), 291-302. doi:10.1111/inr.12034.

Tayebi, Z., Borimnejad, L., Dehghan-Nayeri, N., Kohan, M. (2014). Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. Nurs Crit Care, 19 (3), 117-125.

Taylor, SJ; Bogdan, R. (2013). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. (14 ed). Barcelona: Paidós.

Tesch, R. (1990). Qualitative research. Analysis types & software tools. London: Routledge Falmer.

Thofehrn, MB; López Montesinos, MJ; Amestoy, SC; Porto, AR; Bettin, AC; Fernández, HN; Rodríguez Mondéjar, JJ; Mikla, M. (2014). Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. *Enfermería Global*, 13 (36), 223-237.

Tomizawa, R., Yamano, M., Osako, M., Misawa, T., Hirabayashi, N., Oshima, N., Reeves, S. (2014). The development and validation of an interprofessional scale to assess teamwork in mental health settings. *Journal of Interprofessional Care*. <http://doi.org/10.3109/13561820.2014.898623>.

Topping, A. (2008). El espectro continuo cuantitativo-cualitativo. En: Gerrish, K. y Lacey, A. (Eds.), *Investigación en enfermería* (pp. 157-172). Madrid: McGraw Hill.

Torres, L., Morales, JM. (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitales*, 4: 18-25.

Trinidad Requena, A., Carrero Planes, V. y Soriano Miras, R.M. (2006). Cuadernos Metodológicos 37. Teoría fundamentada «Grounded Theory». La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Treva, C., Ingram, MD., Pradip Kamar, MD., Craig, M., Coopersmith, MD., Atul Vats, MD. (2014). Intensivist perceptions of family-centered rounds and its impact on physician comfort, staff involvement, teaching, and efficiency. *J Crit Care*, 29 (6), 915-918.

Truog, R., Cist, A., Brackett, S., Burns, J., Curley, M., Danis, M., et al. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 29, 2332-48.

Truog, RD., Campbell, ML., Curtis, JR., Haas, CE., Luce, JM., Rubenfeld, GD et al. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit:

A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 36, 953-963.

United Nations [internet]. Internacional: definición de familia [consultado 27/05/2021]. Disponible en: <http://www.un.org/en/>

Urraco Solanilla, M. (2007). La metodología cualitativa para la investigación en Ciencias Sociales. Una aproximación “mediográfica”. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 1(1), 99-126.

Usher, BM., Kathleen, MH. (2016). Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*, 36 (1), 15-18.

Valle, I. (2019). Factores asociados al estrés en pacientes ingresados en UCI: Revisión narrativa. Repositorio Institucional UAM. Madrid.

Valles, MS. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis.

Van Manen, M. Investigación educativa y experiencia vivida. (2003). Barcelona: Idea Books, S. A.

Vandijck, DM., Labeau, SO., Geerinckx, CE., de Puydt, E., Bolders, AC., Claes, B, et al. (2010). An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey. *Heart Lung*, 39, 137-46.

Vázquez Recio, R y Angulo Rasco, F. (Coords). (2003). Introducción a los estudios de casos. Los primeros contactos con la investigación etnográfica. Granada: Aljibe.

Vega, P., González, R., Mandiola, J., Rivera, MS. Desvelando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquinchan*. [Internet] 2013 Abr [citado 10 Mayo 2021]; 13 (1): 81-91.



Vela, F., Ruiz, D., Granado, J., García, A., Ortega, M., Marín, J. (2022). En respuesta a <<Perspectivas de los profesionales de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI>>. *Enfermería Intensiva*, 33 (1), 51-53.

Velasco, HM., Díaz de Rada, A. (2004). (4 ed.). *La lógica investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid: Editorial Trotta, S.A.

Velasco Bueno, JM., Heras La Calle, G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Ética Cuid.* 2017; 10(20) [acceso 23 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>

Velasco, JM., Prieto, JF., Castillo, J., Merino, N., Perea-Milla, E. (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva*, 16: 73-83.

Vicente, MJ; Altarribas, E. (2014). Implementación de protocolos de enfermería basados en la evidencia (EBE), del mito a la realidad. *Evidentia*, 11(46). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n46/ev4601.php> [Acceso 23/05/2021].

Visser, A., Wismans, M. (2010). Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Educ Couns*, 78 (3), 402-408.

Vivar, CG., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., Gordo, C. (2010). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 19 (4), 283-288.

Wassenaar, A., Van Den Boogaard, M., Van Der Hoof, T., Pickkers, P., Schoonhoven, L. (2015). Providing good and comfortable care by building a bond of trust: Nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the Intensive Care Unit. *JCN*, 24 (21-22): 3233-3244.

Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 8 (3), 87-93. doi:10.1097/00128488-200607000-00008.

Weiland, S. (2015). Understanding nurse practitioner autonomy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 95-104. doi:10.1002/2327-6924.12120.

Weinhouse, GL., Schwab, RJ., Watson, PL., Patil, N., Vaccaro, B. Pandharipande, P, et al. (2009). Bench-to-bedside review: Delirium in ICU patients – importance of sleep deprivation. *Crit Care*, 13, pp. 234-241.

White, L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*, 70 (2), 282-294.

Wright, L., Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: FA Davis.

Zaforteza, C. Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa [tesis doctoral]. Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears; 2010.

Zaforteza, C., García, A., Amorós, SM., Pérez, E., Maqueda, M., Delgado, J. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*, 23, 121-31.

Zaforteza, C., García, A., Quintana, R., Sánchez, C., Abadía, E., Miró, JA. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*, 21, 52-7.

Zazpe, C. (1996). Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, 7: 147-51.

Zheng, R., Lee, SF., Bloomer, MJ. (2016). How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 320-330.

# ANEXO I. CONVENIO UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID- HOSPITAL NORTE

www.larioja.org



Gobierno  
de La Rioja



Universidad  
Europea

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITY

## CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID Y LA CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DEL GOBIERNO DE LA RIOJA

Villaviciosa de Odón, a 10 de abril de 2014

### REUNIDOS

De una parte el Excmo. Sr. D. José Ignacio Nieto García, Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, nombrado para este cargo por Decreto de la Presidencia 9/2011, de 27 de junio (BOR 28 de junio), facultado para la firma del presente documento por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 31 de octubre de 2008 (BOR 17 de noviembre de 2008)

Y de otra, D. Sergio Calvo Fernández, Director de la Escuela de Doctorado e Investigación de la Universidad Europea de Madrid, con domicilio en C/ Tejo s/n, 28670, Villaviciosa de Odón, Madrid y con número de identificación fiscal B - 79122305, en adelante la **UNIVERSIDAD**.

Se reconocen ambas partes con capacidad legal suficiente y poder bastante para este acto y

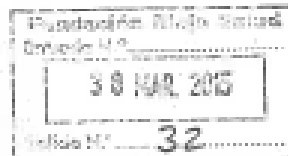
### EXPONEN

- I. Que la **UNIVERSIDAD**, reconocida por Ley 24/1995, de 17 de julio (BOE núm. 170, de 18 de julio de 1995), tiene como objetivo la prestación del servicio de educación superior mediante la oferta de una amplia variedad de actividades propias, que se proyectan en los ámbitos docentes, de investigación o de asesoramiento técnico, a través de las distintas fórmulas previstas en la legislación.
- II. Que el Servicio Riojano de Salud es un organismo autónomo administrativo, dotado de personalidad jurídica propia, patrimonio y tesorería propios y de autonomía de gestión el cual queda adscrito a la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, a la cual le corresponde su dirección, la evaluación y el control de los resultados de su actividad.
- III. Que ambas partes están interesadas en colaborar en la ejecución de Proyectos de Investigación, por lo que acuerdan suscribir el presente Convenio, al amparo de las siguientes Cláusulas,

L/8

## ANEXO 2. COMITÉ ÉTICA HOSPITAL NORTE

Gobierno de La Rioja  
www.larioja.org



Comité Ético de Investigación Clínica  
de La Rioja (CEICLAR)

(Para Proyectos de Investigación)  
**DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA  
RIOJA**

D. José Ignacio Torroba Torroba,  
Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja

### CERTIFICA

Una vez evaluado el Proyecto de Investigación:

Título:  
"Significados del cuidado en la práctica enfermera en una unidad de cuidados intensivos"  
(Ref. CEICLAR PI 179)

que se va a llevar a cabo en el Hospital San Pedro por la Dra. Marta Cereceda Magaña del  
Servicio de Medicina Intensiva como investigador principal.

El Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR) manifiesta en reunión del 27  
de marzo de 2015 que no se han encontrado aspectos metodológicos, éticos y legales que  
impidan su realización; por lo que se emite un DICTAMEN FAVORABLE.

Lo que firmo en Logroño a 30 de marzo de 2015

Firmado:

El Secretario del CEICLAR

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO -PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS-



**Universidad  
Europea**

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO- PROFESIONALES UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

**TITULO DEL PROYECTO:** *Significados del cuidado en la práctica enfermera en una Unidad de Cuidados Intensivos.*

**Investigadora principal:** Marta Cereceda Magaña.

**D/D<sup>a</sup>**

manifiesta **que:**

Que ha tenido oportunidad de leer la hoja de información del proyecto de investigación acerca de los cuidados en la Unidad de Medicina Intensiva.

Que ha comprendido los objetivos de la investigación.

Que ha comprendido que su participación es voluntaria.

Que da su consentimiento para participar en la investigación.

Que conoce que no va a recibir ninguna compensación económica por su participación.

Que conoce que puede retirarse cuando lo desee, sin ningún perjuicio o repercusión

sobre su trabajo en la unidad.

Que conoce que los resultados se difundirán en congresos y publicaciones científicas.

**Firma del profesional**

**Firma del investigador**

Fecha

## **ANEXO 4. HOJA DE INFORMACIÓN ENVIADA VÍA MAIL A LOS PROFESIONALES DE MEDICINA INTENSIVA**

### **HOJA DE INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA**

**TÍTULO DEL PROYECTO:** *Significados del cuidado en la práctica enfermera en una Unidad de Cuidados Intensivos.*

**Investigador principal:** Marta Cereceda Magaña (diplomada en enfermería). Datos de contacto: en el correo electrónico [marta12353@hotmail.com](mailto:marta12353@hotmail.com)

#### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

La metodología utilizada en este proyecto de investigación es de tipo cualitativa. Dicha metodología se caracteriza por estudiar la realidad en su contexto natural e interpretar los fenómenos que analiza, de acuerdo a los significados que a éstos, les atribuyen las personas implicadas (Rodríguez y Gil, 1999; Ruiz, 2003; Strauss & Corbin, 2002). Los tres métodos que se han escogido para realizar la recogida de información que son, la observación participante, la entrevista semi-estructurada y el grupo de discusión, nos permitirán conocer conceptos, creencias, experiencias, pensamientos, vivencias y/o percepciones basados en el propio lenguaje de los profesionales de enfermería. A través de los mismos, el investigador tratará de descubrir la esencia de la experiencia según cómo la interpretan dichos profesionales. Este tipo de enfoque no pretende, por tanto, predecir el comportamiento ni identificar sus causas, sino que trata de comprenderlo en el sentido explicado por Max Weber (Von Wright, 1997), al conocer la intencionalidad de las acciones y hacerlo desde el punto de vista del otro. De esta manera, es factible el aprendizaje de su naturaleza racional y subjetiva.

Las entrevistas y el grupo de discusión serán grabados y transcritos de forma literal para ser analizados. Una vez hecha la transcripción, la grabación será eliminada. El análisis de datos se realizará conjuntamente mediante los resultados obtenidos en las entrevistas, el grupo de discusión y el diario de campo.

*Estamos inmersos en un momento en el que las técnicas de investigación cualitativa están manifestándose con la finalidad de acercarnos a las experiencias, tanto de los profesionales de la salud, como de los pacientes. Esto se traduce en un intento por comprender las vivencias de ambos e intentar entender fenómenos que nos afectan y a los que nos enfrentamos unidos. La percepción de cada uno de ustedes sobre sus experiencias es fundamental para conocer las diferentes concepciones del cuidado, las cuales pueden dificultar una experiencia ya de por sí dura, e identificar las fortalezas que ayuden a soportarla.*

### **OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:**

El propósito principal de este trabajo es conocer la relación existente entre la teoría del cuidado y la práctica enfermera profesional en un contexto específico, que en este caso, está constituido por una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Los objetivos específicos están centrados en:

- Conocer el significado y la atribución axiológica que los profesionales de enfermería otorgan al acto de cuidar en una UCI.
- Explorar cuáles son los elementos específicos del cuidado a los que los profesionales de enfermería confieren mayor importancia en el momento en el que establecen una relación de cuidado.
- Estudiar las experiencias profesionales que influyen en la concesión de un cuidado holístico por parte de los profesionales de enfermería en una UCI.
- Detectar las habilidades específicas, así como las dificultades que presentan los profesionales de enfermería en el cuidado de un paciente crítico.



- Analizar si los cuidados profesionales de enfermería se sustentan en una visión del profesional de enfermería como persona que empatiza con la situación que experimenta la persona receptora de cuidados.

- Explorar si la relación entre el profesional de enfermería y el paciente crítico está basada en aspectos interpersonales y no sólo en aspectos fisiológicos de la persona.

**Para la recogida de datos utilizaremos:** Observación participante, diario de campo, entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales serán grabados en audio, previo consentimiento de cada participante. Una vez transcritas, se devolverán a cada participante.

**El equipo investigador:** El equipo de investigadores está formado por dos miembros, que lo constituyen la profesora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y Doctora en Enfermería, Purificación González Villanueva y, por otro lado, la enfermera Marta Cereceda Magaña, quien realizará el trabajo de campo en la unidad como doctoranda.

**Participación de los profesionales de la UCI:** Invitamos a participar a todos los profesionales de la unidad, no sólo profesionales de enfermería, sino a todos los miembros del equipo multidisciplinar que forman parte del equipo de la unidad. La percepción de cada uno de ellos sobre el cuidado del paciente crítico es fundamental para conocer las diferentes concepciones del cuidado que pueden dificultar una experiencia ya de por sí dura e identificar las fortalezas que ayuden a soportarla. La participación en el proyecto es completamente voluntaria. Ninguna persona está obligada a participar en él, ni a quedarse durante todo el estudio.

**Confidencialidad:** Uno de los fundamentos indispensables de toda investigación es preservar la identidad de cada participante. En una investigación con seres humanos, es casi inevitable que no exista un mínimo grado de intromisión en la vida privada o intimidad de los mismos. En primer lugar,

manifestamos que la información que permita identificar a los participantes no se difundirá y que se protegerá su identidad a través de diferentes procesos para anonimizarlos (las personas que participen en la investigación tendrán un nombre ficticio o un número asignado con el fin de garantizar la confidencialidad). En segundo lugar, se rogará a todos los profesionales proteger con excesiva meticulosidad todos aquellos pensamientos, experiencias, creencias y/o reflexiones que sean susceptibles de ser conocidas por otras personas.

Todos los datos recogidos para el estudio serán tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. Debe saber que tiene derecho de acceso, rectificación y cancelación de los mismos en cualquier momento.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Una vez terminada la investigación serán destruidos.

Los resultados de la investigación se difundirán en Congresos y publicaciones científicas.

**Para más información:** Si tiene dudas, preguntas o desea realizar alguna aportación, puede ponerse en contacto conmigo, la investigadora principal, Marta Cereceda Magaña en el correo electrónico [marta12353@hotmail.com](mailto:marta12353@hotmail.com)

## ANEXO 5. EJEMPLO DE ENTREVISTA (ENTREVISTA PAULA)

### ENTREVISTA PAULA

Investigadora: - “¿Qué significa para ti trabajar en una UCI?” -.

Paula: - “A ver, pregunta amplia, ¿eh?... Preguntas abiertas que... ¡Vamos a ver! Eh... Yo relaciono claramente el trabajo en intensivos con mi profesión y con mi trabajo enfermero. Es decir, he trabajado en tan pocos servicios, salvo en intensivos, que identifico casi mi profesión enfermera con el intensivo. Lo que significa es conseguir un desarrollo pleno francamente del trabajo que yo esperaba encontrar al ser enfermera” -.

Investigadora: - Asiente.

Paula: - “Y la UCI me permite esos objetivos o esos ideales que yo tenía antes de empezar a trabajar, los consigo trabajando en intensivos. Me permite dedicarme plenamente al enfermo, a los dos o a los tres enfermos que llevo, porque el trabajo en intensivos va dirigido a ese número limitado de pacientes y eso te permite abarcar mucho, conocer mucho y desarrollar pues en toda su amplitud el trabajo enfermero” -.

Investigadora: - “¿Cuáles son tus prioridades en tu trabajo en la UCI?” -.

Paula: - “Desde luego mi prioridad es trabajar lo mejor que sea capaz de hacerlo con el paciente que tengo delante; no solo con el paciente, sino también con su familia. Pero, cada día, lo que intento es que mi trabajo sea lo más científico, lo más profesional, lo más correcto y lo más humano; no todas las veces lo consigo en el mismo grado (se ríe), pero desde luego ese sería mi objetivo” -.

Investigadora: - “¿Qué perspectiva tienes de cómo están cuidados en la UCI los pacientes?” -.

Paula: - “Pues creo que es el sitio donde mejor cuidados están los pacientes, ¡así de claro!; pero no porque el personal de intensivos sea especialmente óptimo para hacer cuidados de enfermería, sino porque el ratio de profesionales por paciente permite dedicar mucho más tiempo y estar mucho más pendiente de cosas que en otros servicios sería absolutamente imposible contemplar; entonces, por eso te digo que yo creo que cuando una enfermera se dedica a un paciente o dos, en algunas ocasiones a uno solo y en algunas ocasiones dos enfermeras con un paciente, eso te permite dedicarte y ocuparte de todos los aspectos que en ese momento necesitan cuidados” -.

Investigadora: - “¿Qué tipo de conocimiento necesitan los profesionales de enfermería para trabajar en una unidad de cuidados críticos?” -.

Paula: - “¡Vamos! Los conocimientos que necesita el personal de enfermería para nada se corresponden a los conocimientos que se aportan desde el sistema formativo actual; el diseño de la carrera de enfermería hasta ahora o el grado de enfermería ahora, tampoco yo creo, ¿eh?, que hace especial formación al personal de intensivos; no sé si más adelante con el proyecto de las especialidades en las que ya se contempla específicamente una formación diferente para distintos tipos de trabajo, no sé si se conseguirá. Hoy por hoy, yo creo que la formación específica que sí creo que debe de tener el personal de intensivos se hace con la experiencia dada (se ríe); cuando ya te abocan a ese servicio y el esfuerzo personal de buscar una formación acorde al puesto que estás desarrollando, a lo que se espera de ti y a lo que tú quieres para conseguir cierta seguridad o manejo o control de las situaciones por las que vas a pasar, un servicio que claramente es diferente” -.

Investigadora: - “Vale. ¿Qué experiencias profesionales te han influido para trabajar de la forma en la que trabajas?” -.

Paula: - “A ver, experiencias... No sabría decirte por qué llegué a intensivos, yo sé que me llamaba la atención el paciente crítico, eso lo descubrí en urgencias. Mmm... Exactamente no sé por qué me llama la atención y reconozco que en un primer momento la superespecialización me

llamaba la atención, ¿no? Lo diferente del servicio, la tecnología me atraía, el enfrentarme a situaciones difíciles y conseguir que se..., fueran superadas con la colaboración de todo el equipo, incluida la mía, pues eso me llamaba la atención y posteriormente, ¿qué me ha mantenido, eh..., aquí? O, ¿qué me sigue llamando la atención? Pues lo que vengo diciendo, yo conozco a la persona que está encima de la cama desde los pelos hasta la punta del pie, conozco dónde tiene hasta los lunares, ¿no? Y eso me permite trabajar con una seguridad que difícil, ¡vamos imposible!, conseguiría en otro sitio. He trabajado en urgencias; claro la urgencia es la antítesis del intensivo, es verdad que es muy vitalista, es muy intensa también, pero desde luego el, el..., cuidado al detalle es imposible, ¿no? Entonces ahora, en este momento, lo que me mantiene en el servicio es poder hacer mi trabajo enfermero en esas, en esas condiciones. Otra de las cosas que me parece que resulta tremendamente atractiva o..., del intensivo es la idea de que trabajas en equipo y que trabaja mucha gente a la vez que tú, con..., en la misma ubicación y con los pacientes, entonces, yo puedo recurrir en cualquier momento a mis compañeros que están aquí físicamente conmigo y puedo recurrir lógicamente al intensivista que está de guardia, que SIEMPRE tiene presencia en la unidad, con lo cual, las situaciones pues..., complicadas o situaciones o momentos en los que tú no estás en tu momento más álgido, siempre se hacen más llevaderas porque siempre cuentas con el apoyo de gente y eso yo creo que también es importante considerarlo” -.

Investigadora: - “Vale. Muchas teóricas de enfermería afirman que el cuidado en enfermería está cimentado en las relaciones personales, entonces, ¿qué crees que ocurre cuando en la UMI la comunicación humana no es posible?” -.

Paula: - “Pues es que yo no estoy de acuerdo en que la comunicación humana no sea posible, o sea, yo me comunico con el paciente en todo momento, en todo momento..., (se ríe); aunque el paciente esté en situación de sedación o en situación de coma, yo me comunico con él, pero ya, o sea no me refiero solamente a hablarle, que también lo hacemos, o sea el no tener certeza o conocimiento exacto de qué grado de audición tiene o percepciones

de lo que recibe tiene, hace que nos acerquemos eh..., utilizando esas formas de comunicación, de saludo, de saludo o de informar de lo que vamos a hacer a pesar de que el paciente esté sedado. Pero es que cada vez que yo entro a una habitación a hacer algo con él, ¡lo estoy haciendo desde el punto de vista humano y personal! Aparte de profesional, o sea, ¡no estoy trabajando con una máquina!, o con un objeto que está encima de la cama, sigue siendo una persona y MI acercamiento a él siempre va a ser desde ese punto de vista; si yo puedo minimizar el dolor, si puedo minimizar el riesgo, si puedo minimizar las molestias que mmm..., le pueda ocasionar con mi intervención, lo voy a intentar... Y para mí eso es comunicarme también con él. Eso en el momento en que teóricamente tiene abolidos su sensorial, su aparato sensorial, en..., teóricamente, y mucho menos ya cuando..., cuando no lo tiene abolido (se ríe). Entiendo que es verdad que probablemente el aparataje dificulte psss..., pues esa comunicación, ¡pues mira!, te diría que inicialmente. Inicialmente, cuando tu tiempo en intensivos o tu experiencia en intensivos es tan pequeña que tienes que ocuparte y estar atenta a muchísimas cosas, muchísimas alarmas, muchísimos aparatos que no controlas, probablemente gran parte de tu atención vaya dirigido más a eso que al paciente, pero una vez que eso lo tienes superado, que tienes cierto dominio de la situación, de los aparatos y de las alarmas, ya no requieren tanta atención tuya, porque lo tienes como interiorizado; desde luego, el FOCO de tu atención es el paciente y la familia, que es muy importante, ¿no? Es verdad que, en alguna ocasión, te lo he comentado y lo comento siempre a las alumnas, cuando yo empecé en intensivos y descubrí al..., al meterme en una habitación que no podía dirigirme al paciente porque no me sabía su nombre, aquello fue muy significativo para mí y digo, bueno, esto no puede volver a ocurrir, ¿de acuerdo? Pero eso fue en aquel momento, en aquel momento, en aquel inicio estaba desbordada por otros muchísimos estímulos. Yo creo que eso luego cambia radicalmente, radicalmente. En cada unidad de intensivos también puede ser diferente pero yo, cuando llegué aquí a La Rioja, vi que mmm..., esa faceta del cuidado y del acercamiento al paciente se daba muchísimo valor y muchísimo peso, no sé cómo lo habrás vivido tú, pero yo creo que así lo viví yo y está presente, yo creo, que en cada momento en que nos acercamos” -.

Investigadora: - “Sí, porque en ese momento, ¡claro!, yo no tenía experiencia en la UCI y al venir aquí, yo sí que había leído mucho y mucha bibliografía abarca eso, la deshumanización de las UCIS, pero, ¡claro!, luego vienes aquí y ves que realmente, o sea, se contradice también un poco con lo que decías, de que la enfermera también tiene mucho más tiempo para estar con un paciente que igual en una planta, aunque el ambiente a priori puede parecer mucho más frío” -.

Paula: - “Sí, probablemente, ¡vamos no lo sé!, yo es que nunca he trabajado en una planta entonces no puedo comparar. Pero desde luego la vivencia que yo tengo aquí, no es para nada lo que dice la bibliografía; yo periódicamente, me pego unas lloreras tremendas por pacientes que están aquí y he visto llorar a mis compañeras y sé que seguirá ocurriendo. ¡Hombre!, es verdad que no podemos hasta..., o sea implicarnos emocionalmente hasta ese punto en todos los casos, pero muchos de ellos es inevitable y mientras tanto sin necesidad de llegar a eso, pues yo creo que la gente sí que intenta contemplar el lado humano de comunicación y acercamiento en todos los casos, en todos los casos. Luego esta UVI es un poco peculiar, tenemos mucha variedad de pacientes; el típico paciente intubado, comatoso, sedado, solamente es una parte de los pacientes que tenemos aquí; tenemos pacientes postquirúrgicos que se despiertan en horas y a los que lógicamente contactas con ellos desde el momento, casi desde el momento que ingresan, hasta que les das el alta y están conscientes; o tenemos el paciente coronario que es otro tipo de paciente completamente distinto, que también es un caso especial porque vienen en un momento que no esperan de su vida, porque les llegan los eventos coronarios de manera brusca y yo creo que la labor, que desde enfermería se hace para ayudar a asumir esa nueva situación que les ha llegado de repente, creo que se contempla también y se maneja pues desde el mejor punto de vista. ¡Hombre!, pero igual no está mal que alguien desde fuera, contemple eso desde el punto de vista puramente científico y nos haga llegar también, pues cual es una apreciación externa digamos, ¿no? De auditoría” -.

Investigadora: - “¿Qué opinas del horario de visitas de la UCI?” -.

Paula: - “¡Me encanta!, vamos, ¡me encanta este horario de visitas! Y además es que, bueno, también lo habrás visto... Yo creo que eso ha ido cambiando en los últimos años... La filosofía y la apertura a la familia ha ido cambiando; probablemente en su momento, estuviera justificado un horario cerrado por el, no sé... Con el argumento de que había que minimizar el riesgo de contaminación de persona que venga de fuera o no lo sé, no sé en que se basaban esos horarios tan estrictos, tan rígidos... Pero desde luego la experiencia, la bibliografía y la EXPERIENCIA, demuestra que abrir horarios no perjudica por supuesto, en absoluto, al enfermo sino todo lo contrario, y no interrumpe ni... Eh... Obstaculiza el trabajo del profesional, yo así lo vivo y no tengo ningún problema en apertura de horarios. En general la familia es muy respetuosa, es más, hasta con los horarios abiertos participan en parte en los cuidados si tú se lo permites o si tú le formas en ese sentido y yo creo que esta tendencia seguirá a abrir todavía mucho más los horarios” -.

Investigadora: - Asiente. - “¿En qué medida crees que es importante que la familia esté cerca del enfermo?” -.

Paula: - “Sí, yo lo creo, lo creo firmemente en el momento en que el paciente, el enfermo, quiera estar con la familia y la familia esté preparada para compartir su tiempo con el enfermo, no siempre es así, no siempre es así... Hay veces que nos llama la atención que a pesar de tener cinco horas al día de visita, la familia la reduce a media o a una hora eh..., ¡llama la atención! Pero ahí tampoco puedes digamos juzgar o cuestionar porque el familiar no está más con su, con su enfermo ¿no? En el momento en que el paciente se, quiera que su familia esté allí y la familia quiera estar, creo que resulta favorable, incluso, incluso aunque el paciente eh..., sufra respuesta emocional a la llegada de la familia, yo se lo digo muchas veces, o la familia verbaliza: - “No, es que no quiero que llore, es que no quiero que...” - . Yo lo digo muchas veces, no pasa nada porque llore, porque tu familiar, tu padre, tu hermano, tu hijo, tiene emociones y tiene sentimientos y una forma de canalizarlos es el llanto y no pasa nada, que llore, o no pasa nada que llores tú, estáis pasando



probablemente el momento más difícil de vuestra vida y si tenéis que llorar, pues ¡hacedlo! Si yo percibo que ese llanto o esa respuesta emocional agrade a alguna de las partes intento, pues o manejarla, dirigirla o canalizarla, pero mmm... Me parece pues absolutamente humano y me parece una forma correcta de manejar la situación, pues en momentos difíciles o de llanto o de tristeza ¿no? Yo creo que sí, que les ayuda mucho” -.

Investigadora: - “¿Qué relación tenéis con los familiares?” -.

Paula: - “Pues mira, ¡puf! Lo de la familia es verdad que hay veces nos ha costado ¿eh? Entrar... Eh... A relacionarnos con la familia, probablemente, pues... Podamos hacer todavía más cosas, pero yo recuerdo también inicialmente cuando... En otras unidades, la hora, el horario de visita era mucho más limitado, prácticamente no entrábamos, respetábamos entre comillas esa media hora de la mañana y media hora de la tarde, pues para que enfermo y familiar estuvieran en intimidad, ¿no? Entonces en esa media hora no entrábamos en la habitación, a no ser que fuera imprescindible y dejábamos que la relación fuera suya. Con lo cual, la relación con la familia era mínima porque claro, tú no sales fuera de la unidad a trabajar con la familia. El abrir el horario de visitas yo creo que eso ha cambiado, ya no puedes estar dos horas sin entrar a ver al enfermo o tres horas por la tarde, ¡ni muchísimo menos! Ni puedes ni quieres hacerlo, y entonces yo creo que eso también ha facilitado que el acercamiento a la familia sea mucho más natural, mucho más frecuente y mucho más abierto... Entonces ya la familia conoce perfectamente qué enfermera lleva a su familiar, conoce tu nombre y verbaliza y te hace llegar muchas preocupaciones, muchas inquietudes o muchas satisfacciones si las tuviera... Entonces es verdad que, la relación ahora es mucho más fluida y mucho más frecuente y, en ocasiones, pues tratamos y hablamos independientemente con la familia; si ellos necesitan salir de la habitación, comentarte alguna cosa y/o desahogarse contigo también eso lo conseguimos, ¿no? En el momento que se hace cierta confianza o conoces la cara del profesional, ellos se dirigen a ti y te piden ayuda” -.

Investigadora: - “Vale. ¿En qué medida crees que los profesionales de

enfermería nos encontramos preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a los pacientes y a las familias?” -.

Paula: - “Pues eh..., nos encontramos como te decía antes, poco formados específicamente. Yo creo que eso también es una labor pendiente de la docencia pregrado, ¿no?, de enfermería, creo que es labor pendiente. Pero por el mismo motivo que te he comentado antes; la unidad de intensivos tiene unas características muy especiales, hace que en muchas ocasiones tengas que enfrentarte a duelos o a informar o a atender situaciones muy complicadas y eso hace que tú misma (se ríe), mmm..., en un intento de manejar eso de la forma mas correcta posible, busques formación paralela posgrado, ¿no? Otro de los pacientes, bueno perdona, tipología de personas que tenemos ingresadas en los intensivos, es el potencial donante, y ahí se ha trabajado mucho en el acercamiento y la información a la familia, ¿no? De forma que, hay muchos cursos formativos de comunicación de malas noticias o de manejo de la entrevista o de acercamiento a los familiares. Bueno, pues aprovechamos esos cursos, que aunque, pues sea en corto espacio porque un día, dos días o tres días no es suficiente, al final acabas incorporando a tu trabajo herramientas que te permitan acercarte a esas situaciones, pues más correctamente, ¿no? O más hábilmente... Yo creo, al final, esta mera cuestión de entrenamiento y de formación, pero es verdad que esa formación llega con posterioridad a la carrera, ¿eh?” -.

Investigadora: - “Por eso, porque yo a veces igual en la UCI, que te enfrentas como a dramas de..., pues gente joven... A mí me resultaría si ahora me tocara trabajar allí, porque al final en la carrera sí, aprendes mucha anatomía, mucha fisiología, pero luego realmente a enfrentarte a esas situaciones, yo digo, si me tendría que enfrentar me vería, como que no sabes cuáles son las palabras adecuadas igual que... o cómo puedes ayudar a la familia o cómo...” -.

Paula: - “Las palabras o la ausencia de palabras... El silencio, ¡claro! El silencio es un arma increíble para el manejo de estas situaciones, pero nos cuesta; no aceptamos los silencios y no los sabemos manejar, ¿no? Entonces

bueno, pues todo eso vas aprendiéndolo mmm..., pues de compañeros que lo hacen muy bien o ya te digo, de gente que específicamente forma a los enfermeros o a los profesionales en facetas muy concretas del manejo de la relación de ayuda, ¿no? Que desde luego en intensivos es fundamental, es clave” -.

Investigadora: -“Y por ejemplo, esto me salgo del guión, por ejemplo yo situaciones que he vivido, me llamaba la atención por ejemplo que igual o yo me pensaba, desde la ignorancia, que por ejemplo igual la UCI disponía de un psicólogo o de una persona que en determinados momentos o en determinadas situaciones, pues...” -.

Paula: - “Pues mira, no sería descabellado, no sería descabellado... No sé cómo estarán otros intensivos, igual sí que cuentan con ese recurso en otras unidades de intensivos... ¡Hombre! Lo que, desde luego, se puede disponer, pero eso quedaría fuera de enfermería. Eso queda a cargo de los médicos, es solicitar un parte de interconsulta, un profesional que específicamente maneja (se ríe), porque es su trabajo estos aspectos, estoy pensando en un psicólogo o en un psiquiatra. Y ese recurso existe y se utiliza; pero es verdad que no estamos hablando de situaciones tan límites. Estamos hablando de que casi el 100% de familiares y enfermos que entran aquí, se podrían beneficiar de un apoyo psicológico. Estoy completamente de acuerdo contigo y que en ese 100% de los casos se utiliza el apoyo psicológico, pues el que les damos el personal de aquí, no alguien ajeno. Con lo cual no estaría de más que efectivamente tuviéramos asociado el recurso de un psicólogo o como también tenemos un trabajador social o de un fisioterapeuta para...” -.

Investigadora: - “Sí, o incluso igual de una enfermera que estuviera mucho más formada” -.

Paula: - “Sí, efectivamente una enfermera que se especialice en ese tipo de ayuda, ¿no? No sería para nada descabellado. Pero desde luego ahora o por lo menos aquí, no disponemos de ello y no creo que sea tampoco el momento para plantearlo dada la situación que vivimos actualmente; pero, o sea contar con ese personal, aunque no fuera de la unidad, ¡fíjate! Aunque

fuera externo a la unidad, pero que pudiéramos contar, sí, con su presencia habitual, pues eso, no sé, o igual que el sacerdote, quiero decir que al sacerdote le llamas para dar apoyo religioso o... En algún momento determinado tener esa posibilidad de que alguien que, específicamente esté formado en situaciones difíciles, pueda pues ayudar tanto al enfermo como a la familia a pasar una situación de crisis, desde luego estaría, sería muy adecuado, eso ahí estoy contigo” -.

Investigadora: - “¿Encontramos dificultad para hablar con los pacientes y sus familiares de cuestiones delicadas?” -.

Paula: - “Pues sí, cuesta, quiero decir que por mucho que te formes, enfrentarte a alguien que acaba de o perder o tener un evento tan agresivo en su vida es muy difícil, ¿no? Y resulta difícil siempre, o sea aceptar el sufrimiento del otro es tremendamente difícil... Pero desde luego, hay que considerarlo... Yo siempre lo digo también, trabajamos con las personas en el peor momento de su vida, ¡así de claro! O en los peores momentos de su vida... Si no hacemos caso u omitimos que están sufriendo tremendamente, pues eh..., todavía haríamos mucho más compleja y más difícil la situación. No te digo que seamos eficaces en la resolución de sus problemas, pero desde luego, el hecho solamente de atender, pues esa situación emocional, como buenamente podamos, creo que ya es importante y yo creo que lo hacemos, yo creo que lo hacemos, mejor o peor pero lo consideramos” -.

Investigadora: - “Vale. ¿Qué estrategias utilizáis los profesionales de enfermería para conversar con los pacientes y la familia de cuestiones delicadas?” -.

Paula: - “¿¿¿Qué estrategia??? Pues no sé si tenemos (se ríe) estrategias establecidas... ¡Hombre! Yo desde luego como estrategia, utilizo la escucha activa y en muchos casos, ¿no? El dejar que se expresen libremente, que utilicen mi presencia para verbalizar cuestiones que necesitan verbalizar, eh..., lo utilizo con frecuencia y creo que funciona, ¿eh? Creo que funciona, ¿no? Y muchas veces el hacer reflejo de esas emociones, es decir, escucho lo que ellos me cuentan y se las devuelvo como haciéndoles entender, estoy

recibiendo lo que me cuentas, estoy escuchando lo que me cuentas y te lo hago saber, ¿no? El silencio de verdad que yo creo que es muy útil... El silencio que a ellos les permite hablar; no interrumpo su línea de pensamiento, no interrumpo la expresión de sus emociones. Si ellos quieren callar y si quieren recuperar la iniciativa de hablar, no va a ser interrumpida porque yo empiezo a hablar, ¿no? Y el contacto físico para mi es fundamental, no te digo besarnos o abrazarnos, ¡no! Es pasar una mano por su hombro, acercar tu mano a la suya, recortar la distancia entre uno y otro... Yo creo que son... Pues eso, son estrategias casi intuitivas, ¿no? Que, que funcionan y que a ellos les valen y a ti también, ¿eh? Porque al final te reconforta el percibir que alguien se ha sentido bien porque tú has ofrecido tu tiempo, tu mano o tu oreja, ¿no? Tu oído” -.

Investigadora: - “Vale. ¿Cuál es la formación que recibimos las enfermeras sobre el cuidado?” -.

Paula: - “Pues mira yo acabé... ¿Sobre el cuidado o sobre, dices, la comunicación? Porque cuidado... Sobre, con la comunicación con el paciente ¿no?” -.

Investigadora: - “Sí” -.

Paula: - “Las enfermeras estamos muy formadas en cuidados, C-U-I-D-A-D-O-S D-E E-N-F-E-M-E-R-Í-A, muy formadas, cuidados de enfermería, para aquí, para allá, todo” -.

Investigadora: - “Cuando hablas de cuidados te refieres igual más a la parte técnica” -.

Paula: - “¡Claro! Hablo de los cuidados de enfermería, a lo que la planificación de los cuidados desde las necesidades del paciente; cuando hablo de cuidados en general hablamos de eso, ¿no? De pues..., depende de cómo hagas la valoración o según que patrón hagas la valoración, te sale un montón de cuidados que tú tienes que aplicar a tu paciente: cuidados físicos, cuidados emocionales, cuidados religiosos, cuidados de acicalamiento, cuidados de protección, de seguridad, etcétera. Por eso te digo, esos son

cuidados de enfermería y ahí estamos muy formados o están muy formadas; cada vez más formadas las enfermeras que van acabando. Si hablamos de comunicación, o sea de una parcela muy concreta de los cuidados, que es la que tiene que ver exclusivamente con la comunicación con el paciente: comunicación verbal, no verbal, atención a esas necesidades de comunicación, creo que estamos peor formadas. Creo que hay, pero creo que es un..., digamos una ausencia formativa, no sólo en la profesión de enfermeras, sino en toda la profesión sanitaria, en todos los sanitarios. Es más creo que probablemente, la enfermería sea la que más va reconociendo que eso es una necesidad formativa importante y la... Creo que hace intentos de introducirla en los manuales formativos, pero creo que seguimos un poquito mmm..., atrás todavía, o sea que nos queda mucho que avanzar, quiero decir” -.

Investigadora: - “Y bueno, ¿qué tal el trabajo con el resto del equipo multidisciplinar? ¿Cómo crees que eso afecta en el día a día en la UCI?” -.

Paula: - “Pues afecta de forma muy importante, ¡de forma muy importante! Me imagino que aquí la experiencia personal de cada uno pues puede ser muy diferente... Pero yo en mi caso, mmm..., cada vez, cada año que sale posibilidad de movilidad o de traslado, ¡vamos! Es que se me pasa fugazmente por la cabeza, porque yo no cambiaría el trabajo que hago ahora y en el sitio donde lo hago y con la gente que lo hago por nada; o sea no hay ningún otro trabajo que me puedan ofrecer en este momento, que me satisfaga más de lo que estoy haciendo. Eso es porque el trabajo me gusta mucho, o sea mi desarrollo como profesional enfermero me lo permite el sitio donde estoy y porque el equipo humano con el que trabajo, pues eh..., me proporciona muchísimo, muchísima satisfacción. Estoy muy a gusto trabajando con la gente con la que estoy trabajando, con muchos problemas, ¿eh? Quiero decir, compartimos muchas horas del día y momentos muy difíciles del día y aún así, la relación es tan intensa y tan cercana digamos, a veces; bueno, pues que, si efectivamente no resultara satisfactoria, buscaríamos la salida, buscaríamos el cambio, ¿no? Entonces, yo hoy en día, hoy por hoy no cambiaría el equipo humano con el que trabajo. ¿Qué eso es importante para

el paciente, para el enfermo? Sin ninguna duda, ¡sin ninguna duda! El trabajo en equipo ha demostrado (se ríe) que es mucho más eficiente y, y..., eso cada día lo compruebas, ¿no? Cada día, en cada jornada laboral te das cuenta de que eso es así, se trabaja más, mejor, más productivamente y más eficientemente cuando se trabaja en equipo y, hoy por hoy, yo creo que con todas las dificultades, que las hay, con problemas personales, que los hay, con a veces formas de comunicación entre estamentos, que los hay, o problemas de sobrecarga laboral o de poca cobertura de bajas, que eso también genera malos momentos o en determinadas ocasiones mal ambiente... A pesar de eso, creo que el trabajo en equipo se da y hace que funcionen mejor las cosas, lo creo firmemente, entonces sino lo creería así tendría que buscar otro sitio de trabajo, otro puesto de trabajo” -.

Investigadora: - “¿Y crees que las enfermeras tienen más autonomía?” -.

Paula: - “¿Que en otras plantas dices?” -.

Investigadora: - “Sí” -.

Paula: - “Sí que lo creo, sí que lo creo... Pero bueno, en parte también porque tienes muchísima dedicación al paciente y al enfermo; entonces, conoces tanto del paciente que eso pues..., te permite tomar decisiones probablemente consensuadas claramente, aquí nadie va por libre, ¿no? Pero es digamos como una forma de trabajo inherente a la unidad, pues conoces muy bien al paciente, sabes cómo responde; pero no solamente desde el punto de vista humano, sino físico; sabes cómo responde su tensión o sabes cómo responde su frecuencia o sabes muchas cosas solamente por el hecho de que estás continuamente con él; entonces eso, pues permite que tomes decisiones que probablemente en las plantas no se podrían tomar” -.

Investigadora: - “Vale, es que eso sí que lo había visto de que... Creo que la enfermera sí que tiene mucha más autonomía y tampoco tengo mucha experiencia, pero eso sí que me llamo mucho la atención” -.

Paula: - “Sí, probablemente cuando viene gente aquí, ¿pero tú haces? ¿Pero tú haces? ¿Tú haces? Y luego me imagino que también cada uno;

claro, porque nosotros no hablamos de lo que tú haces o no, sino pues cada uno tendrá un margen en base a su seguridad o a su formación o a su experiencia. Probablemente alguien que lleve veinte años trabajando en intensivos, haga cosas que no es capaz de hacer o no se atreve hacer o no quiere asumir, alguien que lleve seis meses, ¿de acuerdo? Entonces, luego, lo que te decía el conocimiento entre profesionales: el personal médico trabaja muy de cerca con el personal de enfermería y eso también permite que conozcamos, claro...” -.

Investigadora: - “Claro, igual en otros sitios, en planta no me ha tocado trabajar pero igual mismamente en las prácticas sí que igual se notaba más los médicos, las enfermeras y aquí sí que es como un todo” -.

Paula: - “Claro” -.

Investigadora: - “Que hace funcionar la UCI...” -.

Paula: - “Yo creo que sí, yo creo que sí... Alguna vez hablaba con algún médico de la unidad y digo, ¡vamos a ver! Es que el objetivo que tú tienes como médico, es el mismo que tengo yo, quiero decir (se ríe)... ¿Cuál es tu objetivo con este paciente, con este enfermo? Que las cosas se hagan bien, que medidas que vayamos aplicando vayan provocando la mejora del paciente, todos estamos contribuyendo para que...” -.

Investigadora: - “Trabajáis con los mismos objetivos” -.

Paula: - “¡Claro! O sea cada uno hará una cosa pero el objetivo, o sea si tú quieres que no se cometan errores en la unidad, que se haga el trabajo bien, que se atienda a la familia, que el paciente no tenga sensación de soledad, ¡eso que tú pretendes, lo pretendo yo también! Lo que pasa es que tú estás en un papel, te toca hacer una actividad y yo en otro y me toca hacer otra; pero los objetivos son comunes, a eso me refiero, ¿eh? Quiero decir, que luego cada uno profesionalmente tiene..., tiene su trabajo y sabe lo que tiene que hacer; pero yo voy a trabajar sobre lo mismo, vamos a querer conseguir lo mismo y aquí aportamos para eso cada uno lo que sabe, ¿no? Entonces yo creo que eso también ayuda y todos lo sabemos, ¿no? Y hablamos mucho de



ello, entonces pues yo creo que eso facilita mucho las cosas también, aún resaltando que efectivamente hay veces que hay problemas de comunicación entre estamentos; eso sí se sigue dando y me imagino que, pues que se dará también, ¿no? Pero creo que se maneja, creo que aquí se intentan solventar, la verdad” -.

## **ANEXO 6. ENTREVISTA CON EL DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA**

Investigadora: - “¿Qué significa para usted trabajar en una unidad de cuidados críticos?” -.

Marcelo: - “Es una pregunta muy amplia” -.

Investigadora: - Asiente.

Marcelo: - “Al final es mi profesión y es la que elegí. De manera que es la realización de las tareas públicas que he querido hacer en mi vida. Por lo tanto, a ello me he dedicado con la mayor capacidad que he tenido y justamente he empleado mucho tiempo en ello. Y esencialmente significa una enorme responsabilidad, es decir, los pacientes críticos por definición está en riesgo su vida y por ello tengo que reunir los conocimientos y habilidades máximos para poder ayudarles en lo que pueda” -.

Investigadora: - “¿Cuáles son tus prioridades en tu trabajo en la UCI?” -.

Marcelo: - “Esto mismo, ayudar a los pacientes a recuperar su salud o mejorar su función. Que los familiares lo pasen lo menos mal posible en unos días que suelen ser muy graves para ello o muy difíciles de llevar y que los profesionales lo hagamos lo mejor posible y que estemos dentro de todo

satisfechos con nuestra tarea” -.

Investigadora: - “¿Qué perspectiva tienes de cómo están cuidados los pacientes en la UCI?” -.

Marcelo: - “Yo creo que bastante bien. Además, no solo porque sea mi impresión, porque eso siempre es problemático. Sino porque en algún momento hemos hecho comparación con otros servicios a través de un programa de no sé qué, llevamos en un tiempo en cuanto a variables duras y los resultados eran buenos para un hospital de nuestra categoría. Buenos significa que estamos por encima de la media. Por tanto son aceptables esos resultados, esos indicadores. Pero aparte de eso, yo creo que hay cosas para mejorar y que están ligadas estructuralmente al sistema y que no son fáciles, no son fácil por cómo se funciona en la medicina en la asistencia pública. Y, en segundo lugar, como está gestionado este hospital, esos son rigideces estructurales que no puedo modificar y que no podemos modificar aunque queramos” -.

Investigadora: - “¿Qué tipo de conocimiento crees que requieren los profesionales médicos y enfermeros que trabajan en una unidad de cuidados críticos?” -.

M1: - “Los más altos que se puedan lograr, tanto por su esfuerzo propio como por la colaboración y, por tanto, el reparto de tareas y de incentivos para aprender, es decir, y el incentivo me estoy refiriendo a que a todos nos apetezca mantenernos actualizados. Queramos o no, nos parezca que es una responsabilidad prácticamente obligatoria ¿no? Y yo creo que eso no puede dejar de ser el motor principal de nuestra actividad ¿no?” -.

Investigadora: - “¿Cuándo empezaste a trabajar en la UMI, de qué horario de visitas disponían los familiares de las personas enfermas?” -.

Marcelo: - “Media hora por la mañana y media hora por la tarde aproximadamente” -.

Investigadora: - “¿Qué opina del actual horario de visitas?” -.

Marcelo: - “Que todavía es pequeño, pero lo ampliamos en su momento cuando ya lo hicimos en el anterior hospital, con bastantes resistencias, muchas resistencias por casi todo el personal. Yo creo que ahora está en tener la cuestión equilibrada, pero el objetivo sería prácticamente el conseguir la entrada libre y la UCI sin puertas. Yo creo que está lejano y además también porque tiene una estructura esta unidad que no lo permite con facilidad, es decir, que ese ideal requeriría seguramente otra arquitectura” -.

Investigadora: - “Cree que ha sido un acierto este cambio por lo que veo, ¿no?” -.

Marcelo: - “Sí, aunque creo que también se podría conseguir una franja de horario mayor para que estuvieran las familias más tiempo, o liberalizar algo según la necesidad del paciente. Esto ya lo estamos haciendo también y cada vez más familiares están todo el tiempo que pueden disponer a lado del paciente que lo necesita” -.

Investigadora: -Asiente. “¿Cree que los profesionales médicos y enfermeros estamos preparados para atender y acompañara a los pacientes ya sus familiares?”-.

Marcelo: - “No del todo. Ese es un capítulo que en general no se aprende en el grado ni en el post y que se aprende de manera casi ensayo y error. No estamos en general formados a través de módulos específicos que intenten relacionarnos y entender las necesidades por ejemplo, emocionales y sociales de los familiares y de las familias” -.

Investigadora: - “¿Cree que los profesionales médicos y enfermeros podríamos requerir una formación específica para trabajar con las familias?” -.

Marcelo: - “Sí, sin duda” -.

Investigadora: - “¿En qué medida cree que es importante que la familia esté cerca del enfermo?” -.

Marcelo: - “Del todo. ¿Cómo nos relacionamos en la vida? Pues con nuestros

familiares y, de repente, quedamos secuestrados en un hospital y se nos dice que las horas de visitas son muy pequeñas, muy limitadas. Y que, además, en ocasiones, cuando el paciente está muriéndose no pueden estar con él, es lo más... Yo creo que esto está completamente desquiciado” -.

Investigadora: -Asiente-.

Marcelo: - “Es decir, los pacientes necesitan a sus familiares casi continuamente, si quieren, y los familiares a los pacientes. Por tanto todo el tiempo que tengan contacto es el ideal que deberíamos de tener, y nosotros a su vez intervenir. Pero, ¿por qué vamos a secuestrar justamente a las personas que más se quieren porque nos venga bien a nosotros de acuerdo a nuestro trabajo? Nosotros ayudamos y ayudamos de acuerdo a sus necesidades y sus necesidades son estar juntos” -.

Investigadora: -Asiente” ¿Tenéis reuniones, vosotros los médicos y el personal de enfermería para comentar y debatir aspectos de la unidad?” -.

Marcelo: - “Sí, tenemos las sesiones clínicas de todos los días. A la segunda sesión las enfermeras pueden venir, no acaban de... como gustarles a muchas y no lo hacen. A mí particularmente no me parece bien, pero creo que también los médicos no favorecemos los contactos de manera que se permita hablar con igualdad de argumento. Es decir, no vamos a discutir de fisiopatologías, esa no es la cuestión. Pero sí acerca de las percepciones que se puedan tener de las necesidades del paciente y de la familia, mucho más cercanamente que en ocasiones los médicos, ¿no? Y, por tanto, pues a mí me parece que eso es una carencia y que debería de incentivarse y no solo eso, enfermería debería considerarlo necesario y obligatorio, que aquí hay mucho personal que no lo hace y yo creo que es un error” -.

Investigadora: - “¿Cómo cree que influye en trabajo en equipo en el cuidado del paciente crítico?” -.

Marcelo: - “Mejorándolo, en los lugares donde más cercanía y colaboración hay entre los distintos grupos profesionales mejores resultados tienen, eso está estudiado. De tal manera que si nosotros no lo hacemos, tendremos

siempre un fondo de carencias y de oportunidades de mejora que no aprovechamos” -.

Investigadora: - “¿Cree que el personal de enfermería tiene limitaciones a la hora de proporcionar información a los familiares?” -.

Marcelo: - “Claro, lo mismo que nosotros. Es decir, que debe de informar a ser posible de acuerdo a las áreas de competencia que tiene y no de otras. Lo mismo que nosotros que no tenemos que hablar de cosas que no manejamos bien, como es una parte de los cuidados. Aunque a mí la definición de cuidados, enfermería y aspectos médicos me parece errónea. Hay tenemos que tener una permeabilidad completa. Nosotros también cuidamos y las enfermeras también tratan y curan e incluso podrían prescribir. Yo soy partidario de eso. Ahora bien, para hacerlo así tendríamos que trabajar muy estrechamente, y si no se hace así no puede ser, no puede ser que cada uno vaya por un lado” -.

Investigadora: -Asiente -.

Marcelo: - “Vislumbro que en el futuro tendremos que cambiar el modelo de relación entre los profesionales” -.