

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
PROGRAMA DE DOCTORADO  
BIOMEDICINA



TESIS DOCTORAL  
MENCIÓN INTERNACIONAL  
LA ACCIÓN INSTRUMENTAL Y LA ACCIÓN  
COMUNICATIVA EN EL CUIDADO A ENFERMOS CRÓNICOS

MANUEL RICH RUIZ

2013

TITULO: *La acción instrumental y la acción comunicativa en el cuidado a enfermos crónicos*

AUTOR: *Manuel Rich Ruiz*

---

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2014  
Campus de Rabanales  
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A  
14071 Córdoba

[www.uco.es/publicaciones](http://www.uco.es/publicaciones)  
[publicaciones@uco.es](mailto:publicaciones@uco.es)

---

TITULO: *La acción instrumental y la acción comunicativa en el cuidado a enfermos crónicos.*

AUTOR: *MANUEL RICH RUIZ*

---

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba  
Campus de Rabanales  
Ctra Nacional IV, Km. 396 A  
14071 Córdoba

WWW.uco.es/publicaciones  
[publicaciones@uco.es](mailto:publicaciones@uco.es)

---

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**  
**PROGRAMA DE DOCTORADO: BIOMEDICINA**  
**LINEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS ENFERMEROS**



**LA ACCIÓN INSTRUMENTAL Y LA ACCIÓN  
COMUNICATIVA EN EL CUIDADO A ENFERMOS CRÓNICOS**

**A AÇÃO INSTRUMENTAL E A AÇÃO COMUNICATIVA NO  
CUIDADO PARA DOENTE CRÔNICO**

**MANUEL RICH RUIZ**  
**2013**



**LA ACCIÓN INSTRUMENTAL Y LA ACCIÓN  
COMUNICATIVA EN EL CUIDADO A ENFERMOS CRÓNICOS**

**A AÇÃO INSTRUMENTAL E A AÇÃO COMUNICATIVA NO  
CUIDADO PARA DOENTE CRÔNICO**

**Tesis Doctoral presentada a la Universidad de Córdoba para la  
obtención del Título de Doctor con Mención Internacional**

**Directora: Dra. M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego**

**Córdoba, España, 2013**





TITULO: LA ACCIÓN INSTRUMENTAL Y LA ACCIÓN COMUNICATIVA EN EL CUIDADO A ENFERMOS CRÓNICOS

TITULO: A AÇÃO INSTRUMENTAL E A AÇÃO COMUNICATIVA NO CUIDADO PARA DOENTE CRÔNICO

DOCTORANDO: MANUEL RICH RUIZ

INFORME RAZONADO DE LA DIRECTORA DE LA TESIS

La investigación que se presenta ha desentrañado el cuidado al enfermo crónico con la estrategia metodológica cualitativa, y entre las técnicas utilizadas en el estudio destaca la observación participante. La importancia del entorno en el cuidado a los pacientes crónicos precisa de una recogida de datos en ambientes diferenciados, en este caso fue Portugal y España.

El trabajo desarrollado en esta tesis a nivel internacional ha sido posible gracias a la financiación obtenida para la realización de estancias de movilidad para la obtención de la mención europea en el título de doctor. Subvención publicada en BOE de miércoles 28 de diciembre de 2011.

Los resultados del plan de difusión de los resultados a través de comunicaciones orales en congresos y publicaciones en diferentes revistas han sido:

Comunicación oral: Rich-Ruiz M, Mesa-Blanco MP, Rodríguez-Borrego MA. La práctica enfermera vista por el alumnado de enfermería. Una descripción desde la teoría crítica. XI Conferência Ibero-americana e III Encontro Latinoamérica-Europa de Educação em Enfermagem. Coimbra (POR), 20 a 23 de septiembre de 2011. Publicada en: Referencia revista de Enfermagem. III Série. Suplemento 2011 (ISSN: 08740283).



Comunicación oral: Rich-Ruiz M, Rodríguez-Borrego MA. Importancia de la comunicación en la práctica enfermera: dos visiones de una misma realidad. XXIX Congreso Científico de la Sociedad Española de Epidemiología y XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Madrid, 6 a 8 de octubre de 2011. Publicada en: Gaceta Sanitaria. Vol. 25 - Especial Congreso 2 - Octubre 2011 (ISSN: 0213-9111).

Ponencia invitada: Rich-Ruiz M. Comunicar con o Doente. Curso de capacitación/ actualización de Neurocirugía Enfermería: "Cuidados para hacerte pensar IV - Investigar el futuro". Oporto (POR), 10 y 11 de noviembre de 2011.

Comunicación oral: Rich-Ruiz, M; Mesa-Blanco, MP; Vílchez-Alonso, M; Rodríguez-Borrego, MA. La comunicación en la práctica enfermera. Una descripción desde la teoría de la acción comunicativa. XV Encuentro Internacional de investigación en Enfermería. Madrid, 14 a 16 de noviembre de 2011.

Publicación en Revista: Rich-Ruiz, Manuel. Acciones instrumentales, comunicativas y estratégicas. Una descripción de la práctica enfermera desde la teoría crítica. Enferm. Clin. 2011; 21(4): 189-195 (ISSN 1130-8621).

Por todo lo expuesto la directora de la tesis refrenda que la misma cumple los requisitos formales de calidad y originalidad, mantiene el rigor científico y académico exigible, y viene respaldada por comunicaciones científicas en congresos y publicaciones, por lo que autoriza la presentación de la tesis doctoral

Córdoba, 22 de septiembre de 2013

Firma de la Directora

Fdo.: M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego

Dedicada a mi padre, ejemplo de vida.



Tum color et facies hominum distare videtur Largiter, et morbi generatim  
aecla tenere  
(Tanto difieren el color y los rasgos de los hombres como las enfermedades  
particulares)

***Lucrecio***

Bendito sea el caos, porque es síntoma de libertad

***Enrique Tierno Galván***



## Agradecimientos

Resulta difícil iniciar este apartado. Uno no sabe exactamente por dónde empezar. No obstante, creo que es justo empezar dando las gracias a las enfermeras que han participado en el estudio. Gracias a su generosidad ha sido posible la realización de esta tesis. A vosotras y vosotros, gracias. Gracias por incluirme en vuestras vidas, gracias por dejarme criticar (desde el respeto) vuestras prácticas y gracias por enseñarme mucho.

En segundo lugar, agradezco de una forma muy especial los consejos, dedicación y, sobre todo, el empuje recibido de mi directora de tesis, la Dr<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Aurora Rodríguez Borrego. Gracias por reconducirme cada vez que abandonaba el camino.

A la Dr<sup>a</sup> Manuela Martins, mi “bastón” portugués. Gracias por tu disponibilidad, porque siempre encontrabas un hueco en tu repleta agenda para enseñarme nuevas experiencias.

A la Dr<sup>a</sup> Vicenta Pérez Ferrando, con quien inicié esta idea trabajando mi proyecto de investigación para alcanzar el Diploma de Estudios Avanzados. Fue una experiencia que no olvidaré.

A mis compañeros de trabajo, que han sabido comprender que necesitaba abandonar determinadas cosas y “perderme” en determinados momentos. Gracias equipo.

A la persona que me inculcó el amor por el cuidado y el sentido crítico (las dos bases de esta tesis). A la Prof<sup>a</sup> Carmen Blasco. Te conozco y no me extenderé en unos merecidos agradecimientos que serían interminables.

A las personas que me han ayudado a ser el enfermero que ahora soy. A M<sup>a</sup> José Berenguer, a Gloria Farnós, Dolores Ruiz,... Gracias por confiar en mí. Gracias por creer en mis ideas y gracias por la libertad que sentí trabajando en vuestro equipo. Mi idea de cuidado y mi carácter libre lo debo también a vosotras.

A mis amigos, que han soportado mi “descuido”, y me han seguido dando su amor y cariño desinteresado. A Pily y Pedro, M<sup>a</sup> José y Concha, Prado, Ro,...

Y, finalmente, a mi familia. A mi padre, porque sin él no estaría aquí, a mi madre, a Miguel, a mi hermano,... porque habéis soportado mis ausencias, mi nerviosismo, mi mal humor,... Gracias, por dar sentido a todo lo que hago.

## Índice de tablas y figuras

### Capítulo 1

Figura 1.1. Argumentos para la consideración de la Enfermería como disciplina.

Figura 1.2. Teoría y método en Enfermería.

Figura 1.3. Definiciones de cuidado.

Figura 1.4. Componentes o atributos propios del caring según Brilowski.

Figura 1.5. Métodos utilizados por la Enfermería para la práctica de su actividad.

Figura 1.6. Componentes o atributos básicos de la presencia descritos por Hessel.

Figura 1.7. Competencia como meta del cuidado.

Figura 1.8. Tipos de acción según Habermas.

Tabla 1.1. Datos sobre los sistemas sanitarios 2010.

Tabla 1.2. Datos sobre los profesionales sanitarios 2010.

Figura 1.9. Características de la investigación interpretativa según Patton (modificado).

### Capítulo 2

Tabla 2.1. Características básicas de los participantes del hospital español.

Tabla 2.2. Características básicas de los participantes del hospital portugués.

Tabla 2.3. Características básicas de los participantes de CS españoles.

Tabla 2.4. Características básicas de los participantes del ACES portugués.

Figura 2.1. Códigos asignados a la información procedente de la observación participante.

Tabla 2.5. La práctica hospitalaria. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos.

Tabla 2.6. Acciones priorizadas por las enfermeras de acuerdo a su forma de pensar.

Tabla 2.7. Acciones priorizadas por las enfermeras de acuerdo a su práctica.

Tabla 2.8. La práctica comunitaria en consulta. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos.



Tabla 2.9. La práctica comunitaria en visita domiciliaria. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos.

Tabla 2.10. Acciones priorizadas por las enfermeras en el registro.

Tabla 2.11. La práctica enfermera en el registro. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos.

Tabla 2.12. La colonización del mundo de la vida en la práctica enfermera. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos.

Tabla 2.13. Condiciones propicias para la realización efectiva de la acción comunicativa. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos.

Tabla 2.14. Diferencias relacionadas con el nivel de atención y el contexto geográfico.

### **Capítulo 3**

Tablas 3.1. Análisis de la varianza inter-grupos (unidades) para la actividad “Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc.)”.

Tabla 3.2. Pruebas post hoc. Actividad “Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc.)” intergrupos.

Tablas 3.3. Comparación de medias para datos apareados de las diferentes actividades por esfera o ámbito (pensamiento-acción-registro).

## INDICE GENERAL

Listado de siglas y abreviaturas.....	25
Resumen.....	27
Resumo.....	28
Summary.....	29
Presentación.....	31
<b>Capítulo 1 Contextualización, orientación teórica y metodológica del estudio</b>	
<b>1.1. La Enfermería como área de conocimiento.....</b>	<b>37</b>
1.1.1. El análisis del medio.....	37
1.1.1.1. El lenguaje: las diferentes denominaciones.....	39
1.1.1.2. La historia: características políticas, sociales, económicas y religiosas.....	43
1.1.1.3. Los valores.....	47
1.1.1.4. La razón.....	49
1.1.2. Cómo se ha articulado el cuidado enfermero.....	51
1.1.2.1. Florence Nightingale: la enfermería moderna.....	52
1.1.2.2. La primera mitad del siglo XX: La ausencia.....	52
1.1.2.3. Virginia Henderson: la definición de enfermería.....	53
1.1.2.4. Dorotea Orem: teoría del déficit de autocuidado en Enfermería.....	54
1.1.2.5. Hildegarde Peplau: teoría sobre las relaciones interpersonales.....	55
1.1.2.6. Imogene King: teoría de la consecución de objetivos... ..	57
1.1.2.7. Callista Roy: modelo de la adaptación.....	57
1.1.2.8. Martha Rogers: seres humanos unitarios.....	58
1.1.2.9. Madeleine Leininger: los cuidados culturales.....	59
1.1.2.10. A pesar de todo, la heterogeneidad doctrinal de la Enfermería.....	60
<b>1.2. Teoría y métodos en Enfermería.....</b>	<b>61</b>
1.2.1. La cuestión de la teoría en enfermería como área de conocimiento.....	62
1.2.2. Enfermería y la experiencia de la salud.....	64
1.2.3. El cuidado como actividad de la Enfermería.....	68

1.2.4. Métodos utilizados por la Enfermería para la práctica de su actividad.....	70
1.2.4.1. Estar presente.....	71
1.2.4.2. Percibir con mirada amplia.....	74
1.2.4.3. Prestar atención a lo cotidiano.....	75
1.2.4.4. Mirar con los ojos del otro.....	76
1.2.4.5. Deliberar y advertir las emociones.....	77
1.2.4.6. Informar al paciente.....	78
1.2.4.7. Dialogar.....	79
1.2.4.8. Valorar el deseo o voluntad de autodeterminación del paciente.....	81
1.2.4.9. Utilizar un estilo integrador en la toma de decisiones clínicas.....	82
1.2.4.10. Transmitir competencia.....	84
<b>1.3. Práctica profesional en Enfermería.....</b>	<b>85</b>
1.3.1. El interés por lo físico.....	86
1.3.2. La ausencia de lo emocional-social.....	86
1.3.3. Pensamiento instrumental.....	87
1.3.4. Información escasa e ininteligible.....	88
1.3.5. Diálogos distorsionados.....	88
1.3.6. Decisiones unilaterales.....	90
1.3.7. Situar al paciente fuera de la acción.....	90
<b>1.4. El futuro de la Enfermería.....</b>	<b>91</b>
<b>1.5. La historia de un desencuentro.....</b>	<b>94</b>
1.5.1. La teoría ha sido un artificio.....	95
1.5.2. La profesión no está interesada.....	97
<b>1.6. Desencuentro o imposibilidad.....</b>	<b>100</b>
1.6.1. Tiempo/ sobrecarga.....	102
1.6.2. Tareas técnicas.....	103
1.6.3. Papeleo.....	104
1.6.4. Trabajo añadido.....	105
1.6.5. Automatismo / actuación mecánica.....	105
1.6.6. El trabajo pautado y el problema de la falta de autonomía.....	106
1.6.7. Relaciones conflictivas con el médico.....	107
1.6.8. Normas en las organizaciones.....	108
1.6.9. Políticas objetivistas y eficientistas.....	109
1.6.10. Sistemas de control.....	111
1.6.11. Los criterios universalistas de la ciencia clásica.....	112

<b>1.7. La acción comunicativa como alternativa.....</b>	<b>114</b>
1.7.1. Primera potencialidad: juntar objetividad y subjetividad.....	114
1.7.2. Segunda potencialidad: equilibrar éxito e intereses del paciente.....	116
1.7.3. Por último, transmitir competencia.....	117
<b>1.8. El marco de la acción comunicativa.....</b>	<b>118</b>
1.8.1. La teoría crítica y la Escuela de Frankfurt.....	120
1.8.2. La Teoría de la acción comunicativa.....	121
1.8.2.1. La teoría de la acción: acción comunicativa.....	124
1. Acciones, movimientos y operaciones.....	124
2. Actividad teleológica y habla.....	125
3. Acción comunicativa y acción estratégica.....	125
4. La idea de acción comunicativa en la práctica clínica.....	128
1.8.2.2. La teoría de la sociedad de Habermas.....	129
1. El mundo de la vida de Habermas.....	130
2. La diferenciación entre sistema y mundo de la vida.....	131
3. La colonización del mundo de la vida.....	132
<b>1.9. La enfermedad crónica como marco del problema.....</b>	<b>133</b>
<b>1.10. El contexto geográfico.....</b>	<b>135</b>
1.10.1. Tipos de sistemas sanitarios.....	136
1.10.2. Características de los sistemas sanitarios.....	138
1.10.3. Características de los profesionales.....	139
<b>1.11. La mirada cualitativa como enfoque.....</b>	<b>140</b>
1.11.1. La cuestión del enfoque.....	140
1.11.1.1. El paradigma positivista o cuantitativo.....	141
1.11.1.2. El paradigma interpretativo o cualitativo.....	141
1.11.1.3. El paradigma sociocrítico.....	144
1.11.1.4. Los enfoques cuantitativo y cualitativo como enfoques complementarios.....	145
1.11.1.5. La opción por el enfoque cualitativo.....	145
1.11.2. Métodos de investigación.....	147
1.11.2.1. La etnografía.....	148
1.11.2.2. La fenomenología.....	148
1.11.2.3. La Grounded Theory.....	149
1.11.3. Técnicas de investigación.....	149
1.11.3.1. La observación participante.....	150
1.11.3.2. La entrevista.....	150

1.11.3.3. Las técnicas grupales.....	151
1.11.3.4. Las técnicas documentales y textuales.....	152
1.11.4. Los sujetos en investigación cualitativa.....	152
1.11.4.1. El concepto de generalizabilidad.....	152
1.11.4.2. Tipos de muestreo: el diseño muestral.....	153
1.11.4.3. El tamaño muestral.....	154
1.11.5. El análisis en investigación cualitativa. El análisis sociológico del discurso (ASD).....	155
1.11.5.1. Niveles del análisis sociológico del discurso.....	156
1. Análisis textual del discurso.....	157
2. Análisis contextual del discurso.....	158
3. Análisis sociológico del discurso.....	159
1.11.6. El rigor en la investigación cualitativa.....	160
<b>Capítulo 2. Estudio empírico: La acción instrumental y la acción comunicativa en el cuidado a enfermos crónicos</b>	
<b>2.1. Objetivos de la investigación.....</b>	<b>162</b>
<b>2.2. Metodología.....</b>	<b>163</b>
2.2.1. Diseño.....	163
2.2.1.1. Tipo de estudio.....	163
2.2.1.2. Enfoque de investigación.....	163
2.2.1.3. Método de investigación.....	164
2.2.2. Ámbito.....	165
2.2.3. Sujetos de estudio.....	166
2.2.3.1. Población de interés.....	166
2.2.3.2. Tamaño de la muestra.....	167
2.2.4. Categorías de partida .....	167
2.2.5. Recogida de información.....	168
2.2.5.1. Técnicas de investigación.....	168
2.2.5.2. Fases de la recogida.....	173
2.2.5.3. Periodo de la recogida.....	175
2.2.5.4. Encargado de la recogida.....	175
2.2.6. Análisis de la información.....	176
2.2.7. Limitaciones.....	180
2.2.8. Consideraciones éticas.....	181
<b>2.3 Resultados</b>	
2.3.1. Presentación.....	181
2.3.2. Descripción de los participantes.....	182
2.3.2.1. Descripción de los participantes. Atención hospitalaria.....	184
2.3.2.2. Descripción de los participantes. Atención comunitaria.....	186

2.3.3. La práctica enfermera en el entorno hospitalario español y portugués.....	188
2.3.3.1. Descripción de la acción instrumental.....	188
1. El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.....	188
2. El trabajo administrativo.....	189
3. Las acciones instrumentales, un trabajo sistematizado.....	191
4. Las acciones instrumentales, un hueco asegurado.....	193
5. Las acciones instrumentales no pueden quedar pendientes.....	193
2.3.3.2. Descripción de la acción comunicativa.....	194
1. No es frecuente observar cuestionamientos públicos a la validez.....	194
2. La comunicación queda reducida a conversaciones cotidianas (aproblemáticas sobre el mundo de la vida).....	195
3. Las conversaciones presentan un tono coloquial (acorde con la falta de disensión).....	196
4. Las conversaciones sobre lo cotidiano aparecen, mayoritariamente, junto a la acción instrumental.....	197
5. Las conversaciones sobre lo cotidiano no forman parte fundamental del trabajo para la organización, pero tampoco para las enfermeras.....	198
2.3.3.3. Descripción de la acción estratégica.....	199
1. La acción estratégica es el tipo de acción social mayoritaria.....	199
2. Los desacuerdos pueden ser reprimidos.....	200
3. La información-educación como tareas automáticas y descontextualizadas.....	201
4. La acción estratégica acompaña a la acción instrumental sobre la que informa o enseña.....	202
5. Las enfermeras “procuran” informar y enseñar a los pacientes.....	203
2.3.3.4. Una imagen sintetizada de la situación descrita.....	205
2.3.4. La práctica enfermera en el entorno comunitario español y portugués.....	208
2.3.4.1. Introducción al escenario.....	209
2.3.4.2. La atención en consulta: un ejemplo típico de acción estratégica.....	210
1. Valorar la situación de salud, un sistema muy personalizado.....	211
2. La elaboración del juicio (diagnóstico).....	215
3. Planificar los resultados.....	216
4. Planificar la acción, ¿en qué consiste?.....	218
5. La acción: Adquirir y fortalecer hábitos.....	221
6. Evaluar la acción.....	228
7. Las verdaderas demandas se sitúan al margen de lo planificado.....	237
2.3.4.3. Los domicilios, una apertura natural al contexto.....	240

1. Motivos para la visita domiciliaria.....	241
2. Valorar la situación de salud en el domicilio: ¡cuidado!, ceguera contextual.....	247
3. Formas de actuación en el domicilio (adaptándonos a la complejidad).....	262
2.3.5. La práctica enfermera en un hospital de National Health System (NHS) británico.....	267
2.3.5.1. Una fragmentación incluso mayor, pero regulada.....	268
1. Las técnicas no son realizadas por las enfermeras.....	268
2. La especialización profesional no produce sensación de fragmentación.....	268
3. La figura de enfermera coordinadora como elemento integrador.....	269
2.3.5.2. Una fuerte presencia de la acción instrumental, pero empequeñecida (vs. percepción opresiva) .....	270
1. La medicación como elemento central del trabajo.....	270
2. El papeleo es incluso mayor.....	272
2.3.6. La práctica enfermera en el discurso escrito (registro).....	274
2.3.6.1. La visibilidad de la experiencia vital en la práctica hospitalaria.....	274
1. El registro informático en el hospital portugués.....	274
2. El registro informático en el hospital español.....	276
3. El registro narrativo en ambos entornos.....	276
2.3.6.2. Una nueva síntesis del registro hospitalario.....	277
2.3.6.3. La visibilidad de la experiencia vital en la práctica comunitaria.....	279
1. La información personal es algo privado que no pertenece a la historia.....	279
2. Las opciones de registro no son muchas.....	280
3. En cualquier caso, ¿para qué?, ¿quién lo lee? Parece que los médicos no.....	280
2.3.6.4. Los registros en el domicilio del paciente no recogen el contexto más que en la consulta.....	281
2.3.7. La colonización del mundo de la vida.....	282
2.3.7.1. Elementos que limitan el diálogo con el paciente en el hospital.....	283
1. La elevada frecuencia de trabajo prescrito.....	283
2. Unas relaciones enfermera-médico no-del-todo-fluidas.....	284
3. La rigidez institucional.....	289
2.3.7.2. Motivos comunes en los ambos ámbitos hospitalario y comunitario.....	290
1. La sobrecarga y la falta de tiempo.....	290
2. La excesiva burocratización de los sistemas.....	291
3. El pago por logros clínicos.....	295
4. La “cientifización” de la atención.....	296

2.3.7.3. En cualquier caso, la influencia de las microculturas profesionales .....	298
2.3.8. Condiciones propicias para la realización efectiva de la acción comunicativa.....	299
2.3.8.1. La presencia enfermera. Estar ahí.....	300
1. El espacio físico facilita la accesibilidad del paciente.....	300
2. Los cuidados y los tratamientos mantienen a la enfermera junto al paciente.....	301
3. La descarga administrativa libera a la enfermera para el cuidado.....	305
2.3.8.2. La perspectiva holística. No fragmentar la realidad .....	306
1. Sólo existe una única figura cuidadora cualificada.....	307
2. La mirada más completa de los ECCi.....	310
2.3.8.3. El interés por lo cotidiano. Hablar (y utilizar) su realidad .....	311
1. Prestar atención a lo cotidiano.....	312
2. Lo cotidiano como base de la acción.....	313
2.3.8.4. La preocupación por la competencia. Dejar hacer.....	315
2.3.8.5. El paciente como protagonista de su vida. Acompañar.....	318
2.3.9. Diferencias relacionadas con el nivel de atención y el contexto geográfico.....	326
<b>2.4. Discusión</b>	
2.4.1. Descripción de la práctica enfermera.....	329
2.4.2. Las razones de la práctica.....	338
2.4.2.1. Falta de tiempo y sobrecarga.....	339
2.4.2.2. Papeleo.....	339
2.4.2.3. Rigidez institucional.....	340
2.4.2.4. Elevada frecuencia de trabajo prescrito (unido a unas relaciones enfermera-medico no-del todo fluidas).....	341
2.4.2.5. Nuevas respuestas desde el marco habermasiano.....	341
2.4.2.6. Condicionantes externos.....	345
1. La primacía de la racionalidad instrumental en la socialización profesional.....	345
2. La sacralización de la ciencia y la medicina.....	346
2.4.3. Condiciones que existen en la práctica enfermera para la realización efectiva de la acción comunicativa.....	346
2.4.4. De las hipótesis a los resultados.....	347
2.4.5. Principales implicaciones teóricas y prácticas.....	348
2.4.6. Principales limitaciones del estudio.....	349
2.4.7. Claves orientadoras para la investigación futura.....	349



2.5. Conclusões.....	350
Capítulo 3. Referencias bibliográficas.....	353
Anexos.....	390
Anexo 1. Encuesta en español y portugués.....	390
Anexo 2. Autorización de los centros españoles.....	396
Anexo 3. Autorización de los centros portugueses.....	398
Anexo 4. Informe favorable del Comité de Ética.....	400
Anexo 5. Consentimiento Informado de los participantes.....	401
Anexo 6. Registro de tratamientos y cuidados del centro hospitalario portugués.....	402
Anexo 7. Plan de Cuidados para un paciente con EPOC.....	409
Anexo 8. Tablas 3.1. Análisis de la varianza inter-grupos (unidades) para la actividad “Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc.)”.....	411
Anexo 9. Tablas 3.2. Comparación de medias para datos apa- reados de las diferentes actividades por esfera o ámbito (pensamiento-acción-registro).....	413

## Listado de siglas y abreviaturas

AC: Acción comunicativa.

ACD: Análisis Crítico del Discurso.

ACES: Agrupación de Centros de Salud.

ACVs: Accidentes Cerebrovasculares.

AE: Acción estratégica.

AI: Acción instrumental.

ANA: Asociación Americana de Enfermeras.

ASD: Análisis Sociológico del Discurso.

ATS: Ayudantes Técnicos sanitarios.

CS: Centro de Salud.

CIPE: Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería.

ECCi: Equipos de Cuidados Continuados integrados.

EEUU.: Estados Unidos.

ENnº: Enfermera inglesa número.

EPAs: Enfermeras de Práctica Avanzada.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

GT: Grounded Theory.

MCC: Método de las comparaciones constantes.

NHS: National Health System (Sistema de Salud Británico).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Pnº: Paciente número.

PNnº: Enfermera portuguesa número.

PNnºc: Enfermera portuguesa de atención comunitaria número.

PO: Datos de Observación participante en Portugal.

POEs: Procedimientos Operativos Estandarizados.

PPnº: Médico portugués número.

PSnº: Psicólogo portugués número.

RAE: Real Academia Española.

SAM: Sistema de Apoyo al Médico.

SAPE: Sistema de Apoyo a la Práctica de Enfermería.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SF: Suero Fisiológico.

SNnº: Enfermera española número.

SNnºc: Enfermera española de atención comunitaria número.

SO: Datos de Observación participante en España.

SPnº: Médico español número.

TAC: Teoría de la Acción Comunicativa.

TCEs: Traumatismos Craneoencefálicos.

TF: Teoría Fundamentada.

UCCs: Unidades de Continuidad de Cuidados.

USFs: Unidades de Salud Familiar.

## Resumen

Después de más de 60 años de ideología del cuidado, la práctica enfermera es hoy más tecnológica que nunca. Los valores de naturaleza instrumental han invadido los sistemas sanitarios hasta el punto de hacer peligrar la enfermería. Esta evolución social coincide con lo que Jürgen Habermas denomina colonización del mundo de la vida. A partir de este marco, el estudio pretende describir la práctica enfermera, reconocer factores que dificultan la ideología del cuidado, y explorar las posibilidades de la acción comunicativa como elemento emancipador.

Para ello se ha llevado a cabo un estudio etnográfico en dos grandes hospitales y centros de atención comunitaria de España y Portugal. La recogida de datos se realizó a través de observación participante y entrevistas semiestructuradas. Además, en los hospitales, la recogida se complementó con una encuesta. Finalmente, como elemento suplementario, se realizó con una incursión (entrevistas) en un hospital del sistema sanitario inglés.

En cuanto a los resultados, describen un medio hospitalario dominado por la tecnología médica y una acción social dominada por un tipo de comunicación dirigida a fines. No obstante, el reparto es desigual, pues la comunicación llega a usurpar el papel protagonista de las acciones técnicas en la atención comunitaria. En cualquier caso, el componente teleológico se encuentra en el fondo de todas las acciones (instrumentales y sociales), siendo los sistemas habermasianos de la burocracia, economía y ciencia los que fijan dichos fines. Respecto al estudio de la acción comunicativa como elemento emancipador, es posible distinguir condiciones favorables en algunos de los entornos estudiados. No obstante, entenderse y coordinarse, enfermera y paciente, dista mucho de ser una realidad próxima.

Descriptores: Práctica Profesional; Filosofía, Enfermería; Relaciones Profesional-Paciente; Comunicación; Habermas.

## Resumo

Depois de mais de 60 anos de ideologia do cuidado, a prática de enfermagem é mais tecnológica hoje que nunca. Os valores de natureza instrumental têm invadido os sistemas sanitários até o ponto de por em perigo à enfermagem. Esta evolução social coincide com o que Jürgen Habermas denomina colonização do mundo da vida. A partir desta teoria, o estudo busca descrever a prática de enfermagem, reconhecer fatores que impedem a ideologia do cuidado, e explorar as possibilidades da ação comunicativa como elemento emancipador.

Para isto, foi levado um estudo etnográfico em dois hospitais grandes e centros de atenção de comunidade de Espanha e Portugal. A coleção de dados foi levada a cabo por observação participante e entrevistas semiestructuradas. Além, nos hospitais, a coleção foi completada com uma pesquisa. Finalmente, como elemento suplementar, foi levada a cabo uma incursão (entrevistas) em um hospital do sistema sanitário inglês.

Relativo aos resultados, eles descrevem um hospital dominado pela tecnologia médica e uma ação social dominada por um tipo de comunicação dirigido a fins. Não obstante, a distribuição é desigual, porque a comunicação tem usurpado o protagonismo das ações técnicas na atenção de comunidade. De qualquer maneira, o componente teleológico está no fundo de todas as ações (instrumentais e sociais), sendo os sistemas habermasianos da burocracia, economia e ciência os que determinan os fins. Relativo ao estudo da ação comunicativa como elemento emancipador é possível distinguir condições favoráveis em alguns dos ambientes estudados. Não obstante, entender um ao outro e ser coordenado, enfermeira e paciente, dista muito de ser uma realidade próxima.

Descritores: Prática profissional; Filosofia, enfermagem; Relação Profissional-paciente; Comunicação; Habermas.

## Summary

More than 60 years of ideology of the care later, nursing practice is today more technological than never. The values of instrumental nature have invaded the health systems up to the point of endangering nursing. This social evolution coincides with what Jürgen Habermas names a colonization of the life world by the system. From this frame, the study describes the nursing practice, to identify factors that impede the ideology of the care, and to explore the possibilities of the communicative action as element for emancipation.

For it, an ethnographic study has been carried out in two big hospitals and centers of community health of Spain and Portugal. Data collection was carried out by participant observation and semistructured interviews. In addition, in the hospitals, the collect of information was complemented with a survey. Finally, as supplementary element, an incursion (interviews) in a hospital of the National Health system was carried out.

In relation to the results, they describe a hospital environment dominated by the medical technology and a social action dominated by a type of purposes directed communication. Nevertheless, the distribution is unequal, because the communication becomes the protagonist role of the community attention. In any case, the teleological component is at the back of all the actions (instrumental and social), being the habermasians systems of the bureaucracy, economy and science those who fix the above mentioned purposes. With regard to the study of the communicative action as element for emancipation, it is possible to distinguish favorable conditions in some of the studied environments. Nevertheless, to understand to each other and to be coordinated, nurse and patient, it is far from being a near reality.

Key words: Professional Practice; Philosophy, Nursing; Relations Professional-patient; Communication; Habermas.



## Presentación

Esta tesis que aquí comienza es el resultado de la preocupación por una contradicción que, como profesor de Enfermería, revivo cada curso académico en la asignatura de Bases teóricas y metodológicas de la Enfermería. Año tras año enseño al alumnado, desde el más profundo convencimiento, una Enfermería basada en la ideología del cuidado, entendiendo éste como una actividad particularmente relacional ejercida con personas complejas y únicas que necesitan ayuda para protagonizar determinadas experiencias de salud y enfermedad. No obstante, y con la misma intensidad, año tras año, matizo al alumnado el idealismo que entraña este concepto y la dificultad que tendrán para descubrir el cuidado en la práctica diaria.

De esta forma, intento ser precavido, pues no son pocos los autores que han advertido de la potencialidad de frustración asociada a la enseñanza de esta ideología, conscientes de su inexistencia, al menos de forma expresa, en la práctica cotidiana de las enfermeras.

Sin embargo, así lo sigo haciendo, pues considero que evitar la ideología del cuidado argumentando o aceptando que la práctica (tecnológica) es la Verdad de la Enfermería es olvidar el importante componente humanista que tiene la práctica enfermera.

Por tanto, esta investigación surge, a la vez, de una preocupación y un compromiso, la preocupación *por* y el compromiso *con* la ideología del cuidado, convencido de que su presencia es necesaria en nuestros sistemas sanitarios, y que su actual descuido es responsable, en parte, de la preocupante deshumanización existente.

La idea no es nueva. De hecho, analizando la literatura profesional, encontramos artículos recientes (y también recurrentes) que alertan del excesivo tecnicismo y empirismo de nuestros sistemas sanitarios y, en consecuencia, del serio peligro en el que se encuentra la humanidad de la atención y, por extensión, la Enfermería (ligada al cuidado).



Más nuevo es, en cambio, su enfoque crítico y emancipador, pues esta investigación pretende proporcionar elementos de fundamentación para la crítica de lo existente; y quizás, también resulte innovadora la propuesta de estudiar la acción comunicativa, descrita por Habermas, como elemento que permitirá a las enfermeras (y profesionales sanitarios en general) recuperar una práctica clínica contextualizada y protagonizada por el paciente.

En este sentido, la investigación pretende conocer la presencia del cuidado en las prácticas profesionales de las enfermeras y en los significados que éstas utilizan para dar sentido a sus prácticas; comprobar la propuesta de que la colonización habermasiana del mundo de la vida explica la falta de calado de la ideología del cuidado en la conducta de las enfermeras; y en su caso, analizar las condiciones existentes en la práctica enfermera para la realización efectiva la acción comunicativa como elemento emancipador.

Para llegar a este conocimiento, la investigación propone los siguientes objetivos específicos:

1. Describir la práctica profesional de las enfermeras en términos de tipos de acción.
2. Identificar diferencias relacionadas con el nivel de atención y el contexto geográfico.
3. Reconocer ideologías y discursos que dificultan la ideología del cuidado en la sociedad, las instituciones sanitarias y la profesión enfermera.
4. Examinar, en su caso, las condiciones que existen en la práctica enfermera para la realización efectiva de la acción comunicativa.

Para ello, el capítulo 1 comienza creando un macro-contexto en el que situar la investigación, recogiendo en primer lugar, una conceptualización de la Enfermería que va a someter a examen: 1) el lenguaje, porque condiciona la constitución de la realidad, dándole una determinada extensión y estructura; 2) la historia, que justifica, en cierta manera las condiciones actuales; 3) las creencias y valores dominantes, que condicionan irremediablemente el ejercicio profesional; y finalmente, 4) el conocimiento, que afecta directamente al estado y desarrollo de la disciplina.

En segundo lugar introduce el problema de investigación, aludiendo al aparente dilema que esconde esta tesis: teoría o práctica, tecnología o cuidado (dilema representado en el título por los conceptos habermasianos de acción instrumental y acción comunicativa). En él, analizamos los motivos argumentados hasta el momento (que enfrentan ambos conceptos), argumentamos una propuesta diferente (la atención al medio) y terminamos estudiando las condiciones existentes para la emancipación del (presunto) dominio biotecnológico y la construcción de “un sistema tecnológicamente avanzado que se caracterice, no por la deshumanización y la desesperanza, sino por la claridad, la esperanza y la vida” (Dossey, 2006).

Tras ello, incorpora la fundamentación teórica utilizada para abordar el problema, la Teoría de la Acción Comunicativa (TAC) de Jürgen Habermas, reconociendo en ella una de las propuestas más acabadas de la teoría social y la filosofía contemporánea sobre la que fundamentar nuestro problema de investigación y analizar las condiciones que permitirían la necesaria emancipación señalada en el apartado anterior.

En el repaso a la TAC se parte de su teoría de la acción, y la diferenciación de acciones instrumentales, comunicativas y estratégicas; para después entrar de lleno en su teoría de la sociedad (articulada en dos niveles: mundo de la vida y sistema); continuar describiendo los fenómenos patológicos ligados al proceso de modernización específicamente capitalista; y finalmente, terminar hablando de la potencialidad de la acción comunicativa como elemento emancipador.

A continuación, se incluye un análisis del cuidado a la cronicidad desde el marco teórico propuesto, que identifica al paciente crónico como el caso más problemático y, por tanto, el que más podría beneficiarse de los potenciales efectos de una comunicación contextualizada que remite a las experiencias del paciente y a los problemas de su vida.

El siguiente apartado describe el contexto geográfico en el que se ha realizado el estudio. A este respecto se exponen las características básicas de los sistemas sanitario portugués y español, así como su relación con las características de la profesión enfermera.

La última parte de este capítulo se refiere a la fundamentación metodológica del estudio, un apartado que, desde el punto de vista de los autores, responde a dos motivos importantes. Por un lado, a la necesaria justificación de la opción por un tipo de enfoque, en este caso, el cualitativo; y por otro lado, a un instinto protector que pretende evitar las frecuentes confusiones y juicios erróneos que se suelen producir al evaluar la investigación cualitativa con los principios que rigen la investigación epidemiológica.

En cuanto al capítulo 2, presenta la fundamentación empírica del estudio: objetivos, metodología, resultados, discusión y conclusiones.

A este respecto, el trabajo ha sido diseñado desde un enfoque cualitativo, eligiendo, dentro de éste enfoque, la etnografía como opción metodológica y la Teoría Sociocrítica para la construcción de teoría.

Respecto al ámbito de estudio, la investigación se sitúa en el cuidado a la cronicidad, incluyendo tanto la atención comunitaria como la hospitalaria. Además, se han estudiado hospitales y centros de atención comunitaria españoles y portugueses, concretamente de una ciudad del sur de España y otra del norte de Portugal; haciendo una pequeña incursión en el ámbito británico (zona sur de Inglaterra).

Para la selección de los participantes en cada ámbito se ha procedido a un muestreo basado en criterios. La experiencia en el cuidado a enfermos crónicos fue el atributo básico. No obstante, se recurrió a un muestreo por selección de casos reputados, es decir, por recomendación de expertos en el campo, para acceder definitivamente a los participantes concretos.

En cuanto al tamaño de la muestra, ha venido determinado por la saturación de los datos, entendiéndola como el momento en el que hemos considerado que podíamos decir algo importante, convincente o problemático (“problematizador”) sobre el objeto de estudio (pues nunca se pretendió decir todo, lo único, o lo último).

La recogida de información fue llevada a cabo por el doctorando entre junio de 2011 y enero de 2012; y constó de dos fases, una primera fase de observación participante, seguida de una fase de entrevistas. Durante la

observación participante se llevó un cuaderno de campo que permitió identificar aspectos a focalizar en las entrevistas. Respecto a las entrevistas, fueron formales y estructuradas, pero, a la vez, abiertas y dialogadas. Se grabaron en su totalidad y fueron transcritas para su mejor análisis.

Respecto a este último aspecto, al análisis, se ha realizado un Análisis Sociológico del Discurso (ASD), si bien se han concentrado esfuerzos en el análisis textual; concretamente en uno de sus métodos, el análisis de contenido; y dentro de éste, en el análisis de la estructura textual (análisis de redes semánticas, árboles jerárquicos, análisis de intensidad, etcétera), en un intento de generar inductivamente un entramado conceptual en el que recoger todos los aspectos de la realidad observada y el sentido que los participantes otorgaban a los mismos.

El contexto intertextual y el contexto situacional han sido considerados, dentro de nuestro planteamiento, en un segundo nivel (el contextual); y el contexto social, el más amplio, lo ha sido en el tercer nivel de análisis estrictamente sociológico. No obstante, este segundo y tercer nivel de análisis han sido abordados de manera parcial, para profundizar en aspectos concretos.

En cuanto a los resultados, describen un medio hospitalario dominado por la tecnología médica que deja pocos huecos para las biografías de las personas. El paciente parece tener que “dejar su vida en la taquilla” para identificarse con conceptos propicios para la atención tecnológica. Los cuidados físicos y el papeleo son también elementos representativos de la práctica hospitalaria.

Respecto a la acción social, está dominada por un tipo de comunicación dirigida a fines: la transmisión de información y la comunicación como medio para influir comportamientos. Ambas acciones son claramente visibles en la práctica hospitalaria y llegan, incluso, a usurpar el papel protagonista de las acciones técnicas, en la atención comunitaria.

Por tanto, el componente teleológico existente de fondo en todas estas acciones y, concretamente, la utilidad clínica se convierte en elemento central del significado de la acción para las enfermeras.

A pesar de las frecuentes conversaciones que las enfermeras mantienen con los pacientes, la práctica enfermera carece de visiones, cursos de acción, decisiones y modos de participación compartidos y coordinados por enfermera y paciente. Las expectativas del paciente son ignoradas en pos de la utilidad clínica (cuando no, del adecuado funcionamiento del sistema sanitario, o incluso, de la rentabilidad económica). En definitiva, la enfermera no demuestra ni ofrece (habitualmente) libertad de acción.

Por tanto, los resultados del análisis “descubren” una comunicación distorsionada por los sistemas habermasianos de la burocracia, economía y ciencia cómo agentes de dicha coerción. Pero lo hace con matices nuevos. En forma de gestión clínica y evidencia clínica.

En términos disciplinares, los resultados dejan ver la ausencia (o al menos deficiencia) de la práctica del cuidado, a pesar de que las enfermeras participantes refieren tener una especial sensibilidad hacia los valores humanistas y llegan, incluso, a identificar la falta de tiempo para escuchar y hablar con el paciente como una pérdida de “lo que son”.

Respecto al estudio de la acción comunicativa como elemento emancipador, es posible distinguir algunos elementos favorecedores (de la acción comunicativa) en algunos de los entornos estudiados: la presencia enfermera, la perspectiva holística, el interés por lo cotidiano, la preocupación por la competencia y el acompañamiento. No obstante, dista mucho de ser una realidad próxima, pues entenderse y coordinarse, enfermera y paciente, parecen ser acciones poco valoradas (generalmente) por ambos actores.

Finalmente, en el capítulo 3, se recogen las referencias bibliográficas citadas en los capítulos anteriores y se incluye un apartado con los anexos nombrados a lo largo del trabajo, con la finalidad de aclarar determinados aspectos y aportar rigor científico a la investigación.

## **Capítulo 1. Contextualización, orientación teórica y metodológica del estudio**

### **1.1. La Enfermería como área de conocimiento**

Si tuviéramos que decir en muy pocas palabras lo que contiene este apartado, podríamos decir que, sencillamente, recoge los elementos fundamentales para conceptualizar la Enfermería, entendiendo que conceptualizar algo es definir ese algo en la mente después de examinadas determinadas circunstancias.

En nuestro caso, las circunstancias que vamos a tener en cuenta van a ser, básicamente, cuatro. Por un lado, el lenguaje, porque condiciona la constitución de la realidad, dotándola de una determinada extensión y estructura; por otro, la evolución histórica, que justifica en cierta manera las situaciones actuales; en tercer lugar, las creencias y valores dominantes, que condicionan irremediablemente el ejercicio; y por último, el conocimiento, que afecta directamente al estado y desarrollo de la disciplina.

Lo que a continuación haremos, por tanto, es un intento, sin pretensiones, de recoger en unas pocas páginas esa conceptualización de la Enfermería recurriendo al lenguaje, la historia, las creencias y valores, y los conocimientos de la Enfermería. Es decir, haciendo un análisis de su medio.

#### **1.1.1. El análisis del medio**

La filosofía reconoce en toda experiencia tres elementos: el sujeto, el objeto (el mundo de objetos) y el medio; y sitúa a este último en una situación de supremacía sobre los otros dos. Hablar, por tanto, de las personas que se dedican al cuidado, el sujeto, y las personas cuidadas, el objeto de los cuidados, es insuficiente si no hablamos del medio.

Pero, hablar del medio desde la filosofía no es hablar de este término en su acepción de entorno o ambiente, para designar todo lo que rodea al

sujeto. La filosofía utiliza el medio para hablar de aquello gracias a lo cual los objetos se constituyen, a aquello que sostiene nuestro mundo, aunque no lo veamos. Hablar de medio es hablar por tanto del lenguaje, de la historia, de los valores y de la razón.

Todos estos elementos (lenguaje, historia, valores y razón) son poderes configuradores del mundo. Nos hacen movernos en una determinada dirección, pero no nos determinan. Lo más correcto sería decir que nos “abren posibilidades”.

El lenguaje configura porque condiciona la constitución de mundo, dándole una determinada extensión y estructura en cada momento. Por lo cual, no vamos a hacer (no debemos) comparaciones entre términos situados en distintos momentos históricos, porque el concepto de referencia podría no existir o ser diferente; del mismo modo que podría encontrarse situado en una estructura distinta en sus relaciones con otros conceptos.

La historia configura porque nos permitirá encontrar, en el tiempo, algunas de las raíces de problemas contemporáneos; porque el que algo aparezca, requiere de ciertas condiciones históricas, de un cierto nivel de maduración histórica; porque el pasado nos sitúa en el mundo de una forma determinada, porque pone dirección al futuro; y porque todas las cosas, desde la perspectiva histórica, portan un ingrediente añadido de sentido.

Los valores configuran porque acompañan a toda experiencia. Porque en toda experiencia, aparte de su polo objetivo, existe un modo subjetivo, algo singular o individual. Y si esto ha de reconocerse así en general, aún cobra más importancia cuando hablamos de Enfermería, porque su objeto son las respuestas humanas, es decir, las vivencias, las experiencias, lo que de subjetivo tiene la salud y la enfermedad.

Y por último hablaremos de la razón, aunque haremos de ella un apartado con entidad propia, por su importancia como elemento configurador de la disciplina.

#### 1.1.1.1. El lenguaje: las diferentes denominaciones

Aunque podríamos retroceder hasta épocas anteriores para encontrar términos referidos a figuras cuidadoras, basta hacerlo a la época musulmana para encontrar manuscritos que las identifican. Las parteras, dedicadas a asistir a la parturienta y al feto en su salida, o las nodrizas, cuya tarea principal era cuidar la alimentación de los recién nacidos, son claras representantes de personas dedicadas al cuidado. A ellas, podríamos sumar droguistas, perfumistas, farmacéuticos, ventosistas, sangradores y otras figuras que desempeñaban artes auxiliares en los hospitales, si bien no se han podido hallar, en este caso, detalles sobre la labor desarrollada por las mismas (Blasco, 1990).

A partir del siglo XII, encontramos otras denominaciones como: hospitaler, hospitalera, donado, donada, clauera, macipa, mossa, sirviente o sirvienta, ministro, enfermero o enfermera, practicante, barbero, esclavo, nodriza, freyre o freyra, aunque cada uno con una identidad diferente (Domínguez-Alcón, 1986).

Ya en el S. XVI distintos documentos diferencian dos grupos entre las personas que atienden a los enfermos. Por un lado, el grupo de sirvientes, en el cual aparecen citados nombres como enfermeros, criados o amas; y por otro, el de oficiales, que recoge denominaciones como las de barbero, médico y cirujano, boticario, mayordomo, rector-capellán, o procurador de pleitos (Blasco, 1990).

Durante el S. XVII-XVIII, las principales denominaciones sanitarias serán: médicos, cirujanos, barberos, sangradores, parteras y boticarios. Respecto a la de enfermero, continúa usándose para referirse al personal cuidador.

El S. XIX supondrá la regularización de la denominación de practicantes y matronas. Estas nuevas figuras de la sanidad, irrumpen en la historia de las profesiones sanitarias en España a partir de 1857 y mantienen esta denominación durante aproximadamente un siglo (Hernández-Martín, 1996).



La regularización de la denominación de enfermera tendrá que esperar, en cambio, hasta el siglo XX, cuando la Real Orden de 7 de mayo de 1915 del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes autoriza la formación de las enfermeras seculares para su ocupación profesional en condiciones similares a practicantes y matronas.

Posteriormente, el decreto de 4 de diciembre de 1953 unificará a practicantes, matronas y enfermeras en una sola denominación: ayudantes técnicos sanitarios (ATS). La nueva denominación creó discrepancias. Por un lado, se desoyó la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de respetar la denominación de enfermera; y por otro, creó cierta confusión entre los diferentes grupos (Blasco, 1990). De hecho, en algunas zonas rurales, a pesar de la unificación legal y el cambio de denominación, fue habitual seguir escuchando el término “practicantes” para referirse a los y las ATS “del pueblo”.

Hoy la situación se repite. La denominación de ATS resulta difícil de abandonar, y no sólo por la sociedad, sino por el mismo colectivo profesional que desde su entrada en la universidad recuperó su nombre de enfermera/o para designar a los profesionales allí formados.

En cuanto al género de estos términos, el pasado abre la posibilidad a los dos géneros. El género femenino no es, en contra de lo que se cree, la posibilidad dominante que heredamos de la tradición.

Aunque es innegable el protagonismo de la mujer en los cuidados a lo largo de la historia, muchos hombres, monjes y cofrades (pertenecientes a grupos gremiales) se dedicaron al cuidado durante la Alta Edad Media (Blasco, 1990). Eso, sin contar con los esclavos de muchas culturas antiguas o los droguistas, perfumistas, farmacéuticos, ventosistas, sangradores y otros, que aparecen en escritos de la época musulmana (posiblemente hombres, también).

Esta dedicación masculina a los cuidados será aún mayor durante el siglo XVI, momento en el que serán fundamentales las órdenes religiosas masculinas. La denominación de enfermero, en su género masculino, aparece en los principales Manuales y Reglas de los siglos XVI y XVII. También

encontramos, en documentos de este período, referencias a sirvientes varones que se empleaban como enfermeros o despenseros, mientras que las mujeres, que recibían la denominación de amas, limpiaban la enfermería, lavaban la ropa de los enfermos y les preparaban la comida.

De hecho, aunque la palabra enfermera será citada por primera vez en 1210, en el Hospital del Rey de Burgos, será ésta una mención excepcional, ya que no vuelve a hallarse mencionada en documentos escritos hasta los siglos XVI y XVII (Domínguez-Alcón, 1986).

Entre los siglos XVI al XVIII más de 34 órdenes femeninas acompañaran a las más de 40 masculinas en el cuidado de los enfermos. No obstante, será en el siglo XVIII cuando la mujer recupere la atención directa; y lo hará no sólo para administrar cuidados higiénicos y de alimentación, sino también, como hicieran anteriormente otras órdenes masculinas, para realizar determinados cuidados terapéuticos. Las órdenes femeninas surgirán así como las primeras mujeres auxiliares del médico (Siles, 1999).

El siglo XIX también marcará una diferencia de género. Bajo una denominación, la de practicante, se recogerá a los hombres, que ejercerán fundamentalmente, aunque no exclusivamente, en el ámbito rural. Mientras las mujeres serán matronas, o “enfermeras en medicina y cirugía”, ejerciendo su labor, en este caso, como auxiliares médicas en hospitales. Para ello, las mujeres accederán por primera vez, también en este siglo, a unos estudios formales.

Respecto a la estructura relacional de estos términos con otros términos profesionales, ha sido generalizada su posición subordinada. Los primeros escritos profesionales hacen una clara referencia a este aspecto.

El manuscrito de Simón López (1651) remarcará que el enfermero deberá “respetar el criterio médico”; y el Manual de Instrucción de enfermeros, en su cuarta edición (1728) señalará, en el mismo sentido, que “el enfermero no ha de hazer nada de su cabeça, sino con prudencia advertírselo al médico; y los enfermeros han de procurar mucho la amistad de los médicos, y mostrarles mucho amor, y voluntad para que con este amor

sirvan a nuestro Señor y a los pobres; y los médicos confiarán mucho en los enfermeros que hazen bien su ministerio” (Dominguez-Alcón, 1986).

Otras muestras de su carácter estructural en la profesión enfermera son escritos más recientes como el Manual práctico de la enfermera, de JA. Font (1935), donde se indica: “Es la reverencia que un inferior debe tener a un superior. Ahora bien, el médico es superior del ATS por dignidad y por ciencia y por ambos motivos debe respetarle” (Domínguez-Alcón, 1979).

Por su parte, el casi-contemporáneo Tratado del ayudante de Medicina y Cirugía de P. Castañeda y A Pérez Delgado, de 1975, mantiene esta ideología cuando dice: “La misión de la enfermera, tanto en el hospital como fuera de él, es servir al enfermo, velando constantemente sobre él y sobre todo lo que le rodea y servir al médico, ayudándole asidua y dócilmente [...]. La misión de la enfermera consiste únicamente en ajustarse a la dirección dada y en ejecutar o hacer que se ejecuten las prescripciones” (Domínguez-Alcón, 1979).

Se trata de una ideología contundente. Otro fragmento de la misma obra recoge: “El médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado [...] Por lo que respecta al ATS es claro que el médico es el superior, y al que ha de obedecer por motivos naturales y sobrenaturales”.

Respecto a otras figuras enfermeras, ocurrirá lo mismo. Los barberos sangradores serán profesionales sobre los que recaerán continuas denuncias de intrusismo por parte de médicos y cirujanos.

No obstante, es innegable la influencia del género en esta estructura relacional. En los estatutos de las profesiones sanitarias (1945) se hará una clara diferencia de funciones entre el practicante y la enfermera:

- “El practicante es el auxiliar inmediato del médico en todas sus actividades profesionales”.
- “La enfermera es la auxiliar subalterna del médico, estando siempre a las órdenes de éste. La enfermera por sí sola no tiene facultades para desempeñar su cometido”.

### 1.1.1.2. La Historia: características políticas, sociales, económicas y religiosas

Para buscar las primeras formas de cuidado nos tenemos que remontar prácticamente al origen del hombre. Si lo hacemos, descubriremos que contrariamente a lo que se cree en la actualidad, el cuidado no nació de la enfermedad, sino de un núcleo esencial de acciones destinadas a conservar la vida del individuo, del grupo y de la especie: comer, beber, abrigarse, lavarse, etc. (Collière, 1993).

Durante la Edad Antigua, estos cuidados serán realizados, de forma general, por los esclavos. Esto en las casas donde tenían esclavos, porque donde no existían, sin duda alguna los cuidados corrían a cargo de la mujer.

Respecto al cuidado en la enfermedad, eran reconocidos como algo ingrato. Quizás, por esto, con la llegada del cristianismo, la Iglesia se arroga la atención a la pobreza y la enfermedad, entendiendo ambas situaciones como una consecuencia del pecado humano. Las ideas de caridad y misericordia serán, desde entonces, motor de vida para figuras cuidadoras y tabla de salvación para personas desfavorecidas.

La Edad Media supone una etapa de crisis económica y demográfica y, por tanto, una etapa importante para los cuidados. El sistema feudal, que caracteriza este período de la historia, hizo que grandes extensiones de suelo se concentraran en manos de muy pocos, al tiempo que (y como consecuencia de ello) aumentaba el número de mendigos, pobres y marginados; y con ellos, las enfermedades y la mortalidad (Siles, 1999).

La respuesta que se dio al problema tanto social (la pobreza) como de salud (la enfermedad), vino, en este caso, de la mano de los Gremios, Hermandades y Cofradías, que se encargaron de resolver gran parte de los problemas de necesidad material o espiritual, de enfermedad y, sobretudo, de muerte, que afectaban a sus asociados; a la vez que subsanaron, en cierto modo, la deficiencia del Estado en cuanto a beneficencia (Blasco, 1990).

Junto a estas asociaciones, el monacato medieval y, posteriormente, las órdenes mendicantes surgidas tras la reforma gregoriana serán la respuesta de la Iglesia a esta problemática social y de salud. Movidos por la

caridad, el principal móvil de la época, sus monasterios y hospitales fueron refugio para viajeros y albergue de pobres y enfermos (Siles, 1999).

Desde entonces, estos lugares han tenido históricamente una doble función, la de dar asilo a pobres y mendigos y la de ayudar en la enfermedad. Dependiendo del momento histórico ha prevalecido una u otra opción, pero ambos han sido conceptos ligados muy íntimamente. En ellos se ha acogido a asociados, a pobres, a transeúntes, etc., movidos por la caridad, el altruismo, o el deber de respuesta.

Respecto a la enfermedad, era considerada como la respuesta divina al pecado de los hombres, era un castigo de Dios. El enfermo sufría, pero este sufrimiento le acercaba de nuevo a Dios y le ayudaba a conseguir su perdón. Por lo tanto, los cuidados de los enfermos tienen en este tiempo una doble dimensión, realizar cuidados al cuerpo, en el sufrimiento, para conseguir un fin espiritual, el perdón, la salvación, el acercamiento a Dios (Blasco, 1990).

La figura cuidadora está muy ligada, por tanto, a la idea de caridad, y dedicada fundamentalmente al cuidado del cuerpo en el sufrimiento.

La Edad Moderna trae dos grandes movimientos: la Reforma Protestante y el Renacimiento.

La Reforma protestante introduce durante el S XVI en buena parte de Europa una perspectiva distinta de algunas nociones. Una de las más importantes será la noción de mérito. Lutero sostendrá que el hombre podrá ser salvado por Dios mediante la sola fe en Cristo y el Evangelio. No tiene ya sentido “hacer méritos”. Las “obras de misericordia” dejarán de servir para la salvación del alma (Siles, 1999).

Pero además, el pensamiento reformador luterano trae consigo la expulsión de las órdenes religiosas. Poseedoras del conocimiento en ese momento, su expulsión supone inicialmente un gran retroceso, pues muchos hospitales serán atendidos, a partir de entonces, por presos, prostitutas y personas que realizaron su actividad por pura necesidad.

No obstante, España permanecerá fuera del alcance de la Reforma protestante, y de la época oscura que vivirá Europa en el ámbito de los

cuidados. Por tanto, la idea de caridad hacia los desfavorecidos seguirá marcando los cuidados. Es más, una nueva dimensión en la actividad de cuidar, la llamada “vocación”, una vocación que sobrepasa cualquier otro interés humano, se asocia desde entonces, casi permanentemente, y hasta nuestros días, con el ejercicio de la enfermería (Domínguez-Alcón, 1979).

Por su parte, las nuevas ideas antropocentristas introducidas durante el Renacimiento permiten el desarrollo de la ciencia, comenzando a realizar funciones sanadoras diferentes “profesionales” y empíricos con conocimientos más o menos científicos.

Entre ellos encontramos uno de los grupos tradicionalmente clasificados, no sin cierta polémica, como responsables de tareas cuidadoras, el de barbero. Sus competencias, apenas estarán delimitadas: lavarán la cabeza y cortarán la barba y el pelo de sus clientes, pero también realizarán sangrías, aplicarán ventosas, realizarán curas y colocarán emplastos (Siles, 1999).

También durante este período, los médicos latinos comenzarán su formación en universidades, distanciándose de esta forma de los médicos y cirujanos romancistas de la época que, junto a los barberos, quedarán relegados al grupo de los empiristas, difuminado aún más los límites profesionales.

El S. XVII, traerá consigo un nuevo declive político y económico, y, en consecuencia, un nuevo aumento del número de mendigos y enfermos que no podían, en muchos casos, mantener tan siquiera sus necesidades de supervivencia. Este hecho, unido a que era una sociedad con conocimientos casi nulos sobre las enfermedades, y con unas condiciones higiénico-sanitarias muy mejorables, supuso la aparición y propagación de diferentes infecciones o epidemias que afectaron a gran parte de la población (Siles, 1999).

Como en siglos anteriores, será la caridad hacia los más pobres y desamparados la principal motivación para las personas que ejercen los cuidados. Por tanto, el carácter religioso seguirá marcando los cuidados. Nuevas órdenes religiosas, como los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios, sustentarán la cobertura social y sanitaria junto a Gremios, Cofradías y

Hermandades, que seguirán ejerciendo su labor hasta prácticamente la llegada de las revoluciones (Hernández-Martin, 1996).

También seguirán ejerciendo su labor los barberos, que gozaron de gran prestigio en zonas rurales, donde desempeñaron prácticamente la totalidad de la asistencia sanitaria. No obstante, y a pesar de ello, será un personaje sobre el que caerán continuas denuncias de intrusismo por parte de médicos y cirujanos.

El S. XVIII supone una nueva etapa en Europa debido al surgimiento de un nuevo movimiento, la Ilustración, que acerca los conocimientos al pueblo. Este nuevo pensamiento va a influir en la salud de la población, que empieza a preocuparse más por las condiciones de vida, la higiene, etc. La sociedad se seculariza. La caridad es sustituida por la filantropía y por la tolerancia. Los hospitales, sin perder su carácter religioso, se transforman. No obstante las ideas religiosas, la preocupación por la salvación del alma y la vocación para cuidar al semejante seguirán caracterizando a las personas cuidadoras (Blasco, 1990).

La revolución industrial que vendrá posteriormente supone grandes hitos: el triunfo de lo racional y de la ciencia sobre lo irracional; la consideración de la salud como un derecho de todas las personas; la construcción y apertura de numerosos centros sanitarios que demandan gran cantidad de enfermeras; el crecimiento exponencial de la tecnología; etc. Todo ello marca el verdadero comienzo de la profesión de enfermería, que empieza a exigir algo más que vocación de servicio: un cuerpo de conocimientos (Siles, 1999).

Los países protestantes del norte de Europa serán los primeros en preparar y formar a las enfermeras con los primeros programas teórico-prácticos para el cuidado de enfermos. Surgen las Diaconisas de Kaiserswerth.

Mientras tanto, en España, la beneficencia pasa a ser controlada totalmente por el Estado. En 1836, a través de diferentes disposiciones legales, se confía a los ayuntamientos la atención de los hospitales y demás centros de beneficencia, atribuyendo a las Diputaciones Provinciales una función supervisora de los mismos (Domínguez-Alcón, 1986)

En cuanto al personal dedicado al cuidado, también surge la necesidad de un profesional más formado. No obstante la religión seguirá impregnando la figura de la enfermera. Basta repasar los requisitos que se pidieron a las primeras 32 alumnas de la escuela de Sta. Isabel de Hungría para encontrar elementos propios de órdenes religiosas como: una uniformidad peculiar, un corte de pelo, etc.; además, y por supuesto, de practicar la religión católica (Blasco, 1990).

Durante este siglo, también hay que hablar de una orden, las Hermanas de la Caridad, que serán el alma de los hospitales de beneficencia de toda España desde mediados de este siglo hasta casi la época actual. Bajo su influencia, y a su imagen, surgirán diferentes congregaciones dedicadas al cuidado de enfermos.

El S. XX vendrá marcado por dos corrientes, el positivismo y el materialismo, de forma que la profesión se acercará de nuevo a la ciencia. No obstante, en los países anglosajones, también se desarrollarán diferentes interpretaciones del hombre, la salud y el medio con un carácter marcadamente social (Siles, 1999).

Por lo demás, no vamos a hacer más referencias, en este apartado, a este momento reciente de nuestra historia, pues será tratado extensamente en el análisis del conocimiento disciplinar.

#### **1.1.1.3. Los valores**

El psicólogo y pedagogo Alfred Adler demostró que todo el mundo tiene unos valores que dirigen un estilo de vida (consciente o inconsciente), y que estos valores vienen “determinados” por la orientación social, cultural y política en la que la sociedad se expresa, se desarrolla y se relaciona con las demás (Tomás-Vidal, 1998a, 1998b).

Si aceptamos dicha idea, y la situamos en nuestra profesión, la Enfermería, podríamos entender (fácilmente) por qué la aspiración (y objetivos vitales) de muchas personas dedicadas al cuidado durante muchos siglos no fue otra que la vocación de servicio. Y es que, si bien la reforma



luterana (primero) y el reformismo inglés de los siglos XVIII y XIX (después) constituyen una fuente diferente de valores en los países protestantes, la religión cristiana (y el catolicismo, en concreto) ha sido el marco social que ha “determinado” los valores propios de la Enfermería en nuestro entorno. Las ideas de caridad, amor al prójimo, compasión por los que sufren, entrega al necesitado, etc., han sido (y son, en cierto modo) actitudes vitales y motor de vida de muchas personas dedicadas al cuidado.

Quizás por ello, la sociedad les otorgó una moralidad especial (unas cualidades morales diferentes). Y así fue prácticamente hasta los años 60 (Gracia, 2006), momento en el que llegan los economistas al mundo sanitario y cambian numerosos valores colectivos (emanados de la religión) por valores individualistas.

Estos nuevos valores, propiciados por lo que se vino a llamar la “revolución conservadora” de la década de los 80 (llevada a cabo por M. Thatcher y R. Reagan en Inglaterra y Estados Unidos respectivamente) condicionaron un modelo sanitario poco amable y muy eficientista (Tomás-Vidal, 1998). A partir de ese momento, además de mirar por el paciente, se hizo necesario mirar por el dinero.

Desde entonces, la hegemonía de estos valores es innegable. Sin embargo, tampoco se pueden obviar corrientes alternativas como el professionalism (Chandratilake et al., 2010; Cruess & Cruess, 2000; Evetts, 2009) movidas, en muchos casos por el disconfort sentido por los profesionales ante dicho entorno.

Es cierto que la sociedad demanda eficacia y eficiencia y, es cierto, que la Enfermería debe tener esto en cuenta, porque sus propuestas deben ser útiles y deseables para la población. La Enfermería es una profesión de servicio, y como tal, no puede decidir su cometido de espaldas a la sociedad. No puede hacerlo si debe satisfacer sus demandas.

Pero, en su cometido, tampoco debe dejarse modelar por los mandatos de la sociedad. No puede reducirse a un servicio subordinado. Más allá de la simple respuesta a una demanda, debe diseñar su práctica a partir de un diálogo con la sociedad en el que el resultado debe ser, eso sí, una ayuda o

contribución, dentro de sus posibilidades, a la construcción de una sociedad mejor.

Sabemos que es una tarea difícil. Algunos autores llegan, incluso, a cuestionar la compatibilidad de los valores de la Enfermería con los valores de los sistemas sanitarios actuales (O'Keefe-McCarthy, 2009). Sin embargo, es una tarea necesaria. Es imposible entender la Enfermería (que conocemos) sin asociarla a valores humanistas (religiosos o laicos), igual que es imposible ejercer la Enfermería movidos (sólo) por el éxito o el dinero.

#### 1.1.1.4. La razón

Respecto a las formas de pensamiento más adecuadas para la enfermería, podría abrirse un debate arduo entre defensores de formas de pensamiento duras (racionalidad instrumental-cartesiana) y defensores de formas de pensamiento abiertas y dialogantes (racionalidad comunicativa).

No obstante, antes de llegar a este debate habría que reconocer la relación que la Enfermería ha mantenido con las diferentes formas de pensamiento y, a este respecto, es necesario admitir la debilidad de la misma.

Durante mucho tiempo, el horizonte de los cuidados ha estado dibujado por: 1) la religión, como actitud dogmática y pasiva; y 2) las constituciones y reglas de algunas hermandades y órdenes religiosas, como materialización de dicha actitud. El cuestionamiento no ha sido, precisamente, una actividad cercana a la enfermería.

Esta característica es importante, pues si bien no podemos negar el carácter de conocimiento que poseían estas reglas y manuales, quizás el único en los momentos de los que hablamos, fue mayor su influencia sobre los valores profesionales, pues dejaron marcada la profesión enfermera por el “sometimiento a escritos”, un sometimiento que generó una tendencia a seguir ordenes en lugar de cuestionar la realidad (Collière, 1993).

Es más, próximas a un reciente pasado religioso, lo que las enfermeras retienen aún hoy de la memoria colectiva es la influencia de “las mujeres

consagradas que profesan, y hacen profesión de fe, cumpliendo el voto de sometimiento a las reglas escritas para ellas” (Collière, 1993).

Junto a esta característica religiosa, otros dos elementos destacados en la tradición de pensamiento enfermero son, por una parte, su carácter de saber práctico y, por tanto, difícil de representar de una manera formal; y por otra, la histórica separación que ha existido entre su práctica técnica y el conocimiento en el que esta práctica se sustenta (Hernández-Conesa, 2003).

Por tanto, se puede afirmar (sin ánimo ofensivo) que el conocimiento formal ha sido un elemento ausente en la tradición de pensamiento enfermero. Pero además, algunos autores, como Domínguez-Alcón (1979) exponen cómo, cuando la Enfermería accede (en cierto modo) al conocimiento formal, se merma intencionadamente la cantidad de conocimiento.

No nos atreveríamos a afirmar que dicha limitación tuviera la intención manifiesta de someter a este grupo profesional para que desempeñara en la sociedad un determinado papel dirigido y dependiente del grupo profesional médico, no obstante, el hecho queda patente en escritos como el de Historia de la profesión, del Dr. Álvarez-Sierra y Manchón (citado por Domínguez-Alcón, 1979) de 1955, en el que se expone explícitamente:

“Fácilmente se comprende que por todo lo expuesto la confección de un programa de estudios de ayudantes técnicos sanitarios haya sido extraordinariamente laboriosa y delicada. De una parte, el progreso de la Medicina y la importante función del ayudante sanitario obligan a que éste reciba una formación científica indispensable en su misión. De otra hay que tener en cuenta que debe adaptarse al grado de formación previa y a su misión profesional, en que deben dominar los teóricos y evitar que el exceso de estos últimos le haga extralimitarse en sus funciones, sin olvidar que en algunos casos, y cuando actúa en medios rurales, donde el médico reside a menudo en otra localidad, su asistencia inmediata es de extraordinario valor. Por ello hemos de procurar que los conocimientos teóricos se reduzcan a los límites precisos de nociones e incluso a definiciones tan sólo, para

que los ayudantes técnicos sanitarios conozcan la terminología médica más corriente y el fundamento indispensable para hacerles comprender la finalidad de su actuación en cada caso particular [...] Creemos que debemos conseguir ayudantes técnicos sanitarios poco sabios, pero, en cambio, hábiles y precisos en el ejercicio de su profesión, y siempre con la conciencia de la función que deben llenar en relación con el médico, el enfermo y la sociedad”.

El verdadero acceso al conocimiento viene, en España, con el Real Decreto 2128/1977 y la integración de las escuelas de ATS en la universidad. Con él, se producen cambios sustanciales. La simetría teórico-práctica, el estudio del método científico, la capacitación para la toma de decisiones y el juicio crítico, o la incorporación de las ciencias sociales al conocimiento enfermero, acercan la Enfermería a la categoría de ciencia.

No obstante, se trata de un proceso que está en su inicio. De hecho, en nuestras escuelas y facultades, conviven programas muy avanzados con otros que no consiguen despegarse de su pasado de Ayudante Técnico Sanitario.

Aun así, lo que parece innegable es que la Enfermería posee una ideología propia, y prueba de ello es el siguiente apartado de este escrito.

### **1.1.2. Cómo se ha articulado el cuidado enfermero**

La articulación de una ideología enfermera ha sido, quizás, una de las mayores preocupaciones de la enfermería en los últimos 60 años. Dicha tarea ha llegado, según algunos autores (Hernández-Yañez, 2010), a límites obsesivos y cuestionables. ¿Por qué tanto preguntarse quienes somos cuando es tan simple asumir que somos lo que hacemos? [Nos propondrá este autor].

Necesario o no, el hecho es que, cuando a mediados del siglo pasado se intentó definir cuál era “la contribución propia y específica de la Enfermería a la salud de las personas” muchas autoras optaron por trasladar la perspectiva disciplinar desde un enfoque biocéntrico a un enfoque biográfico (Cumbie, 2001; Engebretson, 2003) y dar un lugar principal a las ideas de totalidad e

interacción enfermera paciente o paciente-entorno.

### **1.1.2.1 Florence Nightingale: la enfermería moderna**

Este hecho ni fue fortuito ni carece de base. Basta recordar la figura de Florence Nightingale para justificarlo. Y es que, Florence Nightingale ya liga enfermería y naturaleza o vida cuando en su libro “Notas sobre Enfermería” escribe (Nightingale, 2001):

“Si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado, o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería. [...] Yo utilizo la palabra enfermería a falta de otra mejor. [...] Enfermería se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas, pero debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente.

Y tampoco sería justo olvidar sus aportaciones a la organización hospitalaria: instalaciones, limpieza, alimentación y cuidados. Su preocupación por las condiciones ambientales en los hospitales de campaña durante la guerra de Crimea produjeron un descenso tan notable de la mortalidad que ésta bajó del 40 % al 2%, “ya que, hasta entonces, eran más los que morían por desatención que a causa de sus heridas” (Fernández et al., 1986).

### **1.1.2.2. La primera mitad del siglo XX: La ausencia**

A pesar de estos comienzos profesionales, la primera mitad del siglo XX supone para la enfermería un distanciamiento de esta tendencia. Se priman los cuidados “técnicos” sobre los “básicos”, resultando delegados estos últimos al personal auxiliar, precisamente cuando los cuidados básicos son los más importantes para ayudar a vivir al paciente.

No obstante, la evidencia de esta realidad, supuso un replanteamiento profesional y la necesidad de fundamentar las bases científicas de los cuidados. A partir de los años 50 comienza una renovación de la filosofía de la enfermería. Es el momento en el que comenzarán a surgir gran número de modelos enfermeros que incorporarán, en todos los casos, las ideas de totalidad e interacción propias de un nuevo paradigma: la corriente de la integración.

La corriente de la integración contempla la persona como un todo compuesto por la suma de sus aspectos biopsicosociales y espirituales, pero siempre en una interacción continua con un entorno cambiante que influye sobre su salud y su bienestar (Kerouac et al, 1996). A ella pertenecerán la mayoría de los modelos enfermeros creados.

No obstante, reducir los grandes esfuerzos realizados por numerosas mujeres a esta escueta descripción no haría justicia a los enormes esfuerzos realizados por estas enfermeras para desarrollar y explicitar las diferentes estructuras pre-teóricas completas ahora existentes. Así, nos parece interesante en este momento hacer un recorrido más detallado por los diferentes o modelos surgidos.

#### **1.1.2.3. Virginia Henderson: la definición de enfermería**

La evolución del pensamiento de Henderson se inicia en 1948, cuando revisando el libro de Bertha Harmer “Principios y práctica de enfermería” comienza a alejarse de la concepción funcionalista de los cuidados y descubre el carácter pluridimensional de los mismos; una pluridimensionalidad que, además, rechazaba una separación arbitraria entre los distintos elementos o una jerarquización por grado de importancia (Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

Consciente del riesgo de dispersión y de la fragmentación de los aspectos a considerar en esta pluridimensionalidad, Henderson buscó en los cuidados un elemento a la vez unificador y universal que pudiese integrarlos y lo encontró en un concepto muy extendido en su época gracias a los trabajos

del antropólogo Ralph Linton y a los psicólogos Edward Thorndike y Abraham Maslow: el concepto de necesidad.

Desde estas aportaciones construye su concepto de “las 14 necesidades básicas” abordadas desde su doble carácter de universalidad y especificidad. Según V. Henderson las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. No obstante, estas necesidades universales serán satisfechas de forma diferente, particular, por cada individuo; y además, interactuarán entre ellas irremediablemente. De esta forma, Henderson situará la función prioritaria de la enfermera en el enfermo, no en la enfermedad (Wesley, 1997).

Según Henderson los cuidados consisten en ayudar a las personas enfermas o sanas en las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales y restablecer la independencia (la satisfacción de las 14 necesidades) lo antes posible. Siendo los modos de intervención que para ello utiliza la enfermera: reemplazar, completar, sustituir, añadir o reforzar en las tres áreas de dependencia reconocidas por Henderson: Conocimientos, fuerza o voluntad.

#### **1.1.2.4. Dorotea Orem: teoría del déficit de autocuidado en enfermería**

Su primera visión sobre el autocuidado y sobre las razones por las que una persona necesita de una enfermera surgió en unos años en los que Orem trabaja en la Administración de servicios de enfermería para el Departamento de Salud del Estado de Indiana. De estos años y como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales, surge primero la reflexión y después el resumen de las “razones por las que las personas necesitan de la ayuda de las enfermeras”, lo que permitió a Orem formular su concepto de Enfermería (Allgood & Marriner-Tomey, 2011).

Para explicar por qué las personas necesitan de las enfermeras Orem expone (Orem, 1993):

- Primero, que toda persona tiene unas exigencias, requisitos o “necesidades” de autocuidado; unas necesidades de autocuidado que pueden ser de tres tipos: 1) requisitos de autocuidado universal; 2) requisitos de autocuidado del desarrollo, que se derivan de las distintas etapas de la vida; y 3) requisitos del autocuidado cuando falla la salud, comunes en las personas que están enfermas y para los que existe un diagnóstico y un tratamiento médico.
- Segundo, que toda persona tiene capacidad para llevar a cabo acciones de autocuidado y de cuidado dependiente; entendiendo por autocuidado “lo que la persona hace (prácticas) de forma intencionada para mantener su vida, su estado de salud, desarrollo y bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad”.

Además, y esto es fundamental, estas prácticas se aprenden en la comunidad, en su contexto sociocultural.

- Y tercero, que la enfermedad y muerte se produce porque los autocuidados faltan y no satisfacen los requisitos de autocuidado.

Por tanto, los cuidados enfermeros consistirán, según Orem, en ayudar y/o completar a la persona en aquellas situaciones en la que la actividad de autocuidado (las capacidades de la persona, unas capacidades adquiridas en sociedad) no sirve o no resulta adecuada para satisfacer, en parte o en la totalidad las necesidades o requisitos de cuidado.

El marcado carácter contextual (aprendido) del concepto de autocuidado acerca, de nuevo, la enfermería a la vida de las personas.

#### **1.1.2.5. Hildegarde Peplau: teoría sobre las relaciones interpersonales**

Es una de las primeras teóricas de la enfermería después de Nightingale. Sus opiniones e ideas, su trabajo, permitieron un desarrollo importante para la enfermería en un momento en el que la medicina dominaba la atención sanitaria en América (EEUU.).

Las grandes aportaciones de Peplau tienen que ver con las ciencias conductuales. Ellas, la teoría psicoanalítica de Freud, los principios del



aprendizaje social de Miller, el concepto de motivación humana de Maslow y el de desarrollo de la personalidad de Sullivan, conducen a Peplau a situar las relaciones interpersonales entre paciente y enfermera como el núcleo central de su teoría y, por extensión, de la enfermería; y le permiten identificar en qué consiste la actividad de las enfermeras: enseñar a los pacientes cómo experimentar sus sensaciones y averiguar con ellos el modo de asimilarlas (Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

La enfermería es así, para Peplau, “un proceso terapéutico interpersonal” (= relación terapéutica), una relación humana entre una persona enferma o que tiene necesidad de ayuda y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda, obteniéndose de dicha relación un beneficio para ambas” (Wesley, 1997).

En este proceso, la enfermera utiliza el método del aprendizaje experiencial, de forma que utiliza la experiencia del paciente como base, para estimular las habilidades del mismo para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable y el desarrollo de su personalidad.

Pero Peplau también dirá que el aprendizaje de cada paciente no sólo depende de sus experiencias sino que también es diferente según el tipo de persona que sea la enfermera, ya que es la enfermera, a través de su personalidad, quien guía los resultados del aprendizaje. Por eso Peplau define la enfermería como enfermería psicodinámica, que consiste en ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten en su situación actual y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en la experiencia (en la vida), de manera que pueda integrar su vivencia en lugar de disociarla de otras experiencias de su vida (Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

Con esta propuesta, Peplau ha contribuido especialmente a la enfermería psiquiátrica ya que en ésta es de vital importancia, al trabajar con personas que tiene problemas psicológicos, desarrollar el proceso interpersonal, pero no debemos olvidar (como dice ella) que: “cualquier persona, en cualquier relación interpersonal, en cualquier vertiente de la vida

puede aplicar los principios presentes en esta teoría” (Alligood & Marriner-Tomey 2011).

#### **1.1.2.6. Imogene King: teoría de la consecución de objetivos**

King basa su teoría en las ciencias de la conducta (como Peplau) y la teoría general de sistemas, integrando así en su marco conceptual los sistemas personal, interpersonal y social como “todos organizados” en los que se espera que las enfermeras ejerzan su profesión.

Considera el cuidado como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción, transacción y retroalimentación en el que la enfermera ayuda al individuo a mantener su salud para que este pueda seguir desempeñando sus roles de forma apropiada, lo cuida en la enfermedad y lesión, o lo ayuda a morir (Wesley, 1997).

En esta interacción, la enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones. Pero además, King llama la atención sobre la necesidad de que enfermera y paciente compartan información sobre sus percepciones, pues estas percepciones influyen en la relación: Si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo se producirá una transacción (se alcanzan las metas, se alcanza un crecimiento y desarrollo); mientras que si resulta un rol conflictivo se producirá estrés (Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

Es importante señalar que el marco de King ha conducido a la elaboración de grandes teorías y teorías de nivel medio tanto por parte de King como de otros investigadores que se han apoyado en sus trabajos.

#### **1.1.2.7. Callista Roy: modelo de la adaptación**

Callista Roy propone la adaptación como el marco más apropiado para encuadrar la enfermería. Con la teoría de la adaptación de Helson como base, a la que posteriormente enlaza la teoría de los sistemas, Roy define a la persona como un sistema adaptativo. Es decir, como un conjunto de partes

interrelacionadas, que funcionan como un todo a través de la interdependencia de las mismas, para cumplir un objetivo, en este caso: la adaptación a los cambios del entorno (Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

Además, dice que para adaptarse al entorno y lograr sus objetivos individuales (la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y el desarrollo), la persona ha de mantener la adaptación en cuatro "modos adaptativos": necesidades fisiológicas, autoconcepto, función según los roles y relaciones de interdependencia.

Respecto a cómo conseguir la adaptación a los cuatro modos, Roy dirá que se consigue poniendo en marcha dos tipos de "mecanismos de afrontamiento": 1) mecanismos reguladores, o procesos biológicos que regulan las necesidades fisiológicas; y 2) mecanismos cognitivos, funciones cerebrales superiores como la percepción, el procesamiento de información, el aprendizaje a partir de experiencias anteriores, el juicio y la emoción que regulan el autoconcepto (modo adaptativo en el que Roy reúne los aspectos psicológicos y espirituales); y la función de rol y la interdependencia (en el que se recogen los aspectos sociales de la persona) (Wesley, 1997).

Con Roy, se produce una diferencia respecto a las autoras anteriores. El núcleo central de su teoría, no son ya las relaciones interpersonales entre paciente y enfermera sino la relación entre la persona y el entorno.

Por tanto, Roy propone intervenir en el entorno: en los estímulos focales (aquellos a los que la persona hace frente inmediatamente) y en los estímulos contextuales (todos aquellos presentes en la situación), con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.

#### **1.1.2.8. Martha Rogers: seres humanos unitarios**

En líneas generales, se admite que el modelo de enfermería de M. Rogers es eminentemente filosófico y que tiene unas ideas muy avanzadas. Influido por la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy, la teoría de la relatividad de Einstein, la organización del campo electrodinámico de Burr

y Northrop, así como la concepción de ser humano en estrecha unión con la naturaleza de Nightingale, Roger reconoce a la persona como un sistema abierto que no cesa de cambiar; y utiliza la hemodinámica para describir la naturaleza y la dirección de este cambio de la persona y también del entorno (Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

Así, Rogers habla (pe.) de integridad (el primero de sus principios homeodinámicos) para hacer referencia a la interacción constante que se produce entre el hombre y entorno, que hace que los cambios se produzcan en el mismo momento y de la misma forma en ambos campos (persona y entorno).

Del mismo modo, habla de resonancia, el segundo de sus principios, para hacer referencia a la complejidad creciente de ambos campos.

Y, por último, utiliza el principio de la helicidad para expresar la diversidad también creciente, aunque probable de ambos campos (es decir, diversidad sujeta a las leyes de la probabilidad, lo que permite las intervenciones).

De acuerdo con estos principios, el objetivo de la enfermería para Rogers se define como: ayudar a los individuos que presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía o irregularidad en su interacción con el entorno a alcanzar su máximo potencial de salud (Wesley, 1997).

#### **1.1.2.9. Madeleine Leininger: los cuidados culturales**

Madeleine Leininger centra sus ideas en las diferencias culturales como elementos fundamentales de la salud de las personas. Leininger se basa en que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás.

Leininger anima a obtener así un conocimiento émico, o interno, fundado sobre las personas o las culturas, al considerar que esta clase de conocimiento es más creíble; aunque también reconoce la utilidad del conocimiento ético o exterior.

Para Leininger, cuidar requiere de la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura del cliente. Se refiere de este modo Leininger a los cuidados como “acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o afrontar la muerte”. Para lo cual, la enfermera utiliza tres modos de acción: preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.

Muchos profesionales actuales de todo el mundo están usando la teoría de los cuidados culturales y utilizando la etnoenfermería como método para analizar la teoría. A este respecto, simplemente reforzar las palabras de Leininger cuando afirmaba que “la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos” (Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

**En resumen...** Hernández Yáñez resume esta ideología en unos pocos elementos identitarios en su magnífica descripción “para un profano en la disciplina” (Hernández Yáñez, 2010):

1. Unas bases filosófico-antropológicas sobre la persona, en un contexto de fuerte prevención contra los excesos biologicistas.
2. [...] Unas prácticas relacionales [...] especialmente articuladas en torno a la relación de ayuda.

O aún más resumidamente: la opción por la vida de las personas, como objeto de estudio; y la acción relacional, como forma de intervención.

#### **1.1.2.10. A pesar de todo, la heterogeneidad doctrinal de la Enfermería**

No obstante, sería injusto terminar este repaso al conocimiento enfermero haciendo creer en la existencia de una homogeneidad doctrinal.

Por muchos que hayan sido los modelos creados, no ha surgido un cuerpo de conocimientos propio.

Algunos autores (Arslanian-Engoren et al, 2005) relacionan esta situación con un hecho: “La demanda de un cuerpo de conocimientos único, y claramente articulado, nunca ha resultado una demanda manifiesta en Enfermería. [...] Ni siquiera nos hemos dado cuenta de que sin él, las enfermeras no hacemos sino interpretar lo que otras disciplinas han venido a decir, dependiendo de otros para ser legitimados y guiados”.

Esto no quiere decir que debemos seguir creando más visiones sobre la enfermería basadas en modelos teóricos sobre lo que la enfermería debería ser. La perspectiva actual parte de un punto de vista más pragmático: estudiar la actividad enfermera.

En este sentido, Hernández-Conesa ya nos apuntaba en 2003 que era necesario, por parte de la enfermería profesional, la descripción de relatos densos en sus registros profesionales, “con clara intencionalidad de configurar, a través de la abstracción, un bagaje conceptual, de forma que todo ello suponga, de una parte, la utilización o creación de conceptos que irán dando lugar a términos, constituyendo un lenguaje propio y específico, y, por otra parte, le permitirá hacerse preguntas efectivas en torno al significado de los fenómenos [...] y si tales fenómenos son propios o no”.

Allen (2007) nos propone algo similar: dirigir nuestros esfuerzos hacia una opción metodológica, los estudios etnográficos; entendiendo que no sólo son buenos para descubrir las prácticas reales en su contexto [y revelar, así lo que las personas hacen realmente], sino también para desvelar aquellos aspectos del trabajo que permanecen ocultos a la vista porque no existe una terminología disponible para describirlos.

## **1.2. Teoría y métodos en Enfermería**

En el comienzo de esta tesis se ha definido la Enfermería como área de conocimiento y se ha descrito cómo la Enfermería ha articulado este conocimiento en torno al concepto de vida o experimento vital.

Ninguna de estas proposiciones es gratuita, aunque sí cuestionable, y así lo haremos a lo largo de este capítulo. Pero, antes de proceder a su crítica, expondremos los argumentos sobre los que se fundamentan.

Para comenzar, fundamentaremos la existencia de la Enfermería como área de conocimiento.

### **1.2.1. La cuestión de la enfermería como área de conocimiento**

A este respecto, y como dice Edwards & Liaschenko (2003) es difícil defender sin vacilación la existencia de un conocimiento enfermero formal, porque la Enfermería es, fundamentalmente, conocimiento práctico; y las teorías son expuestas, o expresadas, en proposiciones (un tipo de conocimiento, el proposicional, que difiere mucho del conocimiento práctico). Por tanto, “hablar de teoría enfermera” puede resultar conflictivo dependiendo de las posiciones adoptadas.

Para solventar (o eludir) el conflicto, Edwards & Liaschenko (2003) argumenta la existencia de teoría enfermera en la existencia de normas que definen las buenas y malas prácticas de la Enfermería, es decir, teoría enfermera como compendio de medios y fines de la Enfermería. Esta propuesta es apoyada por otros autores como Kikuchi (2004) para el que la teoría de la Enfermería también consistiría en un compendio que, en este caso, Kikuchi califica como compendio de principios filosóficos enfermeros prácticos.

Sin embargo, otros autores consideran innecesaria esta argumentación elusiva. La Enfermería es una disciplina humanista y, por tanto, no ha de ser enfocada como una ciencia en el sentido estricto de las ciencias naturales (Drummond, 2009; Maclean, 1992; Weaver & Mitcham, 2008). Su objetivo primordial no es investigar problemas científicos sobre los que establecer un conocimiento universal certero e inamovible, sino encontrar la mejor manera de aprovechar principios y conocimientos científicos para resolver problemas prácticos.

Y finalmente, en esta secuencia argumental cada vez más aperturista, otro grupo de autores, representados por Mason (2009), van a sugerir que lo importante de una disciplina (más allá de la construcción de proposiciones formales) no es sino “ser útil” desde el punto de vista social (figura 1.1).

**Figura 1.1. Argumentos para la consideración de la Enfermería como disciplina**

Argumentos
Conocimiento universal / Compendio de normas
Ciencia social
Utilidad social

En cualquier caso, la consideración de la Enfermería como disciplina, o su definición como disciplina humanista o científica, siguen siendo objeto de continuos y, a veces, obsesivos debates.

Más consenso existe, en cambio, sobre los elementos característicos de la disciplina enfermera. A este respecto, se han descrito como elementos fundamentales de la disciplina enfermera:

1. La complejidad.

Matizado o, mejor dicho, remarcado el carácter práctico de la Enfermería, autores como Mason (2009) subrayan la necesidad de que una teoría de la Enfermería pueda acomodar la complejidad de las experiencias particulares, ya que resulta difícil definir de manera universal la realidad, en general, y el ser humano, en particular, sin dañar todas las diferencias derivadas de las creencias filosóficas, religiosas o culturales tan importantes para la Enfermería.

2. La interacción.

Otro elemento que debe acomodar, sin duda, una teoría enfermera es la interacción; ya que, analizando los múltiples escritos de numerosas enfermeras puede comprobarse la existencia de esta constante: la Enfermería consiste, y siempre lo ha hecho, en una dedicación



consciente a la relación con el paciente (Betts 2005; Bradshaw, 1995; Castledine, 2004; Cody, 2003b; McCance et al, 1999; Rolfe, 1999).

La relación ha sido considerada el fundamento de la Enfermería (Hartrick, 1997), e incluso un imperativo moral para entrar en contacto con los pacientes (Hartman, 1998).

### 3. La proximidad.

Porque además, la Enfermería ha puesto el énfasis en el desarrollo de una relación cercana (professional intimacy) con el paciente (Aldridge, 1994; Luker, 1997). De hecho, el valor de la Enfermería se ha descrito como inversamente proporcional a su distancia al paciente (Baer & Gordon, 1994). Algunos autores han llegado a identificar a las enfermeras como compañeras de viaje de los pacientes (Halldórsdóttir & Hamrin, 1997).

En cualquier caso, más allá de la intención de confeccionar un listado exhaustivo de los elementos que componen la disciplina, lo cierto es que, como señala Weaver & Mitcham (2008), la Enfermería se ha diferenciado como profesión basando su disciplina en el humanismo (Norris, 1982a, citado en Weaver & Mitcham, 2008) y, más concretamente, en el interés por comprender las experiencias de salud y enfermedad de las personas.

#### 1.2.2. Enfermería y la experiencia de la salud

Una vez argumentada la existencia de la Enfermería como campo de estudio, justificaremos nuestra propuesta de situar la experiencia de la salud como objeto de la misma, y situaremos dicha opción en el momento histórico en el que surge.

Como afirma Gracia (1987), “las democracias tienen por base el principio de que todos los hombres tienen unos derechos básicos e inviolables, y la salud es uno de esos derechos” Sin embargo, “la salud no ha sido un tema tan claro de preocupación para los colectivos humanos, ni para cultivarla ni para protegerla, como sí lo ha sido la enfermedad, tal vez porque se ha

identificado la salud con el silencio de los órganos, algo que pasa desapercibido”. Estas palabras de Serrano (1990) con las que introduce su libro “Educación para la Salud y Participación comunitaria” declaran, sin tapujos, la situación de la salud en la historia de la medicina.

Y así ha sido, de forma general, hasta principios del siglo pasado, momento en el que surgieron los grandes principios y objetivos de la Medicina Social. “Las tempestades políticas de naturaleza tan grave y profunda como las que afectan ahora la parte de Europa que piensa, conmoviendo todas las partes del Estado hasta sus cimientos, constituyen modificaciones radicales de la concepción general de la vida. Por supuesto, afectan también a la medicina, haciendo inaplazable una reforma radical (Virchow, 1907, citado en Serrano, 1990)”.

Desde entonces, comienza “a tener estructura y vigencia científicas el concepto de etiología social”; “[...] el enfermo ya no es sólo un caso clínico, es también un sujeto social” (Laín, 1986).

No obstante, no será hasta 1948, después de la segunda guerra mundial, cuando la salud, y la salud social, pasen a tener un protagonismo real. En 1948 se funda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y propone un concepto de salud en los siguientes términos: “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948).

A partir de entonces se produce un proceso de revisión en el que el concepto tradicional de salud (física) va siendo sustituido por un concepto cada vez más complejo en el que los componentes subjetivo y social adquieren cada vez más fuerza.

Luis Salleras definirá la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (Salleras, 1985).

Hernán San Martín escribirá que la salud es “un fenómeno psico-biológico-social dinámico, relativo, muy variable [...] [en el que] hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo

(capacidad para la función) y un tercero de tipo psicosocial (adaptación social del individuo)” (San Martín, 1982).

Pero, el componente social adquirirá su mayor grado con autores como Enrique Nájera que llegará a identificar la salud con “la capacidad social para gozar de la vida, para tener placer de vivir, para tener calidad de vida” (Nájera, 1992). Y qué decir de la subjetividad patente (por otro lado) de esta definición.

No obstante, a pesar de estas definiciones, con altos grados de subjetividad y componente social, la medicina sigue, a día de hoy, y si cabe, con más fuerza que nunca, enfocada a la objetividad de la biología.

Como dice Fritjof Capra en el Prólogo del libro “Tiempo, espacio y medicina” de Larry Dossey (2006) la práctica médica actual revela, al trasluz, el perfil de ciencia cartesiana: “De acuerdo con ella, la ciencia médica se ha limitado a intentar comprender los mecanismos biológicos implicados en las afecciones de las distintas partes del cuerpo [...] y, al proceder así, a menudo ha perdido de vista al paciente como ser humano”.

En cambio, la Enfermería ha acogido con una especial sensibilidad la preocupación por la salud y la biografía de las personas. Quizás haya sido tan sólo porque coincidió temporalmente con un momento en el que la Enfermería se da cuenta de la necesidad que tiene de definir el estatus y las funciones de la enfermera profesional (Medina, 2005). O tal vez porque, realmente, la Enfermería siempre ha estado más cerca de la vida (Collière, 1993).

Los cuidados, dirá Collière, encuentran su mayor significado en el “paso por la vida”. Y, en este paso por la vida, concretamente, en “vincularse a aquello que vive”, estimulando y facilitando las condiciones para su desarrollo (Collière, 1993). Collière lo expresa de una forma magistral, por su sencillez, en el siguiente párrafo:

“Los jardineros y los horticultores conocen y utilizan siempre esta diferencia entre “cuidados” y “tratamientos”. Cuidan las plantas para que crezcan, se desarrollen, florezcan, den frutos. Y cuando las plantas están afectadas por una enfermedad, las tratan utilizando

productos o algún medio encaminado a contener la enfermedad. No obstante, durante el tiempo del tratamiento, no se les ocurrirá dejar de cuidar esas plantas. Muy al contrario, redoblan atención y cuidados, porque el tratamiento no sabría reemplazar aquello que asegura las funciones vitales: beber, tener calor, luz, etc.; Del mismo modo que los cuidados no son suficientes ante la aparición de la enfermedad” (Collière, 1993).

El campo de los cuidados es, por tanto, todo lo que ayuda a vivir. Él es el que representa en esencia el campo de competencia enfermera.

Por su parte, Fernando Savater describía así los cuidados en unas Jornadas en conmemoración del nacimiento de Florence Nightingale (Savater, 2003).

“Los cuidados de Enfermería que los profesionales prestan a las personas tienen que ver mucho más con experimentos vitales y biografías de los seres humanos que con un procedimiento meramente técnico... no con la recuperación del funcionamiento mecánico de su organismo, sino más con la colaboración en la formación de un sentido poético-creativo que cada uno de nosotros estamos intentando darle a nuestra vida... Las enfermeras no hacen simplemente que la vida funcione, sino que la experiencia vital pueda ser protagonizada de una mejor manera por cada uno de sus protagonistas” (Savater, 2003).

Atendiendo a estas propuestas, podemos sintetizar el contenido de la teoría enfermera respondiendo a tres preguntas clásicas: el qué, por qué y para qué la Enfermería. No obstante, la tradicional pregunta por el cuidado sería, según nuestra propuesta, objeto de otra definición: la definición de los métodos (figura 1.2).

Figura 1.2. Teoría y método en Enfermería

Preguntas a las que responde la teoría y el método en Enfermería
<p>La teoría define:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– el qué, en nuestro caso, el experimento vital de la salud y la enfermedad.</li> <li>– el porqué, justificado, en nuestro caso, en la necesidad de ayuda.</li> <li>– el para qué, concretado en la recuperación de la competencia o protagonismo de la persona en sus experimentos vitales.</li> </ul>
<p>El método define:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– el cómo: lo que sería el cuidado.</li> </ul>

### 1.2.3. El cuidado como actividad de la enfermería

Una vez definido el objeto de estudio de la teoría, es posible definir la actividad y los métodos de intervención que sigue la Enfermería para su aplicación práctica.

Este es, sin duda, el aspecto que goza de mayor consenso. La actividad de la Enfermería es el cuidado.

Respecto a él, De Ruiter (2008) lo describe como una “suma equilibrada” del significado del término Enfermería en 3 idiomas: 1) inglés: amamantar, criar, entregarse; 2) holandés: preocuparse; y 3) alemán: mantener el jardín o huerto cuidado, ordenado, limpio. En definitiva, como un compendio de cualidades asociadas al esmero, la preocupación, la delicadeza, e incluso al cariño.

Aunque, si se quiere conocer de una forma más exhaustiva este concepto, habría que repasar los múltiples modelos teóricos que desde mediados del siglo pasado intentaron esclarecer qué hacen las enfermeras, por qué lo hacen, cómo lo hacen, etc. (Hernández-Conesa, 2003) en un intento de crear una definición universal del cuidado enfermero (figura 1.3).

Figura 1.3. Definiciones de cuidado

Definición
<p>“Ayudar a las personas enfermas o sanas en las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir ésta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible” (Virginia Henderson).</p>
<p>“Proceso terapéutico interpersonal” (= relación terapéutica) [...] entre una persona enferma o que tiene necesidad de ayuda y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda [...]” (Hildegard Peplau).</p>
<p>“[...] promover la interacción e integridad [...] entre la persona y el entorno para la realización de un máximo potencial de salud” (Martha Rogers).</p>
<p>“[...] la asistencia, el apoyo o la capacitación de personas o grupos que muestran necesidades [...] con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o afrontar la muerte” (Madeleine Leininger).</p>

No obstante, lejos de definiciones teóricas, uno de los conceptos más usados por muchos, y de manera general, para describir la Enfermería ha sido el concepto de *carin*; a pesar de que, como apunta Betts (2008), nunca surgiera como sinónimo de cuidado.

A este respecto, han sido muchos los autores que defienden el *carin* como un concepto fundamental en Enfermería (Bradshaw, 1995; Spengel & Kelly, 1992); incluso hay quien identifica *care* y *carin*. No obstante, y para ser sinceros, también han sido muchos los autores que se oponen explícitamente a que el *carin* sea Enfermería (Allmark, 1995; Barker & Reynolds, 1995); e incluso hay algunos que, como Paley (2002), lo encuentran “ridículo”.

En cualquier caso, y de acuerdo a nuestra idea de Enfermería como disciplina esencialmente práctica, consideramos su formulación, en términos de conducta, comportamiento o forma de actuar de la enfermera, mucho más procedente que las formales (y proposicionales) definiciones manejadas por los diferentes modelos anteriormente expuestos.

Sobre lo que supone este concepto, Brilowski. & Wendler (2005) intenta definirlo describiendo sus componentes o atributos (figura 1.4).

**Figura 1.4. Componentes o atributos propios del caring según Brilowski. & Wendler**

Componentes del Caring
Relación, en el sentido de estar mutuamente y recíprocamente interesados.
Acción, en términos de cuidado físico, contacto, presencia y competencia tecnológica.
Actitud, como sensibilidad hacia la vida, preocupación, honestidad, autenticidad, implicación, escucha, respeto, etc.
Aceptación, de la perspectiva del paciente; y
Variabilidad, entendiendo que el cuidado es fluido, maleable y cambiante, dependiente de las circunstancias y el entorno que envuelve a las personas.

Brilowski. & Wendler (2005)

En cualquier caso, que nuestra definición del cuidado no sea sino una propuesta (la de caring) o una opción entre posibles y múltiples alternativas, no evidencia sino un hecho: “aunque hace ya muchos años que se introdujeron las primeras teorías enfermeras, no existe un consenso definitivo sobre la definición de cuidado; como tampoco lo existe sobre los componentes del cuidado o el proceso de cuidar (Frazee, 2011)”.

#### **1.2.4. Métodos utilizados por la enfermería para la práctica de su actividad**

Respecto al estudio de los métodos de la Enfermería, va a ser un apartado que se atenderá extensamente y en el que describiremos, de la

forma más pragmática posible, cómo las enfermeras (y pacientes) perciben, piensan, valoran, eligen y, finalmente, actúan en la práctica (figura 1.5).

**Figura 1.5. Métodos utilizados por la Enfermería para la práctica de su actividad**

Métodos para la práctica
1. Estar presente.
2. Percibir con mirada amplia.
3. Prestar atención a lo cotidiano.
4. Mirar con los ojos del otro.
5. Deliberar y advertir las emociones.
6. Dialogar.
7. Valorar el deseo o voluntad de autodeterminación del paciente.
8. Informar al paciente.
9. Utilizar un estilo integrador en la toma de decisiones clínica.
10. Transmitir competencia.

#### 1.2.4.1. Estar presente

En cualquier caso, y reconocidas posibles incongruencias, el hecho de que la enfermera sea el profesional que está al lado de la cama la convierte en el profesional idóneo para conocer las necesidades únicas del paciente (Corbin, 2008).

Conocer la individualidad de cada caso sólo es posible pasando tiempo con él y conociéndolo (Liaschenko & Fisher, 1999), compartiendo, de manera íntima, la experiencia de la enfermedad por la que está pasando el paciente: “el viaje del paciente a través de su enfermedad” (Walker, 1998, citado en O’Keefe-McCarthy, 2009).

Pero la presencia debe ser entendida como algo más que encontrarse “delante de otra u otras personas o en el mismo sitio que ellas (RAE)”. La presencia es “un intercambio holístico y recíproco entre la enfermera y el



paciente que supone una conexión sincera y una preocupación por la experiencia humana” (Hessel, 2009) (figura 1.6).

**Figura 1.6. Componentes o atributos básicos de la presencia descritos por Hessel**

Componentes de la presencia
Escucha.
Intimidad y proximidad.
Atención.
Espiritualidad.

Hessel (2009)

Otras definiciones similares son la de Pettigrew (1990), que describe la presencia como una forma intersubjetiva de estar-allí y compartir la experiencia del otro; Mohnkern (1992), que la define como un espacio para compartir emociones significativas en el que enfermera y paciente crecen durante el viaje de la vida; Fuller (1991), que la identifica con un proceso terapéutico de compartir entre enfermera y paciente durante la experiencia de enfermedad y sufrimiento; y por último, otros tantos autores más, que la definen como un recurso o proceso terapéutico dirigido a encontrar el significado de la experiencia de enfermedad, (Boykin & Schoenhofer, 1993; Dombeck, 1991; Eriksson, 1992; Green-Hernández, 1991; Ray, 1994; Swanson-Kauffman, 1991).

No obstante, a veces resulta más fácil describir los conceptos que definirlos. Para hacerlo, retomaremos a Hessel (2009) cuando habla de elementos co-sustanciales a la presencia. Para Hessel la presencia consta de:

1. Escucha, una escucha que silencie los pensamientos propios para dejar hablar al paciente sin interrupciones, sin juicios ni consejos. Por tanto, la escucha se sitúa, según Hessel (2009), por encima del consejo. No importa cuánto informe o haga la

enfermera, lo importante es que la enfermera absorba y escuche (Leenerts, 2006; Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005).

2. Intimidad y proximidad, como espacio que facilite la expresión. Comunicarse, y hacerlo entre iguales, requiere una atmósfera positiva (Jarret & Payne, 2000) y un sentimiento de proximidad. Las enfermeras han sido, tradicionalmente ejemplo de ello. De hecho, diversos autores (Baer & Gordon, 1994) han llegado a describir el valor de la Enfermería como inversamente proporcional a la distancia al paciente.
3. Atención focalizada al otro. Ponerse en el lugar del otro. Entender las necesidades únicas del otro. Porr (2005) propone a este respecto dos elementos clave: un deseo de comprensión de la alteridad y una comunicación basada en la verdad.

Respecto a la comprensión del otro, consiste, según Habermas (2001, citado por Porr, 2005), en ir bajo la capa superficial de lo que expresa la otra persona.

En cuanto a la comunicación verdadera, consiste, simplemente, en presentar con asertividad los puntos de vista, y acompañarlos, a ser posible, de algún tipo de explicación (Porr, 2005).

4. Espiritualidad, entendida como aquella conexión que se produce entre dos seres (enfermera y paciente) gracias al tiempo que pasan juntos y a la familiaridad derivada de este contacto (Gramling, 2004).

Además, como dicen Lykkeslet & Gjengedal (2006), es algo permanente, presente en cualquier momento que la enfermera pasa con el paciente.

Si repasamos este listado de características o elementos, entendemos por qué algunos autores entienden los conceptos de presencia y caring (descrito anteriormente) como algo muy cercano. Incluso intercambiable. De hecho, autores como Covington (2003) propone el concepto de “caring

presence” (presencia cuidadora), definido como una experiencia interpersonal de conexión dentro de una relación enfermera-paciente que implica compartir con el otro e intentar descubrir el significado de las experiencias de salud y enfermedad (Covington, 2003).

El concepto de presencia, de estar presente, va a ser, por tanto, fundamental en cualquier estudio que pretenda analizar el concepto de cuidado.

#### **1.2.4.2. Percibir con mirada amplia**

El conocimiento del paciente consiste en algo más que conocer el recipiente en el que se realizan intervenciones (Liaschenko & Fisher, 1999). Supone saber qué piensa, qué siente, cómo se ve. De hecho, numerosas autoras enfermeras han situado la gestión de los aspectos emocionales o afectivos como uno de los aspectos más importantes en la práctica enfermera (Skilbeck & Payne, 2003).

Pero, en realidad, poseer una mirada amplia supone algo más que considerar las emociones del paciente, se trata de adquirir un compromiso con el conocimiento y la práctica holística; es decir, entender que el cuerpo, la mente y el espíritu son inseparables, interdependientes, y que deberían ser considerados todos en el cumplimiento del cuidado del paciente (Mariano, 2001).

Dicho compromiso ha sido ampliamente adquirido por la Enfermería de los últimos 60 años (Cody, 2003a; Cook & Cullen, 2004; Cumbie, 2001; Engebretson, 2002). De hecho, algunos autores (Betts, 2005) llegan a señalar la perspectiva holística como elemento diferenciador de la Enfermería frente a otras ciencias y profesiones sanitarias, como por ejemplo, las ciencias biomédicas. Otros (Galvin, 2010) llegan incluso a otorgar a la Enfermería la responsabilidad de compensar el enfoque biomédico hegemónico en nuestros actuales sistemas sanitarios.

### 1.2.4.3. Prestar atención a lo cotidiano

En este sentido, Pearce et al. (2009) propone que la acción de las enfermeras en los sistemas sanitarios sea “una colonización del sistema por el mundo vital”. Esta propuesta de Pearce et al. es una clara alusión a las ideas de Habermas (1987), que hablaba de la colonización del mundo vital por el sistema. Pero, en este caso, Pearce et al. invierten los términos para realzar la labor de las enfermeras en las frías instituciones sanitarias. Es decir, según Pearce et al., las enfermeras habitan en un sistema, nuestros sistemas sanitarios, y practican en ellos una acción estratégica (acorde con el sistema); pero es gracias a ellas, y a la comunicación que mantienen con los pacientes, como el mundo de la vida de éstos entra en el sistema institucional.

A partir de esta idea de preocupación por el mundo de la vida, autores como Hinds (2011) proponen ampliar la Enfermería a “lo ordinario”. Lo ordinario suena pequeño, pero puede ser el elemento más gráfico de todo lo bueno que las enfermeras ofrecen en sus cuidados a las personas. Sólo a partir de lo ordinario se puede reconocer a lo extraordinario como tal, dice Hinds. Por eso, va a defender lo ordinario.

Pero, para entender claramente de lo que estamos hablando, nada más gráfico que un relato de Hinds (2011) en el que describe el caso de una niña adolescente “sometida” a quimioterapia a la que preocupaba su aspecto físico en relación con las demás niñas. Ambas, enfermera y niña, repararon en que lo único que la niña conservaba “normal” eran las uñas. Ambas pasaron un buen rato charlando sobre este tema; y desde entonces, la niña siempre la recordó como aquella enfermera con la que tuvo aquella conversación sobre sus uñas. Resulta extraordinaria la importancia que un paciente puede darle a algo tan ordinario como una conversación sobre las uñas.

En este sentido, también hace referencia a un artículo en el que se llevaron a cabo conversaciones con padres de niños muy enfermos de cáncer, o incluso de niños ya fallecidos, sobre las decisiones que se tomaron en el transcurso de la enfermedad y el tratamiento, para así estudiar cómo podrían las enfermeras ayudar mejor en el futuro. Hinds (2011) relata cómo uno de

ellos recordaba como lo más reconfortante durante el tratamiento y más tarde la muerte de su hijo el hecho de que una enfermera le dijera: "Eres un buen padre". Palabras ordinarias que se convierten en extraordinarias para una persona en un momento dado. Todo se resume en la conexión que se crea entre esas dos personas.

#### 1.2.4.4. Mirar con los ojos del otro

Pero además, lo cotidiano tiene un carácter que es importante recordar: siempre está referido a alguien. Lo cotidiano es cotidiano para alguien. Por tanto, en esta secuencia de preocupación enfermera por lo emocional, y más allá de lo emocional, por la persona como un todo, que tiene un mundo vital propio y extraordinario, no debemos olvidar mirar con sus ojos.

En los últimos tiempos, se ha hecho un énfasis especial en la consideración el punto de vista del paciente y en la armonización el punto de vista profesional con el punto de vista del paciente, incluso cuando ambos parecen difíciles de conciliar (Stevenson et al, 2005); y en este sentido, las enfermeras han sido, tradicionalmente, las encargadas de dar cabida a la perspectiva particular del paciente; las encargadas de incluir las necesidades específicas de las personas; o como dice Bartholome (1992, citado por Leenerts 2006), de entender las necesidades únicas del paciente.

De hecho, la materialización de esta preocupación por la perspectiva particular del paciente tiene nombre enfermero, es lo que muchas enfermeras han venido a llamar cuidados individualizados.

Pues bien, si aceptamos esta identificación de cuidados individualizados y perspectiva del paciente, los beneficios asociados a la incorporación de la perspectiva del paciente en la asistencia son muchos, tanto en términos de satisfacción del paciente con los cuidados (Ruggeri et al, 2003) como en términos de calidad de vida (Richards et al, 2001; Suhonen et al, 2007a), autonomía (Hwang et al, 2006; Proot et al, 2000; Suhonen et al, 2007a), motivación y satisfacción de la enfermera (Lake & Friese, 2006; Tellis-Nayak, 2007), etc.

No obstante, resulta interesante señalar que esta identificación no es del todo perfecta, pues diversos estudios sugieren que enfermera y paciente no siempre perciben la individualización de la misma forma; y que los cuidados individualizados no siempre son individualizados desde el punto de vista del paciente (Anderson et al, 2003; Attree, 2001; Barry et al, 2001; Suhonen, 2011).

#### **1.2.4.5. Deliberar y advertir las emociones**

Pensar en la clínica supone una forma específica de pensar. A este respecto, Thurmond (2001) nos alerta de una característica fundamental: el pensamiento clínico supone reconocer las situaciones en salud como situaciones multidimensionales y no como situaciones lineales.

Las razones para ello son varias: Primero, porque supone reconocer habilidades, conocimientos, experiencia, sentimientos y creencias propias; segundo, porque supone saber qué parte de uno mismo ha de ser aplicada para llegar a realizar la acción más adecuada a una determinada situación; y tercero, y fundamental, porque supone incorporar la realidad del paciente y todo lo que le rodea (Thurmond, 2001).

En el mismo sentido, Gracia (2001), describe el pensamiento clínico como un proceso de deliberación que “exige la escucha atenta [...], el esfuerzo por comprender la situación objeto de estudio, el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario (Gracia, 2001)”

Pensar en la clínica representa, por tanto, un acto racional pero también moral, influido por innumerables circunstancias. Pero además, el pensamiento clínico no puede evitar reparar en las reacciones emocionales (Baur et al, 2012; Huynh, Alderson & Thompson, 2008; Sumner, 2010).

Que enfermera y paciente necesiten mostrar y reconocer sus emociones es un tema ampliamente estudiado. Baste recordar la Enfermería psicodinámica de Peplau para entender que las enfermeras deben estar abiertas a sus propias emociones; o releer los múltiples estudios que nos recomiendan fortalecer las destrezas psicológicas, en este caso, de pacientes y otros miembros de la familia para obtener resultados de salud más positivos (Cuevas, 2008).

Está comprobado como el fatalismo, la impotencia y la morbosidad psicológica se relacionan con resultados negativos en salud (Palmer & Taylor, 1999); mientras que la intimidad, la comunicación abierta, la incorporación de revelaciones selectivas y la flexibilidad lo hacen con resultados positivos (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001).

Por tanto, el pensamiento en Enfermería debe ser contextualizado, deliberado y “emocionalmente controlado”.

#### **1.2.4.6. Informar al paciente**

Valorada la autodeterminación del paciente, Nordgren & Fridlund (2001) describen cómo los pacientes que desean su autodeterminación también desean sentir el apoyo de la enfermera. En este caso, como dice Madder (1997), basta con proporcionar información al paciente.

A este respecto, algunos autores han señalado como el manejo de la información descansa sobre tres pilares básicos: qué decir, cómo decirlo y cuándo decirlo (Wainstein, 1997); y, aunque sobre cualquiera de estos aspectos podríamos verter páginas, preferimos ser sintéticos para señalar que:

1. El contenido del qué no puede ser otro que la verdad.
2. Existen dos maneras respecto al cómo: oral y escrita; y siempre será preferible la primera.
3. El cuándo de la información es siempre, pues la información debe incluir todas las situaciones cambiantes que conlleva el proceso de salud y enfermedad.

No obstante, la entrega de información resulta un proceso más complejo del que, por síntesis, hemos descrito, pues informar implica, primero, dejar tiempo para el debate (Jewell, 1994; Redfern, 1996; Wiens, 1993), pues la información nunca debe ser una actividad impositiva; y segundo, aceptar las decisiones del paciente (Moughton, 1982), pues, como demuestran diversos estudios, estas decisiones no siempre coinciden con las tomadas por el profesional. De hecho, el estudio de Norgren & Frilund (2001) demuestra cómo los pacientes habrían tomado decisiones diferentes si hubiesen tenido información al respecto.

En definitiva, el manejo de la información al paciente, más allá de una técnica, responde siempre a una ideología. La nuestra, siguiendo a Wainstein (1997) puede sintetizarse en cuatro conceptos básicos: veracidad, confiabilidad, estimular la confianza y evitar la agresión.

#### **1.2.4.7. Dialogar**

La enfermera tiene que estar abierta al diálogo. El diálogo, como la escucha, es una pieza clave para obtener resultados en forma de salud (Leenerts, 2006). Baur et al (2012) afirman que la acción comunicativa real entre pacientes y profesionales exige un compromiso con el diálogo. De hecho, autores como Jonsdottir, Litchfield & Pharris (2004) o Ledesma (2011) describen la Enfermería como un proceso de colaboración profesional, centrado en el diálogo entre la enfermera y el paciente.

En cuanto a las características de este diálogo, diversos autores (Liaschenko & Fisher, 1999; Quan et al, 2006) apuntan la necesidad de combinar en el mismo tanto el discurso dominante de las instituciones como la situación personal del paciente.

Pero además, esta combinación de discursos debe cumplir una serie de condiciones. Martin (1998), de acuerdo con Habermas (1987), describe la situación ideal de diálogo como una situación que requiere de tres condiciones:



1. Similares derechos, lo que significa que ambas partes tengan las mismas oportunidades para iniciar el diálogo y voz en cualquier parte del proceso.
2. Ausencia de privilegios en los roles, lo que supone eliminar del diálogo la jerarquía establecida en el ambiente de trabajo y el estatus.
3. Libertad, lo que conlleva eliminar del diálogo cualquier aspecto que restrinja o coaccione la comunicación en igualdad de condiciones.

Otros autores, como Bezreh et al. (2012), hablan de concordancia para referirse a esta situación ideal de diálogo; y señalan cualidades similares para caracterizar este diálogo. La situación ideal de diálogo necesita, para este autor, ser abierta, honesta, informativa, bidireccional y, sobre todo, igualitaria.

1. Abierta y honesta porque la enfermera ha de ser auténtica en su comunicación con el paciente. Verdad, sinceridad y legitimidad, los tres principios habermasianos de la mutualidad intersubjetiva, deben ser elementos clave del diálogo con el paciente (Porr, 2005). No podemos olvidar que la confianza es fundamental para la participación (Barnes, 2008).
2. Informativa y bidireccional, porque la enfermera necesita transferir su conocimiento al paciente, pero también necesita estar atenta a la información emitida por el paciente (Sahlsten et al., 2007).

Como dicen Sumner & Fisher (2008), la práctica de la Enfermería es una comunicación bidireccional en la que la información fluye en los dos sentidos y en la que cada uno tiene un efecto en la interacción.

3. Por último, la comunicación debe ser igualitaria; y en este sentido, enfermera y paciente deben negociar, con honestidad,

unas normas de comunicación ideal que transformen la relación entre el experto-dominante y el cliente-pasivo en una interacción carente de diferencias de poder (Sumner & Fisher, 2008).

Un último estudio, realizado por Sahlsten et al. (2007), sitúa el concepto de mutualidad en la negociación como la categoría central para explicar la posición de las enfermeras en el diálogo. No obstante, Sahlsten et al. repiten cualidades ya señaladas por Bezreh et al. (2012) o Martin (1998) como las de intimidad, sensibilidad al otro, contacto o interacción dinámica entre iguales.

#### **1.2.4.8. Valorar el deseo o voluntad de autodeterminación del paciente**

Existe la tendencia general a pensar que la participación es buena para todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud incluye la participación del paciente no sólo como un derecho sino como un deber (OMS, 1979); un aspecto que, posteriormente, ratificará cuando publique que “la participación no sólo será deseable sino necesaria desde el punto de vista social, económico y técnico” (OMS, 1984). Las instituciones, por su parte, favorecen la visión del paciente como cliente, algo que le está otorgando cada vez más voz en los procesos de cuidado (Jones, Baggott & Allsop, 2004). Y, por último, son muchos los estudios que describen cómo, desde la perspectiva del paciente, sentirse parte del proceso es muy valorado (Waterworth & Luker, 1990); o cómo la empatía y el respeto por el paciente a la hora de tomar decisiones se traduce en mayor satisfacción del paciente y mayor predisposición a seguir el tratamiento (Squier, 1990); o que los pacientes se sienten indefensos sin la información adecuada (porque el conocimiento es poder) (Norgren & Frilund, 2001).

No obstante, lo cierto es que este supuesto, que la participación es buena para todo el mundo, crea dificultades en la práctica. Estudios como el de Larsson et al. (2007) resaltan cómo la participación no depende sólo de las instituciones [o los profesionales] sino también de factores internos al paciente; y hay pacientes que no desean tomar partido en las decisiones.

En unos casos, esto ocurre porque aceptan y confían en el cuidado que se le ofrece (Norgren & Frilund, 2001; Waterworth & Luker, 1990); otros pacientes no quieren formar parte de su propio tratamiento porque ven el proceso como algo muy complejo (“un mar de información y términos que no conoce [...] y que no han pedido (Greener, 2003); o, simplemente, no desean meterse en líos (Waterworth & Luker, 1990). Incluso hay pacientes que aceptan ser sumisos y obedecer al profesional (Tagliacozzo & Mauksh, 1972, citados en Waterworth & Luker, 1990).

A este respecto, Abdel-Halim (1983) indica que la participación sólo es efectiva en aquellos individuos que la desean, no en aquellos que prefieren no participar.

Por lo tanto, podríamos discutir que la participación sea un derecho en pacientes que no desean participar, obligándoles a tomar más responsabilidad por su salud; pero, sobre todo, debemos considerar la posibilidad de que la participación no-sea un deseo del paciente.

#### **1.2.4.9. Utilizar un estilo integrador en la toma de decisiones clínicas**

Respecto a la toma de decisiones clínicas parece un tema suficientemente estudiado, al menos desde el punto de vista de los profesionales. De hecho, la toma de decisiones que realiza la enfermera, no es diferente de la toma de decisiones que realizaría un médico, ya que en ambos casos se usa un sistema similar de decisiones (Rashotte & Carnevale, 2004).

Sin embargo, determinados autores han encontrado diferencias en términos de participación del paciente, siendo mayor en el caso de las enfermeras (Biley, 1992).

Los motivos de esta mayor participación parecen tener que ver con la mayor autoridad que siente el paciente para participar en cuestiones cotidianas como podrían ser la alimentación, el sueño o el baño; algo que no ocurre cuando se trata de cuestiones más técnicas (Biley, 1992; Dennis, 1990).

Por tanto, esta mayor participación del paciente va a requerir a las enfermeras mayor receptividad a las opiniones de éste.

Junto a la entidad de la decisión, otro factor que condiciona la toma de decisiones enfermera es la naturaleza de los fenómenos sobre los que se decide.

El plano vivencial utiliza evidencias y argumentos que no suelen ser usados para probar la legitimidad desde un punto de vista racional (Bramall, 2000). Dignidad, independencia, co-responsabilidad, estética, etc. pueden ser argumentos comunes en decisiones que afectan a la vida de las personas. Sin embargo, la fuerza de estos argumentos es notoriamente menor frente a la evidencia racional (Sellman, 2003).

Por tanto, la debilidad argumental de estas evidencias vivenciales va a requerir a las enfermeras una especial apertura mental a la hora de tomar decisiones, extender su visión para tener este tipo de evidencias en cuenta y convertirse en defensoras de las mismas (Hare & McLaughling, 1994).

Pero, sin duda, los factores que más condicionan la toma de decisiones que comparten enfermera y paciente son los relativos al paciente (Hostick, 2005). A este respecto, destaca el estudio Biley (1992), que establece tres situaciones que dirigen la mirada de las enfermeras a otros tantos elementos clave en la toma de decisiones del paciente:

1. Si me encuentro lo suficientemente bien. Según Biley, los pacientes participan en la toma de decisiones sobre su cuidado en relación a lo bien o mal que se sienten físicamente. Estar demasiado enfermo es una razón para no implicarse en la toma de decisiones, mientras que estar bien, o una mejoría física, conduce a un incremento en la capacidad de decisión.
2. Si sé lo suficiente; pues la cantidad de información que tienen, o necesitan y piden, influye, sin duda, en su capacidad para decidir. No debemos olvidar que la información es poder, y que su falta o deficiencia, suponen inmediatos recortes a la autonomía.

3. Si puedo. Biley hace referencia, con esta situación, a las múltiples restricciones que las instituciones sanitarias imponen a la capacidad de decisión del paciente. Los pacientes sienten que son ellos los que tienen que adaptarse a las rutinas de la institución (y a aquellos que trabajan en ella). Además, reconocen que existen deseos o necesidades individuales que los profesionales no pueden acometer. Ambas cosas, automáticamente, restringen la cantidad de decisiones que los pacientes pueden tomar.

#### 1.2.4.10. Transmitir competencia

La participación del paciente es una base importante del tratamiento y el cuidado, además de un derecho legal en muchos países (Nordgren & Fridlund, 2001). EEUU (Kron, 1981; Little & Carnevali, 1969; Marriner, 1979, citados en Waterworth & Luker, 1990) o Gran Bretaña (Moughton, 1982) contemplan esta circunstancia desde hace muchos años.

Pero además, la literatura apoya dicha postura. Los resultados positivos asociados a la participación han sido evidenciados en diferentes estudios: reduce el estrés y la ansiedad (Lauri & Sainio, 1998); incrementa la motivación y satisfacción con el trato recibido (Williams, Freedman & Deci, 1998); y aumenta la motivación para mejorar su estado y conseguir mejores resultados del tratamiento (Larsson et al, 2007).

Por lo que respecta a la Enfermería, la participación del paciente resulta consustancial a la idea de cuidar. De hecho, numerosos modelos enfermeros como el de Henderson, King, etc., llegan a situar la independencia, el desempeño de roles, etc. “sin participación de la enfermera” con la meta del cuidado enfermero (Marriner & Alligud, 2011). Transmitir competencia es fundamental en Enfermería (figura 1.7).

“Laissez faire”, por tanto, podría definirse como una de las máximas de la Enfermería. Del mismo modo que “suplir cuando se debe ayudar” uno de los grandes errores.

En este sentido, la Enfermería se caracteriza por un hacer colaborativo. Fagermoen (1997), Badcott (2011), Sellman (2011) sitúan valores colaborativos como la autonomía, compañerismo, confianza mutua, etc., como elementos esenciales en la práctica enfermera. Otros autores, como Jonsdottir, Litchfield & Pharris (2004), llegan incluso a definir, directamente, la Enfermería como un proceso de colaboración profesional.

**Figura 1.7. Competencia como meta del cuidado**

La meta del cuidado es
“La independencia en la satisfacción de las 14 necesidades básica”. (Virginia Henderson)
“[...] que la persona pueda seguir desempeñando sus roles”. (Imogene King)
“[...] alcanzar el máximo potencial de adaptación al entorno”. (Callista Roy)

No obstante, uno de los mejores argumentos de la consustancialidad de Enfermería y acción colaborativa es la definición de Enfermería que hace la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), una de las más prestigiadas instituciones profesionales enfermeras. Para la ANA:

Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations (ANA 2003).

### 1.3. Práctica profesional en enfermería

Hasta el momento se ha descrito, desde el firme convencimiento, una concepción muy precisa de lo que consideramos objeto y métodos de la disciplina y de la profesión enfermera.

Sin embargo, es necesario reconocer que esta descripción no es el reflejo de la Enfermería actual para la sociedad, como tampoco lo es para las

instituciones (De la Cuesta 1983) ni, incluso, para las propias enfermeras (Allen, 2007; Bjornsdottir, 1998).

Si intentamos resumir, de forma sintética, los signos que identifican la práctica actual alcanzarían, sin duda, un puesto relevante:

### **1.3.1. El interés por lo físico**

Los problemas físicos son el centro de la práctica enfermera. Danielson (1996) describe los cuidados que recibía su madre en una residencia para mayores diciendo que la llevaban “del cuarto de baño a las piscinas de hidromasaje, la sentaban y levantaban de la silla, la acostaban y levantaban de la cama; la vestían y la desvestían, la peinaban, y la maquillaban perfectamente [...]”. Estos ejemplos no demuestran sino la importancia de los cuidados físicos como elemento central de los cuidados enfermeras (Graham & Shamansky; 1996; Gullo, 1998).

Junto a estos cuidados físicos (básicos), las enfermeras se centran en otras tareas igualmente físicas, como el control de signos vitales, la colaboración en la preparación para las pruebas diagnósticas y, por supuesto, la realización del trabajo pautado, es decir, los tratamientos (Bjornsdottir, 1998; Hyde, 2005).

Algunos estudios señalan, incluso, que los pacientes que no requieren cuidados físicos tienen pocas oportunidades de interactuar con las enfermeras (Peterson, 1988).

### **1.3.2. La ausencia de lo emocional-social**

A este respecto, diversos autores destacan cómo lo que parece estar en la esencia de la disciplina, la relación terapéutica emocionalmente íntima con los pacientes, no se da en la vida real (Allen, 2004; Hernández Yáñez, 2010). De hecho, es posible comprobar la ausencia casi absoluta de referencias a emociones, sentimientos y experiencias relacionadas con la enfermedad (la biografía del paciente) en los registros enfermeros (Bjornsdottir, 1998; Hyde, 2005).

No obstante, esta comprobación no resulta extraña si tenemos en cuenta la escasez de tiempo o la inexistencia de un entorno favorecedor a la expresión de emociones (Chalco et al., 2007; Roos, 2005), fruto, sin duda de la escasa valoración que estos aspectos tienen para la institución (Henderson, 2001), que, hoy día, sigue considerando las emociones como algo tácito asociado a las mujeres, a las enfermeras (Gray, 2009).

Si reconocemos que esta es la realidad de la práctica relacional enfermera, comprenderemos mejor el porqué del actual deterioro de la conexión enfermera paciente (Allan & Barber, 2005; Hess, 2003, citado por Huynh 2008) o porqué, autores como Maclean (1992) han llegado a decir que valores tales como la empatía no tienen lugar en la doctrina formal de las actuales instituciones sanitarias.

Eso sin contar con la menor realización y satisfacción de la enfermera con su trabajo (Mann, 2005; McQueen, 2004), la disminución de la productividad (Meier, Mastracci & Wilson, 2006) o la experimentación de un ambiente de trabajo “triste” (Hennig-Thurau et al., 2006; Mitchell & Smith, 2003). Factores del entorno laboral que terminan contribuyendo, igualmente, en la rueda de despersonalización y deshumanización de la asistencia.

El panorama descrito no resulta nada halagüeño para el cuidado. De hecho, afirmaciones como las de McLean (citado anteriormente), pueden parecer incluso excesivas. Sin embargo, estudios recientes como los de Baur et al (2012) confirman cómo, a pesar de que los profesionales somos muy conscientes de la individualidad de las personas, y de la necesidad de dar cabida a su perspectiva particular, su voz se va silenciando poco a poco, hasta que finalmente se decide abandonar.

### **1.3.3. Pensamiento instrumental**

Parse (1992) ya alarmaba de una situación que estaba adquiriendo dimensiones cada vez mayores, “demasiadas enfermeras hemos elegido centrarnos en los números, las habilidades y los procedimientos en lugar de hacerlo en las personas como individuos y en sus experiencias de salud”.



Desde entonces, esta forma de pensamiento ha evolucionado sin trabas, pues la realidad más reciente muestra signos parecidos. Es más, determinados autores, como Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona (2005), informan de situaciones aún más preocupantes, “los profesionales no entienden que la participación del paciente requiera un enfoque deliberado, contextualizado, participativo”.

#### **1.3.4. Información escasa e ininteligible**

A este respecto, numerosos estudios revelan cómo los pacientes perciben estar mal informados. Una reciente encuesta llevada a cabo en abril de 2013 entre más de 70 directores de comunicación del sector sanitario de varios países y unos 1.200 pacientes españoles, reflejaba que casi un tercio de los usuarios creen que no están bien informados (Diario médico, 2013). Otro estudio publicado en DICEN (Diario Independiente de contenido enfermero) en julio de 2013 arroja cifras similares: más del 40 por ciento de los pacientes tiene importantes carencias informativas sobre sus tratamientos farmacológicos.

Pero además, es que muchos de los documentos estandarizados en los que se ofrece información a los pacientes sobre su estado de salud “están escritos en un lenguaje técnico que es ininteligible para una persona normal” (Pelayo, 2007, en el diariomontañes.es).

Sobre las razones de ambas situaciones se podría abrir un arduo debate. No obstante, y de acuerdo con el enfoque sociocrítico contenido en la tesis, mencionaremos como hipótesis el fruto de un estudio publicado por Prior (2003): El estilo de información actual no es sino una estrategia de un colectivo que ha creado una cultura de expertos, esencialmente antidemocrática, para distanciarse y dominar sobre el paciente.

#### **1.3.5. Diálogos distorsionados**

Weber et al. (2007) describen cómo los pacientes tienen pocas oportunidades para participar en su atención. Por ejemplo, durante la visita

médica (casi la única oportunidad de estar juntos paciente-enfermera-y-médico) el tiempo medio por paciente es de 3,5 minutos, disponiendo éste de una media de 12 segundos para formular preguntas.

Pero además, cuando la comunicación surge, las interferencias comunicativas son muchas. Unas veces, la comunicación abierta y honesta es distorsionada por la falta de confianza del paciente en un profesional que considera que está más comprometido con alguna acción estratégica (pe. en defensa de las empresas farmacéuticas) que con sus propias expectativas (en su función de advocacy) (Bezreh et al., 2012).

Otras veces, es la bidireccionalidad la que se ve afectada por un pensamiento que considera que sólo los profesionales aportan conocimiento al paciente, olvidando que el paciente aporta información relevante sobre su cuerpo (Arksey, 1994), la manera en la que reacciona a la medicación (Hibbert et al., 2002), o (y esto es fundamental) detalles personales sobre sus propias vidas (Popay et al., 1998).

En otros casos, la comunicación se ve distorsionada por las diferencias de poder: por el miedo al enfado del profesional (pe. al admitir el incumplimiento del tratamiento) (Smith-Dupre & Beck, 1996); o por lo que podría traducirse como una obligada deferencia hacia los médicos (Prior, 2003; Tuckett, 1985, citado por Bezreh et al., 2012).

Y por último, autores como Hyde et al (2005) describen lo que se podría calificar como la antítesis de la comunicación (dirigida al entendimiento): ejemplos de cómo las enfermeras convencen a los pacientes del cumplimiento de las prescripciones (a pesar de, pe., los insoportables efectos secundarios del tratamiento); o de cómo ignoran los deseos del paciente si éstos contravienen una solicitud (ya sea diagnóstica o terapéutica).

Hyde (2005) informa incluso de cómo las enfermeras adoptan posturas defensivas cuando se da un desacuerdo del paciente con las medidas recomendadas. En estos casos, las enfermeras anotan dicha decisión en la historia del paciente como una forma de exculparse del no-seguimiento de la evidencia. Aunque también puede ser debido a la necesidad que tiene un

profesional “subordinado” de justificar que al menos, una actividad pautaada fue ofrecida al paciente.

En cualquier caso, la comunicación con los pacientes es problemática y las mismas enfermeras reconocen que les falta entrenamiento en este campo (Opengart, 2005; Skilbeck & Payne, 2003).

### **1.3.6. Decisiones unilaterales**

La realidad es que las enfermeras toman decisiones por los pacientes sin considerar los deseos de este. Algunas veces, argumentan que los pacientes están demasiado enfermos para tomar decisiones y que esperan que sea la enfermera la que tome las decisiones por ellos (Martin, 1998).

Otras veces, se basan en que las mejores decisiones se toman en base al conocimiento objetivo que ellas poseen: “los pacientes carecen del conocimiento médico necesario”; “nosotras sabemos que es lo mejor para el paciente” (Everett, 1993; Porter, 1997; Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005).

En otros muchos casos, es el tiempo el que presiona al profesional, de forma que no se puede parar a escuchar e informar al paciente (Norgren & Frilund, 2001). Y, por último, existen argumentos claramente estratégicos: “necesitamos mantener el poder y el control” (Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005).

### **1.3.7. Situar al paciente fuera de la acción**

Si aceptamos que esto es así, es decir, si admitimos que el paciente tiene difícil encontrar algún resquicio en la toma de decisiones clínicas, tenemos que reconocer que la imagen de paciente como recipiente sobre el que actuar, carente de palabra en el diálogo e ignorado (cuando no bloqueado) en la toma de decisiones, no resulta una realidad distante.

De ser así, la situación sería realmente problemática, pues significaría que el paciente (lejos de ser protagonista de su situación) sería un actor

externo que se tiene que adaptar a unas decisiones (y maneras de trabajar de los profesionales) que no comparte (Jones, Baggott & Allsop, 2004).

Pero, el problema adquiere dimensiones mayores si atendemos a estudios como los de Pang, Ip & Chang (2001) o Lee & Molassiotis (2002) que califican el desacuerdo de los pacientes con las decisiones como una situación frecuente.

No obstante, la responsabilidad profesional a este respecto debe ser matizada, pues hay que tener en cuenta que esta expulsión del paciente de la acción, este ataque al derecho a protagonizar su vida, escapa (no-pocas veces) del campo de autoridad del profesional; pues hay muchos casos en los que la enfermera, como dice Moughton (1982), “no puede con todo el ruido que está en el sistema”.

#### **1.4. El futuro de la enfermería**

Los argumentos recogidos en el apartado anterior describen un hecho: teoría y práctica enfermera no coinciden. Se trata de una realidad evidente.

Pero además, el futuro parece que va a ampliar las diferencias (Hernández Yáñez, 2010). Parece que la Enfermería va a tener que abandonar su interés por la experiencia de la salud y las relaciones humanas para aceptar un futuro marcado por la atención al cuerpo y la intervención tecnológica (Arslanian-Engoren et al., 2005; Keenan, 1999; Ortun, 2013).

El motivo, según algunos autores, no es otro que escapar de la notable simpleza que supone la práctica enfermera. Aunque también hay quien lo justifica en alto nivel de excelencia alcanzado por la Enfermería actual, un nivel tan alto que sólo es superable mediante un recorrido vertical (adentrándose en el territorio médico).

En cualquier caso (e independientemente del nivel profesional o de los logros conseguidos), muchas enfermeras piensan que la Enfermería no debe renunciar a un papel más cualificado, ya sea a través de desarrollos propios o de la realización de funciones médicas delegadas (Hernández Yáñez, 2010).

Así parece haberlo entendido al menos la Enfermería más avanzada (US, Canadá, Australia) que está apostando por una posición más central y por roles tecnológicamente más avanzados, creando profesionales híbrido médico-enfermeros.

No obstante, la verdad es que esta apuesta no responde a razones disciplinares sino a razones contextuales: son los desarrollos clínicos (una tecnología siempre en expansión) y políticos (unos servicios sanitarios que reclaman eficiencia) los que están exigiendo, a la profesión enfermera, el desarrollo de papeles avanzados.

De hecho, las enfermeras de práctica avanzada (EPAs) estadounidenses no surgen sino por dos motivos fundamentales: un primer motivo clínico relacionado con los avances técnicos de la medicina (Brown & Draye, 2003); y un segundo motivo político relacionado con la falta de médicos en zonas rurales (Hoffman, 1994) o la reducción de horas de junior doctors en determinadas instituciones (Glover, 2008) (entre otros).

A este respecto, DiCenso et al. (2007), en Canadá, señala un camino muy paralelo al descrito en EEUU: esporádico y dependiente (siempre) de los cambios en las agendas políticas. No obstante, DiCenso et al. (2007) señalan además otro factor: la poderosa clase médica. Y es que, las numerosas figuras que han surgido, a pesar de ser muy diferentes, y difíciles de definir fuera del marco de organizaciones individuales (Glover, 2008), comparten un factor común: fueron creadas para hacer el trabajo de médicos. De hecho, algunos autores (Weiland, 2008) opinan que no han sido sino meras extensiones de los médicos.

En este sentido, no extraña que hayan aparecido voces críticas, procedentes de lo que podemos llamar “representantes de la ideología del cuidado”, catalogando estos desarrollos de “meras desviaciones medicalizadoras” (Nelson 2007, citado en Hernández Yáñez, 2010).

No obstante, lejos de valoraciones viscerales cargadas de ideología, el asunto requiere un análisis (lo más objetivo posible) para reconocer las ventajas y desventajas de estos desarrollos.

A este respecto, resulta interesante el análisis realizado por Hernández-Yáñez (2010) en su libro “La Enfermería frente al espejo”. En dicho texto, sitúa entre los argumentos a favor de estos roles tecnológicamente avanzados:

1. Son más coherentes con la realidad. Es decir, los nuevos desarrollos, coinciden en mayor medida, con lo que las enfermeras hacen en la vida real.
2. Son buenos para las enfermeras, porque regulan tareas que ya hacían en una situación de “alegalidad” como indicar productos sanitarios y medicamentos.
3. Por tanto, parecen ofrecer mayores niveles de independencia.
4. Y por último, parecen prometer el ansiado reconocimiento profesional.

En el extremo opuesto, es decir, entre las debilidades asociadas a estos desarrollos tecnológicos, Hernández-Yañez (2010) recoge los siguientes argumentos (extraídos y modificados):

1. Suponen un lastre y un enemigo de elementos esenciales en la enfermería como son los factores contextuales o la relación enfermera-paciente (Brearley, 2008; Castledine, 2004; Maclean, 1992).
2. Al hacer propio el discurso médico estamos reforzando este discurso médico y manteniendo el rol subordinado de las enfermeras (Cutcliffe y Wieck, 2008).
3. En este sentido, puede que los nuevos desarrollos no sean otros que aquellas funciones y tareas que les sobren a los médicos.
4. Al dirigir fuerzas hacia esos desarrollos, estamos desatendiendo los servicios sociosanitarios que siempre han descansado su vertiente sanitaria en las enfermeras (Bodenheimer et al., 2005).

5. Por último, los nuevos roles no parece que vayan a hacer más felices a las enfermeras, de hecho ya hay estudios que hacen sospechar que esto no es así (Adams et al., 2000; Pearcey 2010; Rhéaume, 2003; Rhéaume et al., 2007).

Si atendemos a estos argumentos, (y de acuerdo con el propio autor) parece imposible parar estas figuras híbridas; pues los sistemas públicos creen, cada vez más, en la eficiencia y en la rentabilidad (Hernández Yáñez, 2010) (incluso, por encima de la profesionalidad).

El peligro está en apoyar estos desarrollos a costa de desatender una práctica fundamentada en el cuidado (a la experiencia, desde la relación) que todavía no ha encontrado su hueco. La enfermería no puede parar los desarrollos verticales. Así lo demandan los sistemas administrativo y económico. [...] No obstante, tampoco debería ceder en su papel garante de la humanidad en unos servicios sanitarios hipertecnologizados, burocratizados y despersonalizados (Hernández Yáñez, 2010). Lavin (2007) expone cómo la profesión dará forma a su práctica durante los próximos 50 años y que, aunque es cierto que aspectos objetivistas como la eficacia y eficiencia o la calidad y seguridad serán elementos clave, también lo será la consideración de la experiencia del paciente.

### **1.5. La historia de un desencuentro**

En cualquier caso, toda la argumentación realizada hasta el momento no responde sino a declarada preocupación por lo que podría ser la pérdida del “capital que la enfermería lleva más de un siglo atesorando: su centralidad exclusiva e incontestable dentro de los cuidados enfermeros” (Hernández Yáñez, 2010).

Realizada la descripción de la situación, a continuación la tesis trata de analizar las razones que han conducido a este desencuentro entre la teoría y la práctica enfermera, y su más que previsible agudización futura.

A este respecto, los argumentos que tradicionalmente se han barajado para explicar la situación han enfrentado disciplina y profesión. En cambio, nuestra propuesta va a dirigir su mirada al medio.

De esta forma, analizaremos el medio para descubrir elementos que dificultan (y también, en su caso, que facilitan) el cuidado. No obstante, tenemos que reconocer prejuicios al respecto. De hecho, no estamos seguros de que en el ajetreado mundo de la enfermería asistencial de hoy sea humanamente posible hacer del cuidado una realidad, hacer a los pacientes partícipes y protagonistas cada día, en cada situación.

Sí estamos seguros, en cambio, de que las condiciones de muchos pacientes requieren un cuidado más completo; y de que en estas situaciones en las que el cuidado es tan preciso, es imprescindible que las enfermeras sean plenamente conscientes de que sus cuidados son necesarios. Así lo expresaba Savater en las Jornadas mencionadas anteriormente:

“Las enfermeras por sus rutinas diarias no pueden convertir en momentos poético-creativos todas sus horas de trabajo”; pero deben ser conscientes de la importancia que tiene el hecho de intervenir en historias, apoyar biografías y acompañar en la creación poética a seres únicos e irrepetibles (Savater, 2003)”.

### **1.5.1. La teoría ha sido un artificio**

El primero de los argumentos usados tradicionalmente para justificar la falta de consistencia entre la teoría y la práctica enfermera es la retórica artificial y excesiva que ha supuesto la construcción de la ideología del cuidado.

A este respecto, las críticas han sido muchas, pero quizás, las más severas tienen que ver con las razones que movieron a las enfermeras a elaborar esta ideología.

Dentro de estas duras críticas a las motivaciones, las más suaves son las que acusan a las enfermeras de haberse dejado seducir por modas filosóficas, en muchos casos, dudosas o equivocadas (Hussey, 2004). Otras en cambio, en



un tono más acusador, califican el origen de la ideología del cuidado como una estrategia profesional cuyo objetivo no ha sido otro que el currículo (Maclean, 1992), el profesionalizar la enfermería, el dotarla de un área de expertez (Turkoski, 1995). Y por último, las más hirientes, no ven sino el deseo de las enfermeras por cambiar su estatus (Porter, 1992), o incluso una respuesta al resentimiento tradicional que las enfermeras sienten hacia la dominación y la supuesta superioridad de la profesión médica (Hussey, 2004).

Pero dejando a un lado las motivaciones, la gran crítica a estos desarrollos ideológicos se centra en sus resultados, pues, en muchos casos, no han servido sino para legitimar y conceder realidad a una identidad ficticia que ha sido mirada de forma crítica y escéptica por no pocos autores (May, 1992; Porter, 1997).

Es cierto que, para justificar una identidad propia se han llegado a cometer excesos teóricos alrededor de esta ideología, y que su resultado no ha pasado de ser la adaptación de numerosas teorías generales de otras disciplinas, claramente distantes de la práctica cotidiana de la enfermera.

No obstante, si traspasamos toda esta retórica, por otro lado habitual y necesaria para los procesos de profesionalización, podemos descubrir en esta ideología una fotografía bastante realista de lo que quieren ser las enfermeras.

Nos estamos refiriendo a todo ese conjunto de valores, actitudes y comportamientos ocultos tras la maraña teórica. Comprensión, respeto, compromiso, implicación,... han estado, están y no parecen que vayan a dejar de estar en el imaginario colectivo de las enfermeras. De hecho, no resulta difícil que el alumnado actual de Enfermería se sienta rápidamente atraído por estos valores.

Desde esta perspectiva, el cuidado (la ideología del cuidado) deja de ser algo utópico para convertirse en una forma de ser natural a la Enfermería: un comportamiento (de ayuda), consecuencia de una actitud o posicionamiento (benévolo) frente al otro, que a su vez traduce, o trasluce, unos valores (claramente humanitarios).

### 1.5.2. La profesión no está interesada

La falta de atractivo de la ideología del cuidado para la profesión ha sido el segundo de los argumentos barajado para justificar la falta de consistencia entre la teoría y la práctica enfermera.

A este respecto, es innegable que la práctica enfermera, lejos de regirse por la ideología del cuidado, lo hace por un modelo de práctica e intervención científica caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista, y su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención (Caramés, 2004).

Esta realidad podría ser vista como una imposición a la que se ven sometidos los profesionales enfermeros, sin embargo, no sería descabellado considerarla una opción de la Enfermería si tenemos en cuenta las indudables ventajas que el citado modelo biomédico tiene para manejarse con la incertidumbre clínica (Caramés 2004).

De este modo, sería la extraordinaria potencialidad del determinismo biológico (y no la falta de atractivo de la ideología del cuidado) la que estaría produciendo el desencuentro entre la teoría y práctica enfermera. Es decir, la ausencia del cuidado en la práctica no sería sino el daño colateral de la opción de la profesión por la certidumbre y la precisión clínica.

Respecto a los daños colaterales de esta opción, son fruto de tres creencias: Primera, es posible fragmentar a la persona en partes de las que se pueden responsabilizar diferentes profesionales; siendo la medicina (dominante) la que se encargue, fundamentalmente, del cuerpo (y la enfermedad corporal) que, además, será descompuesto en trozos. Por tanto, la atención al componente corporal (foco del profesional más prestigioso) será la atención fundamental en la práctica enfermera.

Pero, además de esta fragmentación, la biomedicina va a considerar las enfermedades como entidades fijas, aisladas y homogéneas (enteramente cognoscibles) (Gimeno, 1995) que podrán estudiarse por separado (Comelles, 2004) ignorando las interacciones complejas que se dan en el fenómeno salud-

enfermedad (Caramés, 2004). Desde esta creencia es desde la que el modelo biomédico confiará en la predicción de los acontecimientos (a partir de unas normas externas y generales).

Y, por último, el modelo biomédico confiará en la precisión de sus métodos (métodos y técnicas de las ciencias naturales) y en la capacidad de control sobre los acontecimientos.

Pero, sobre todo, el modelo biomédico va a creer que, para hacer la realidad enteramente cognoscible, y la práctica precisa, debe dejar al cuerpo libre de "lo accesorio".

Por tanto, y en primer lugar, la Medicina (y la Enfermería) van a evitar la experiencia subjetiva del fenómeno salud-enfermedad, algo que romperá con una característica esencial de la Medicina, que siempre fue una tekhné, o un ars que exigía una estrategia de incorporación de la experiencia (Comelles, 2004).

En segundo lugar, van a evitar la individualidad o singularidad de la persona (Comelles, 2004), de modo que los enfermos perderán su identidad o partes de su identidad (su vida cotidiana) para asumir la identidad de la enfermedad que padecen, o la tecnología que requieren. Además, el tipo de enfermedad les conferirá un estatus y un rol, relegando o incluso borrando otros estatus que pudieran tener y los roles relacionados con dichos estatus (Collière, 1993).

Experiencia subjetiva, individualidad,... cultura. La cultura es el tercero de elementos dañados por el modelo biomédico. Un error importante hoy día si tenemos en cuenta que la población padece más malestares que enfermedades; y que los malestares son culturalmente diversos e igualmente imposibles de abordar desde planteamientos biomédicos basados en la universalidad y la exactitud del juicio clínico (Comelles, 2004).

De esta forma, la práctica biomédica presentará una apariencia técnica presidida por la búsqueda de la alteración anatómica (o funcional) y la intervención farmacológica o quirúrgica (que controle la alteración anatómico-funcional) (Corral, 1994). Como dirá Collière (1993): "[...] el cuerpo se convierte en el objeto de la medicina, el cuerpo portador de una

enfermedad que hay que identificar, y luego eliminar, el cuerpo cuya mecánica hay que reparar" (Collière, 1993).

Lo más irónico de esta opción es, según Dossey (2006), que la medicina está pagando un precio excesivo por algo que realmente no existe:

"[...] estamos asistiendo a una de las mayores ironías de toda la historia de la medicina. La medicina moderna ha aprendido a considerar como modelos a las ciencias propiamente tales, con la esperanza de incorporar la exactitud y la precisión que caracteriza sobre todo a la física clásica. Creyendo haber alcanzado actualmente tal precisión, nos negamos a escuchar desde la medicina el mensaje que la misma física viene difundiendo desde hace más de medio siglo: jamás ha existido realmente la exactitud".

La segunda razón, barajada también por algunos autores, para justificar la posición de la Enfermería en el ámbito de la biomedicina sería la opción (o deseo) de la Enfermería de dominar la interacción enfermera-paciente.

El uso de la comunicación como forma de dominio es una realidad estudiada ampliamente en la bibliografía (Foucault, 1989; Illich, 1975).

Quizás una de las investigaciones más interesantes en este sentido es la de Elliot Mishler que, a mediados de los años 70, utilizó la Teoría de la Acción Comunicativa (TAC) de Habermas para esclarecer los tipos de comunicación que establecen médico y paciente en la práctica clínica.

En dicho estudio, Mishler (1984) diferencia dos tipos de voces en la comunicación sanitaria:

1. La voz del mundo de la vida, que remite a las experiencias contextualizadas del paciente y a los problemas de su vida, expresados de forma natural; y en la que el ritmo y el significado de los acontecimientos dependen de la biografía del paciente y la posición social.
2. La voz de la medicina, que refleja una actitud científica en la que el significado de los acontecimientos viene dado por reglas

abstractas que sirven para descontextualizar los acontecimientos, para extraerlos del contexto social y personal (Mishler, 1984).

Mishler califica a este segundo tipo de voz como comunicación distorsionada pues, frente al sentido original de la comunicación (entenderse), la voz de la medicina es utilizada por el profesional para controlar al paciente y conseguir metas concretas.

Respecto al cómo el médico controla la conversación, e impide al paciente introducir información adicional acerca de su vida, Mishler describe una estructura que se repetía en la mayoría de las interacciones entre médico y paciente: 1) Una pregunta o petición del médico; 2) Una respuesta del paciente; 3) Una valoración tras la respuesta (algunas veces implícita) seguida de una nueva pregunta o petición; y 4) Opcionalmente, una petición de clarificación o elaboración de la respuesta del paciente (Barry et al., 2001).

No obstante, frente a las dos razones expuestas, reduccionismo y control, diversos estudios corroboran, primero, el compromiso adquirido por la Enfermería de los últimos 60 años (Cody, 2003a; Cook & Cullen, 2004; Cumbie, 2001; Engebretson, 2002) con una perspectiva integradora (cercana al holismo); y segundo, cómo las enfermeras no se caracterizan, precisamente, por quitar poder al paciente de forma intencionada y explícita (Biley, 1992; Everett, 1993; Norgren y Frilund, 2001; Porter, 1988).

### **1.6. Desencuentro o imposibilidad**

Diversos estudios prueban que disciplina y profesión comparten ideología. El interés de la enfermería por la experiencia no sólo se encuentra en posiciones teóricas sobre la disciplina, sino que también se encuentra en las descripciones que las enfermeras hacen de su trabajo diario.

Según Björnsdóttir (1998), aunque la eficiencia, o lo que es hacer las cosas, sigue estando por encima de todo; también aparece en el discurso privado de las enfermeras una preocupación por: 1) Los significados

particulares que las situaciones tienen para cada paciente; 2) El aspecto relacional que tienen los cuidados de enfermería; y; 3) Desarrollar una relación de confianza con el paciente. Lo que ocurre es que esta preocupación se encuentra en el discurso privado de las enfermeras.

Björnsdóttir (1998) diferencia en el discurso de las enfermeras los discursos público (el observado en las reuniones de unidad, en los informes de cambio de turno, en los documentos escritos); y privado (el que surge de las entrevistas del investigador con las enfermeras durante la entrevista), observando, además, claros contrastes entre ambos:

- El discurso público está caracterizado por la objetividad.
- Mientras que el discurso privado refleja el interés de las enfermeras por comprender la situación vital y la perspectiva personal de cada paciente.

Suponer que la práctica (técnica y escasa de cuidado) es la verdad de la Enfermería sería como admitir que todos hacemos lo que pensamos o queremos, cuando esto, como todos sabemos, pocas veces ocurre.

Por tanto, para descubrir la verdad de la Enfermería, habría que trasladar el foco del discurso público al privado (libre de coacciones).

Si hacemos esto, descubriremos cómo la relación íntima y cotidiana que las enfermeras establecen con los pacientes es una de las cualidades más apreciadas de su trabajo diario; cómo las demostraciones de confianza y gratitud por parte de los pacientes forman parte de los "días buenos" de las enfermeras; cómo las pequeñas cosas marcan la diferencia a la hora de sentirse satisfechas con su trabajo (Pearce et al., 2009); y cómo las enfermeras llegan a identificar la relación que establecen con el paciente como "una de las cosas que diferencian a las enfermeras de otros profesionales y justifica su status como una profesión diferente e independiente (Dingwal & Allen, 2001).

En cualquier caso, esta preocupación descrita por Björnsdóttir (1998), y llevada a seña de identidad por Dingwal & Allen (2001), no es sino un

sentimiento que no encuentra reflejo en la práctica. La realidad es que las enfermeras mantienen dicho discurso oculto, impidiendo la visibilidad del cuidado y, con ello, las posibilidades de cambio.

Si tenemos en cuenta estos últimos argumentos, quizás la incoherencia entre disciplina y práctica no tenga tanto que ver con la lejanía de la profesión de los planteamientos disciplinares como con las características del entorno laboral de las enfermeras.

Ya en 1980, Mullin identificaba cómo el sistema hospitalario impone una focalización en las enfermedades y las tareas (en lugar de hacerlo en las personas y sus necesidades) que limita la práctica enfermera a una secuencia de tareas, aisladas o desconectadas de las necesidades de las que surgieron, que nada informan de la labor profesional de las enfermeras. De esta forma, las enfermeras aparecen como un profesional falto de autonomía, de responsabilidad y, en definitiva, de valor (para la institución).

No obstante, en las siguientes páginas realizaremos un análisis más pormenorizado de los modos en que el medio afecta al cuidado.

### **1.6.1. Tiempo/sobrecarga**

No hay la menor duda de que la sobrecarga de tareas, la falta de tiempo y la necesidad percibida de “tener que tener” el trabajo hecho está afectando al nivel al que los profesionales cuidan hoy en día (Aiken, 2003; Bishop & Scudder, 1990; Phillips et al., 2007). Diversos estudios denuncian la escasez de tiempo que las enfermeras pueden dedicar a los pacientes (Melnechenko, 2003; Moran, 2009; Stickley & Freshwater, 2002).

A este respecto, Westbrook (2011) describe cómo las enfermeras pasan junto a los pacientes sólo un 37% de su tiempo. Durante una media de 8 horas y media de turno esto equivale aproximadamente a 3,1 horas por turno.

Pero además, Westbrook (2011) y Cornell (2010) describen cómo el trabajo de las enfermeras se caracteriza por una rápida sucesión de tareas cortas. Según los resultados del primer estudio, las enfermeras cambian de tarea cada 55 segundos de media (Westbrook, 2011). El segundo estudio

(Cornell, 2010) es aún más alarmante: La duración del 40% de las actividades que las enfermeras llevan a cabo es menor de 10 segundos. Además Cornell (2010) identifica un patrón de actividad supuestamente aleatorio, caótico, en el que rara vez completan una actividad antes de cambiar a otra.

Estos datos revelan que el tiempo de las enfermeras no se ve como algo valioso que requiera, para su asignación, contar con criterios particulares o tiempos especialmente dedicados a pensar y hablar con el paciente. (Pearce et al., 2009; Phillips et al., 2007). El tiempo de Enfermería (para el cuidado) sencillamente no existe. Y esto, a pesar de que diversos estudios revelan cómo el tiempo pasado por las enfermeras en contacto directo con los pacientes influye en mejores resultados y menos errores (Aiken, 2002, 2003, 2012; Duffield, 2011; Needleman et al., 2002; Neff et al., 2013).

### **1.6.2. Tareas técnicas**

Los aspectos técnicos orientados a la curación de la enfermedad han convertido el cuidado físico propio de la Enfermería (Williams, 2000) tan importante para la conexión emocional con la persona cuidada (Conder & Mirfin-Veitch, 2008) en el "trabajo sucio de la Enfermería" (Lawler, 1994, citado en Conder & Mirfin-Veitch, 2008), trabajos simples, serviles, que la Enfermería considera de estatus inferior.

Frente a él (al cuidado físico), la intervención tecnológica se ha convertido en estándar de intervención actual por parte de la Enfermería.

Pero esta tendencia no está exenta de peligros. Es cierto que los avances tecnológicos facilitan el trabajo y salvan vidas, pero su aceptación incuestionable (Barnard, 1996, Marck, 2000) ha llegado al punto de sustituir al instinto profesional, a lo que le dice la familia, o a lo que le dice el paciente.

A este respecto, Dean (1998) advierte del peligro que tienen las enfermeras que trabajan en unidades altamente tecnológicas de convertir su práctica en una práctica empobrecida por la tecnología (de la que se hace dependiente) y deshumanizada por la distancia que interponen en la interacción con el paciente. De hecho, Bishop & Scudder (1990, citado en



Liaschenko & Peter, 2004) señalan cómo las enfermeras de estas unidades llegan a percibir la necesidad de mantener la distancia con los pacientes para parecer profesionales.

Frente a ello, Cohen (2004) nos recuerda que el cuidado práctico y cordial todavía le importa al paciente y que los pacientes a menudo se sienten deshumanizados en un entorno tecnológico (Barnard, 1996; Sandelowski, 1988). La tecnología nunca puede remplazar el cogerle la mano a una persona mayor asustada. No existe la máquina que pueda decirle a una familia, tal y como las enfermeras lo hacen, lo que lamentan la muerte de su ser querido.

Lo cierto es que la tecnología no tiene nada que ver con la relación humana que se establece con el paciente (O'Keefe-McCarthy, 2009) y que su uso abre una brecha en esta relación íntima. Si se centra el foco sólo en los cambios tecnológicos y se ignora el arte de la enfermería se podrían oír cosas como: "Ojalá volvieran los buenos tiempos cuando realmente tenía tiempo para hablar con el paciente" (Cohen, 2004).

Habría que preguntarse hasta qué punto la dependencia de la tecnología hace que se descuide la humanidad de los pacientes (Henderson, 1980). A este respecto, Hader (2004), y los autores de esta tesis, de acuerdo con él, defendemos el uso de la tecnología como complemento a la interacción humana, es decir, para ayudar a la intervención humana (no para sustituirla). Es preciso conjugar ambas.

### **1.6.3. Papeleo**

El rol de la enfermera ha cambiado con el tiempo. Lo que antes fue mayoritariamente práctica clínica ahora contiene numerosas actividades organizativas (Phillips et al., 2007), tantas que han llegado a limitar las aportaciones clínicas de las enfermeras (Pearce et al., 2009).

Las enfermeras de hoy son las encargadas de integrar recursos, articular el trabajo de diferentes profesionales, obtener, fabricar, interpretar y comunicar información,... mantener un registro completo del paciente (Allen 2007).

Este hecho ha sido valorado de forma diferente por parte de la profesión. Mientras que autores como Phillips et al. (2007) proponen proteger la relación enfermera-paciente haciendo que las tareas de mantenimiento o administración sean llevadas a cabo por otra parte del equipo (una enfermera administradora, pe.), otros autores, como Allen (2007), proponen este rol de mediador sanitario como un "rol propio de la enfermera", llegando incluso a ver en él el futuro profesional que la Enfermería tiene a través del cuidado.

En cualquier caso, deseado o denostado, es inevitable reconocer su amplia existencia en el trabajo cotidiano de las enfermeras.

#### **1.6.4. Trabajo añadido**

Según Björnsdottir (1998), "mantener todo organizado, bajo control", "intentando que todo funcione correctamente, que todo ruede como se espera" parece formar parte del núcleo de valores fundamentales en la práctica enfermera. En este empeño, las enfermeras se atribuyen numerosas tareas que no les corresponden. Dichas tareas no hacen sino sumarse a las muchas tareas que ya tienen y obligarlas a gestionar aún mejor su tiempo.

#### **1.6.5. Automatismo/actuación mecánica**

La falta de tiempo para hacer la enorme carga de trabajo que, habitualmente, soportan las enfermeras está produciendo en la Enfermería una tendencia al mecanicismo (Everett, 1993; Porter, 1997) que no hace sino agudizar su tradición de disciplina metodológica, ejecutora de órdenes, protocolos y normas en general apuntada por algunos autores (Hernández-Yañez, 2010).

Si a esto sumamos el hecho de que las dos actividades principales de la enfermera (la intervención sobre el componente biológico y el papeleo) soportan bien, e incluso demandan, abordajes mecanicistas, el resultado es que la respuesta mecánica se está convirtiendo (o mejor dicho, se ha convertido) en forma estándar de intervención enfermera.

No obstante, Parse (1992) nos recuerda a todas las enfermeras que, entre todos los ruidos, en medio de todas las tareas y toda la tecnología, es posible la presencia acogedora (frente a la acción instrumental, no-social, hegemónica en nuestra práctica). Como dice Pettigrew (1990), la presencia no requiere más tiempo. Si llevamos a cabo los cuidados de una manera mecánica, tiene más que ver con una falta de reconocimiento de ese “estar-con o estar-allí” como una intervención enfermera que con una falta de tiempo añadida (Covington, 2003).

Aun así, Nelson (2012) define esta situación como la increíble paradoja de la Enfermería actual pues, a pesar de fundamentar su práctica en valores contrarios al instrumentalismo, está viendo como éste está reduciendo su ejercicio a una mera práctica mecánica.

#### **1.6.6. El trabajo pautado y el problema de la falta de autonomía**

Las actividades tecnológicas sobre el componente biológico y el trabajo administrativo, tan frecuentes en la práctica enfermera, se identifican (fundamentalmente) con la realización de trabajo pautado. Y, a este respecto, es necesario tener en cuenta que, cuando realizamos un trabajo pautado, tenemos limitada la posibilidad de diálogo acerca del mismo.

El trabajo pautado permite hablar sobre lo que hay que hacer a cada paciente, o sobre si se ha hecho o no. También es posible hablar sobre la efectividad o no de las medidas. Pero, en ningún caso, permite la toma de decisiones (aún menos compartida) por parte de la enfermera. El diálogo queda, por tanto, expulsado de este tipo de actividad con el paciente.

De esta forma, la falta de libertad de la enfermera (en el diálogo) se traduce en falta de libertad para el paciente (MacDonald, 2002). Además, es complicado establecer dónde termina la libertad del paciente y dónde comienza la de la enfermera, puesto que ambas han de dejar espacio a la otra (la libertad del médico, situada en lo alto de la jerarquía). Estas complejas relaciones tanto personales como institucionales impiden que se tomen decisiones con libertad real (MacDonald, 2002).

Pero además, es necesario tener en cuenta otro factor: Del mismo modo que la autonomía profesional tiene una parte ligada a la legislación y las regulaciones de la organización (Dempster, 1994), también tiene una parte fundamental ligada a factores personales e individuales (Dwyer, Schwartz & Fox, 1992).

Es decir, la cuestión de la autonomía también “es una cuestión de preferencias”; y, entre las enfermeras, unas desean mayor autonomía y otras se encuentran cómodas realizando las tareas prescritas.

Además, hay que tener en cuenta que hasta que la enfermera no alcanza cierta experiencia es poco probable que se sienta cómoda tomando sus propias decisiones (Sumner, 2010). Siempre existe un riesgo de decepción y resistencia al autoconocimiento (Johns, 1997). Por eso, la enfermera inexperta se dedica a realizar las tareas que se le mandan (Sumner, 2010).

Por tanto, tenemos que partir de que no todas las enfermeras (ni en todos los momentos) desean la autonomía. Más bien, indicando lo contrario, encontramos poca bibliografía enfermera sobre el concepto de autonomía (Varjus, Leino-Kilpi & Suominen, 2011).

A pesar de ello, es necesario fomentar entre las enfermeras la libertad para que tomen sus propias decisiones (Beauchamp & Childress, 2009, citado en Varjus, Leino-Kilpi & Suominen), la capacidad para actuar de acuerdo a las propias intenciones (Varjus, Leino-Kilpi & Suominen, 2011), y la responsabilidad para que acepten los resultados de sus decisiones (Debout, 2006).

Pero al mismo tiempo, hay que trabajar el entorno laboral de las enfermeras, pues, cuando esto ocurre y las enfermeras se esfuerzan por la liberación (Fulton, 1997), encuentran poco o ningún apoyo para llevarla a cabo (Collins & Henderson, 1991).

#### **1.6.7. Relaciones conflictivas con el médico**

A estos problemas de autonomía (libres de valoración ideológica), se suma la constatación de una relación médico-enfermera que no es todo lo

fluida que sería deseable (Mac Donald, 2002). Según Randall, Burr & Bushy (2011), los médicos siguen siendo descritos por las enfermeras como: egoístas, groseros, odiosos, inaccesibles y no abiertos al trabajo colaborativo (en equipo).

Al marcado carácter de subordinación que tienen las actividades pautadas hay que sumar, por tanto, unas relaciones inefectivas médico-enfermera. No obstante, como dice McLain (1988), es necesario que las enfermeras luchen por tener igualdad de oportunidades para expresarse, cuestionar, discutir, etc. (en lo que Habermas llama discurso ideal, la comunicación libre y sin distorsión) porque, como este mismo autor sostiene, en una sociedad capitalista avanzada, la legitimación sucede primero a un nivel sociocultural; siendo estos valores, los valores socioculturales, los que legitiman los valores políticos y económicos, y no al revés.

Es decir, la práctica precede a la legislación. El sistema económico y político no puede legitimar una práctica colaborativa si no existe una colaboración a nivel sociocultural. Médicos y enfermeras han de tener la voluntad de crear las condiciones necesarias para la competencia comunicativa (McLain, 1988).

#### **1.6.8. Normas en las organizaciones**

A este acatamiento de órdenes médicas debemos sumar un hecho de base: las organizaciones necesitan normas (sistemas) para su correcto funcionamiento. Y los sistemas toleran difícilmente el diálogo y la individualidad. De hecho, si estuvieran abiertos a ellos dejarían de servir para lo que fueron creados: la eficiencia en la decisión.

Moss & Maxfield (2007) ha llegado a calificar el mundo de la salud como el epítome de la industria basada en el conocimiento. Se trata de conseguir la información correcta de las personas correctas para las personas correctas en el momento correcto para que la acción correcta sea llevada a cabo.

No obstante, las normas desposeen de poder al paciente. El paciente, muchas veces, siente que no tiene elección, que debe acatar dichas normas (Biley, 1992).

Por su parte, las enfermeras también perciben que la organización del hospital no les permite la atención individual requerida para la expresión de emociones y sentimientos (May, 1992; Costello, 2001) y tienen que adaptarse a numerosas normas (Moran, 2009). Las enfermeras se sienten tan parte de la racionalidad del sistema que no pueden liberarse de él para compartir descubrimientos emocionales (Baur et al., 2012).

No obstante, como dice Fredriksen (2003), “los profesionales ya eran arrogantes y las normas hospitalarias ya eran rígidas hace 30 años”. Si la deshumanización es un problema más grave hoy en día debe ser por la acción de un mecanismo diferente.

#### **1.6.9. Políticas objetivistas y eficientistas**

Los sistemas sanitarios actuales valoran, ante todo, lo que funciona y, además, lo que funciona al menor coste posible; es decir, la eficacia y la eficiencia de la atención. Es así de modo general. Sin embargo, esta situación merece ser analizada más detenidamente.

Por un lado, está la irracional (y a veces perversa) presión ejercida por las instituciones para conseguir objetivos.

A este respecto, nada más gráfico que el caso descrito por Sellman (2011) acerca de los servicios de emergencias del Reino Unido. Sellman cuenta cómo un objetivo (“que los pacientes no estuvieran en los servicios de emergencias más de 4 horas”), estaba haciendo que los médicos intentaran hacerse cargo de los casos más fáciles (para no incumplir este objetivo). De algo impuesto para reducir la espera de los pacientes, lo que se obtuvo fue una peor atención. Sobre el papel, los pacientes esperaron menos de las 4 horas, pero la realidad fue que los pacientes estaban siendo peor atendidos.

Por otro lado, habría que señalar la exigencia, insalvable, de que todo, incluido el cuidado, deba ser calculado, pesado y evaluado.

En este sentido, Manthey (2008) describe una experiencia de enfermedad, cuando tenía 5 años, en la que una enfermera (Florence Marie Fisher) la ayudó hasta el punto de que aún lo recuerda. Sin embargo, esa ayuda nunca podría haber sido medida con ninguna herramienta conocida. La autora califica aquella ayuda como profundamente poderosa, pero (también) profundamente invisible, pues, de hecho, la autora describe cómo la enfermera que la ayudó nunca supo lo que influyó en ella. De esta forma, aspectos fundamentales, pero intangibles, de su experiencia pasaron inadvertidos para el sistema, porque, el cuidado, y los beneficios que este produjo, no se pudieron, ni tal vez hubo intención, tan siquiera, medir (Peacock & Nolan, 2000).

El tercer elemento de este apartado es el uso del coste como criterio, o valor de cambio, para la toma de decisiones.

Como ejemplo de esta tendencia, recordar el caso descrito por Bezreh et al. (2012). El autor cuenta cómo los pacientes llegan a calificar a los médicos "de poco fiar" a la hora de prescribir el tratamiento, porque, al menos a veces, parece que están más comprometidos con las empresas farmacéuticas que con lo que desean sus pacientes. El caso descrito por Bezreh et al. pone en evidencia un hecho: el paciente está percibiendo que los criterios financieros están por encima de los criterios terapéuticos, algo que, sin duda, está produciendo una mella, tan importante como ignorada, en uno de los principales pilares de la atención, la confianza del paciente en el sistema (Barnes, 2008).

Pero, las repercusiones de estas políticas son más graves aún, si cabe, en la Enfermería pues, como señala Collière (1986) el cuidado no forma parte de los criterios para financiación, de forma que, en estos entornos económico-laborales, las enfermeras se perpetúan en condiciones de trabajo difíciles (de turnicidad, horario no flexible), bajo la presión, incluso abuso, de directivos e instituciones, ignoradas, con una difícil carrera profesional, un sueldo bajo, bajo estatus social, falta de reconocimiento social, etc. (No authors, 2003; Scott, 2000, 2004).

En cualquier caso, como apunta Brown (2008), la opción por el cuidado no puede ser un idealismo. Para desarrollar una política del cuidado éste debe poder ser codificado, costado, medido, gestionado, cualificado e incentivado. El cuidado no puede seguir siendo un trabajo ni-reconocido ni-pagado (Guy & Newman, 2004; John & Parsons, 2006; Meier, Mastracci & Wilson, 2006; Scott, 2000).

#### **1.6.10. Sistemas de control**

Un elemento añadido en estos sistemas eficientistas es la incorporación de exigentes herramientas de control burocrático, necesarias para comprobar si los objetivos marcados por la institución se cumplieron finalmente.

Su existencia no es patológica en sí misma, sino que, bien al contrario, constituye un elemento necesario para racionalizar sistemas complejos como son los sistemas sanitarios. El problema es que, estas herramientas han sido tan valoradas que, “las tareas mecánicas y repetitivas que el sistema burocrático impone parecen haberse situado por encima de la atención directa a los enfermos” (Medina, 2005).

Hernández Yáñez (2010) llega a describir esta situación como una nueva subordinación. A la tradicional subordinación de la enfermera al médico parece añadirse, ahora, la subordinación directa a las burocracias sanitarias.

Pero además, es que los nuevos sistemas de control burocrático han introducido nuevas acciones (estas sí objetivables) que las enfermeras “tienen que” realizar, algunas, propuestas por las propias enfermeras (en un intento más de visibilizar el cuidado) (Cohen, 2004). El problema es que todo ello no hace sino agravar el problema de sobrecarga mencionado anteriormente.

En este sentido, Sellman (2011) pone de relieve la tensión existente actualmente en el Reino Unido entre la gestión y la práctica profesional, pues los valores de la enfermería y, particularmente, aquellos asociados con el cuidado del paciente, parecen estar bajo la amenaza de los controles administrativos.



### 1.6.11. Los criterios universalistas de la ciencia clásica

El último de los aspectos que vamos a analizar es el valor de la ciencia y la tecnología para los diferentes actores de la salud.

En el mundo en que vivimos, la respuesta a cualquier demanda pasa por el uso de la tecnología; y el campo de la salud no es diferente. Es más, la sociedad ha llegado a "sacralizar" la ciencia médica y la tecnología: El trasplante, la genética (la alquimia moderna), etc., son avances lícitos. El problema es que esta relación medicina-tecnología ha sido tan exitosa que la población ha llegado a creer que "la enfermedad y la muerte son un fracaso" y que "hay un tratamiento, fundamentalmente farmacológico o quirúrgico, para todo". Si el resultado es la discapacidad o la muerte, o si no se han realizado "prestigiosas" intervenciones tecnológicas, la población cuestiona la adecuación de la intervención.

Esta realidad ha ocasionado que, para ganar prestigio, numerosas instituciones adquieran la última tecnología del mercado (independientemente de los resultados que genere). Parece que están obligadas a ello, lo mismo que políticos y gobernantes. Aunque, tal vez, como proponen algunos autores (Foucault, 1989; Illich, 1975,) ellos (instituciones, políticos) no sean la víctimas sino los protagonistas de una estrategia en la que se usa el poder de la ciencia y la medicina para ofrecer, medicalizando la realidad, soluciones tecnológicas a numerosas situaciones de la vida cotidiana.

Pero, sin duda, el que más ha visto afectada su práctica por estas expectativas es el profesional. El profesional tiene que responder a unas expectativas no siempre alcanzables (la recuperación de la salud), y de un modo concreto (la acción instrumental-tecnológica). No es de extrañar, por tanto, que técnicas diagnósticas y terapéuticas complejas sean la respuesta más habitual que el profesional sanitario pone en marcha ante cualquier tipo de consulta clínica (Hyde et al., 2005), sin cuestionarse, tan siquiera, posibles intervenciones comunicativas (Heartfield, 1996; Hyde et al., 2005; Huynh, Alderson & Thompson, 2008).

Estas expectativas exageradas han llevado al profesional a un estilo de medicina, "la medicina defensiva", que "sobre-utiliza" la acción instrumental como medida de protección individual, mientras que crece el desinterés por las experiencias individuales (Jonsdottir, Litchfield & Pharris, 2004).

Pero es que, además, las instituciones, en un intento desmesurado por garantizar la seguridad del sistema ha impulsado modelos de gestión, como la gestión clínica (clinical governance), que han introducido una forma de actuación descontextualizada basada en guías, estándares universalizadores y directivas (encoded knowledge) que han terminado por producir un recorte aún mayor en la capacidad de decisión del profesional.

Si a esto sumamos que en la cultura enfermera "no hay prácticamente lugar para el pensamiento tácito, porque la disciplina enfermera es básicamente metodológica y en su praxis está acostumbrada a trabajar disciplinadamente, con sujeción a órdenes, protocolos y planes de cuidados" esta situación está siendo especialmente crítica en el caso de la enfermería (Hernández-Yáñez, 2010).

En definitiva, acostumbrada a la sujeción a órdenes, la enfermería ha sustituido al médico por la ciencia. Lejos de un hábito de cuestionamiento, sigue siendo mera ejecutora de acciones prescritas.

Pero, más allá del profesional, el verdadero perdedor en esta historia es el paciente, que ha visto perdida la percepción de competencia propia (Fredrikssen, 2003) para dejar su salud en manos del profesional.

Basándose en que las mejores decisiones se toman en base al conocimiento objetivo (que ellas poseen), las enfermeras están imponiendo los criterios universalistas emanados de la ciencia (con mayúsculas) sobre los criterios y decisiones particulares emanadas del paciente (Everett, 1993; Porter, 1997).

De esta forma, el pretendido interés de las enfermeras por ayudar a las personas a protagonizar sus vidas, sus experiencias de salud y enfermedad, está cada vez más lejos de ser una realidad.

## **1.7. La acción comunicativa como alternativa**

Teniendo en cuenta los argumentos con los que finalizábamos el apartado anterior, este trabajo de tesis parte de una hipótesis que supera el ámbito de la Enfermería para abordar el problema desde una teoría de la sociedad.

Es decir, los autores entendemos que la falta de calado de la ideología del cuidado en la práctica actual no debe ser interpretada como un fracaso disciplinar, y mucho menos como un desacuerdo de la profesión con dicha ideología. El problema actual de la Enfermería no es sino una consecuencia del medio en el que vive, en su triple vertiente de sociedad, institución y grupo profesional.

En este sentido, Jonsdottir, Litchfield & Pharris (2004) animan a las enfermeras a resistirse a las presiones de la sociedad contemporánea, que exigen una práctica demasiado técnica.

La idea habermasiana de acción comunicativa parece ofrecer importantes potencialidades para abordar este reto. Diversos autores (Barry et al., 2001; Mishler, 1984; Scambler & Higgs, 2001) señalan su capacidad para desplazar el centro de gravedad de la práctica clínica desde modelos objetivistas y tecnológicos como la biomedicina hasta modelos sociales, fundados sobre la diversidad y los contactos del profesional con el paciente.

Respecto a la concretización de estas potencialidades, vamos a resumirla en tres: 1) juntar objetividad y subjetividad (en la perspectiva); 2) equilibrar éxito e intereses del paciente (en cuanto a metas); y finalmente, 3) transmitir competencia (en la acción).

### **1.7.1. Primera potencialidad: Juntar objetividad y subjetividad**

La ascendencia o pujanza del pensamiento paradigmático y abstracto, representado por el tecno-racionalismo, positivismo y reduccionismo científico (que ignora los requisitos humanos más fundamentales) ha sido una tendencia general de la sociedad. Pero, también lo ha sido su crítica, baste

recordar la idea utilizada por Heidegger (1977, citado en Betts, 2005) de “olvido del ser” (“seinsvergessenheit”) para dar cuenta de esta segunda postura (Betts, 2005).

En el campo de la Enfermería, esta confrontación ha tenido una especial significación. Por un lado, Thorne et al. (2004) exponen cómo la Enfermería ha tendido tradicionalmente a tomar ideas complejas y reducirlas a una simple forma binaria. Algo que Pitre & Myrick (2007) ejemplifican con los típicos discursos disciplinares que enfrentan lo cuantitativo y lo cualitativo, las ciencias naturales y las ciencias humanas, el monismo y el pluralismo, etc. A la vez, por otro lado, autores como Kikuchi (2006) nos recordaban la merma en la calidad del discurso teórico enfermero provocada por esta actitud reduccionista absolutamente desaconsejada en enfermería por no pocos autores (Melnechenko, 2003).

Superado el momento de preocupación por el empirismo, que ponía de relieve la lógica del blanco y el negro, la Enfermería atravesó una fase cualitativa que ponía el foco sobre la subjetividad del fenómeno enfermero y trataba de ver toda la variedad de colores en sus contextos. Sin embargo, esta opción fue vista por muchos autores como un relativismo peligroso: demasiadas respuestas para una sola pregunta (Im y Chee, 2003).

Más allá de los “golpes de timón” que la Enfermería ha dado en busca de la base teórica que resuelva los conflictos entre la objetividad y la subjetividad, los autores de esta tesis consideramos que la aceptación de la imprecisión, complejidad y diversidad características de los conceptos y fenómenos enfermeros no supone optar por una perspectiva objetiva o subjetiva, sino más bien, buscar una base teórica que resuelva los conflictos entre la objetividad y la subjetividad (Im y Chee, 2003).

Es necesario, a la vez, hacer visible las zonas grises existentes entre las respuestas a preguntas de blanco o negro y ofrecer una comprensión contextual del fenómeno complejo de la enfermería. Y este reto parece ser abordable desde la acción comunicativa.

### 1.7.2. Segunda potencialidad: equilibrar éxito e intereses del paciente

Los sistemas sanitarios actuales son organizaciones complejas y diferenciadas, que requieren cierto grado (elevado) de racionalización, de automatismo, para su funcionamiento. Es necesario que su funcionamiento esté programado, y también es necesario evaluar el impacto de su acción. Pero medir solamente efectividad y eficiencia es una manera muy mecánica e impersonal de verlo. Es necesario incluir la perspectiva del paciente. A este respecto, resulta muy interesante lo ocurrido con la Gestión Clínica en el Reino Unido.

La Gestión Clínica surgió en el Reino Unido como una estrategia para recuperar la confianza del paciente en el sistema después de una serie de errores médicos (Brown, 2008). Para ello, enfatizó en la idea de adecuación a la norma (a una convención externa garantizada). Sin embargo, y (también) para ello, descuidó u olvidó que el mejor cuidado es siempre el mejor cuidado desde la perspectiva del paciente.

Como dice Brown (2008), la concepción de confianza incluida en este modelo adolecía de una perspectiva excesivamente instrumental, entendiendo la confianza como eficacia conscientemente instrumental.

Los autores de esta tesis (en cambio) consideramos necesario conjugar metas instrumentales y expectativas particulares (del paciente) a través del diálogo. La atención exige la existencia de una comunicación suficiente con el paciente, de manera que el paciente conozca los objetivos de los profesionales, el profesional sepa cuáles son los intereses específicos del paciente, y paciente y profesional confíen en que objetivos profesionales e intereses del paciente converjan tal y como se acordó en un acto comunicativo (Habermas, 1987).

La construcción de objetivos compartidos a través de la acción comunicativa es, por tanto, otra de las potencialidades que permitirá superar los excesos de la razón tradicional en la sociedad y proteger la práctica relacional enfermera.

### 1.7.3. Por último, transmitir competencia

El último reto abordable desde la acción comunicativa es la recuperación de la competencia del paciente. Los profesionales sanitarios se han convertido en culturas expertas (Fredriksen, 2003) que fragmentan el conocimiento para apoderarse de él. Hoy en día tenemos, por su puesto, médicos, pero ninguno de ellos sin especialidad, tenemos enfermeros (que están siguiendo el mismo camino), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, podólogos, odontólogos, etc. En definitiva, especialista del “dedo gordo del pie derecho”.

Antes, en cambio, los pacientes consultaban menos por sus dolencias. Éstas eran resueltas por sus propios medios, en su entorno social más cercano. O en todo caso, recurriendo a un único profesional de referencia, el médico. Sin embargo, hoy, las personas se hacen dependientes del profesional, de muchos y diferentes profesionales. Depositán su confianza en ellos, sin darse cuenta que, de esta forma, están perdiendo la confianza en sus propias capacidades. Se empobrecen.

Habermas denomina este fenómeno como “empobrecimiento cultural” y lo utiliza, junto a la “colonización del mundo de la vida por el sistema” para desarrollar su teoría sobre las patologías sociales de la modernización. Es más, su tesis es que el empobrecimiento cultural es el que abre la puerta a la intrusión del sistema en el mundo de la vida, es decir, al hecho de que demasiados problemas cotidianos sean abordados desde la tecnología médica.

Los autores de esta tesis consideramos necesario situar la independencia del paciente como meta y el empoderamiento del paciente como principal estrategia. Es preciso rescatar la competencia del paciente, la confianza en sus capacidades y en las capacidades de su entorno.

Sin embargo, este cambio de actitud (en apariencia simple) exige liberar la comunicación entre enfermera y paciente de la distorsión provocada por la diferencia de poder (Salvage, 1990). Este deseo (de igualdad) es otra de las características fundamentales de la acción comunicativa y, por tanto, otro de sus potenciales de cambio.

En cualquier caso, y acorde con presupuestos ya expresados en esta tesis, reconocemos que no basta un simple cambio de actitud (en las enfermeras) para que el cambio se produzca, ya que existen múltiples barreras dentro de los múltiples sistemas en los que la Enfermería ejerce su práctica (Salvage, 1990).

La propuesta de uso de la acción comunicativa como herramienta de cambio no evita el cuestionamiento, anteriormente planteado, acerca del conjunto de creencias y valores existentes la sociedad, las instituciones y la profesión (como grupo social), así como sobre quién utiliza esas ideas (creencias y valores), con qué propósito y qué funciones latentes o intereses existen detrás de su formulación.

### **1.8. El marco de la acción comunicativa**

Realizada la propuesta de utilizar la acción comunicativa para hacer frente a las reducciones cognitivas de la sociedad contemporánea y, a la vez, proteger el núcleo relacional de la Enfermería, resulta necesario especificar el contenido de esta propuesta y señalar los motivos de la misma.

Respecto a los motivos de esta opción, comprenden tanto razones científicas como ideológicas, pues reconocemos en la Teoría de la Acción Comunicativa (TAC) no sólo un concepto original de sociedad muy útil para describir las relaciones existentes entre el mundo de las experiencias contextualizadas del paciente y el sistema de la tecnología médica y la administración sanitaria; sino también un marco idóneo para explicar por qué el proceso de modernización específicamente capitalista ha optado (pues tenemos capacidad de elegir) por un modelo de sociedad administrada y regulada por medios sistémicos.

Por tanto, a partir de la TAC, (los autores) nos proponemos, en primer lugar, explorar cómo se reparten el mundo de las experiencias contextualizadas (por un lado) y el sistema de la tecnología médica y administración sanitaria (por otro) en la práctica profesional; para después, desvelar (en su caso) la dominación de la integración sistémica; y terminar aportando los elementos para una crítica emancipatoria.

Para responder a la primera de nuestras pretensiones, vamos a utilizar los tipos de acción de Habermas. De esta forma identificaremos, en primer lugar, el peso del trabajo tecnológico y administrativo en la práctica enfermera (en términos de acción instrumental); y, en segundo lugar, el calado de la ideología del cuidado frente a modelos reduccionistas y fiscalizadores como el modelo biomédico (en términos de acciones comunicativas y estratégicas).

Para explicar por qué el sistema administrativo o el sistema de la tecnología médica han sobrepasado sus límites para invadir ámbitos fundamentados sobre el entendimiento como es el ámbito del cuidado, vamos a utilizar el concepto de colonización del mundo de la vida y su capacidad para explicar fenómenos tan comunes en la práctica clínica como la alienación y cosificación de la persona.

Por último, para fundamentar las condiciones necesarias para hacer retroceder las fronteras de los subsistemas administrativo y económico hasta el ámbito que les es propio, vamos a proponer el concepto de acción comunicativa, reconociendo su potencialidad para oponer resistencia a la comunicación distorsionada que caracteriza la práctica clínica actual.

De este modo, este proyecto de tesis considera que es posible sustituir la acción instrumental-tecnológica por la acción comunicativa en numerosas situaciones sociales; y que, en esta tarea, la Enfermería tiene un papel protagonista. Claro está, que estamos refiriéndonos a una Enfermería acorde con la ideología del cuidado.

Explicados los motivos de nuestra opción por la Teoría de la Acción Comunicativa y nuestras pretensiones a partir de ella, haremos (ahora) un breve repaso del contexto en el que se sitúa esta propuesta y el contenido de la misma.



### 1.8.1. La teoría crítica y la Escuela de Frankfurt

Habermas se encuadra en la Teoría Crítica de la Sociedad, en realidad un conjunto teorías de diferentes pensadores, filósofos, psicólogos, economistas y sociólogos neo-marxistas (Adorno, Walter Benjamin, Max Horkheimer, Marcuse, Jürgen Habermas, Oskar Negt o Hermann Schweppenhäuser, entre otros) pertenecientes, o cercanos, al Instituto de Investigaciones Sociales fundado por Felix Weil en torno a la Universidad de Frankfurt. No obstante, los planteamientos de Habermas difieren profundamente de los de la primera generación de teóricos.

Considerada una reformulación *sui generis* del pensamiento marxista, los autores recogidos bajo esta etiqueta pretendían una teoría social y política “crítica y de izquierdas”, siendo a la vez distante de la ortodoxia del “socialismo realmente existente” (URSS), pues consideraban que los denominados seguidores de las ideas de Karl Marx no habían hecho sino utilizar una pequeña porción de las ideas de éste para la defensa de los partidos comunistas más ortodoxos (Fernández, 1997).

El proyecto del Escuela pretendió, por tanto, renovar la teoría marxista de la época, pero además, decidió convertir la reflexión filosófica sobre la práctica científica en “leitmotiv” de su movimiento.

De este modo, la nueva teoría se propuso ampliar el concepto de razón, de manera que el pensamiento se liberara de los límites marcados por la práctica empirista y la visión objetiva de la realidad así como de las implicaciones institucionales y mercantiles del enfoque positivista.

Por tanto, la Escuela de Frankfurt va a cuestionar tanto la organización (una burocracia inseparable de la industrialización avanzada) como el sentido de la empresa científica (la eficacia perfeccionada de la empresa individual) para llegar a una conclusión: somos esclavos de la razón técnica y ésta de la razón política (Marcuse, 1969).

La teoría crítica denuncia así la “ideología” que esconde la actividad científica:

“Mediante su identificación de conocimiento y ciencia el positivismo limita la inteligencia a funciones que resultan necesarias para la organización de un material ya tallado de acuerdo con el molde de la cultura comercial” (Horkheimer & Adorno, 1998).

Respecto a las posibilidades de la sociedad para hacer frente a este sistema impersonal y calculador, sus juicios no son nada optimistas. El pesimismo de Horkheimer & Adorno con respecto a las posibilidades de la razón como agente de liberación queda patente en su “Dialéctica de la Ilustración” sobre el proceso moderno-europeo de autodestrucción de la Ilustración” (Fernández, 1997). Y entre sus herederos, Herbert Marcuse, no es mucho más optimista al exponer que la ciencia, “auto-declarada neutra e incompetente” para juzgar lo que debería ser, no hace sino favorecer a los poderes sociales que sí determinan completamente lo que debería ser y lo que es (Marcuse, 1969).

Sin embargo, Habermas supone un cambio en relación a sus predecesores, pues Habermas sí cree que la razón puede ser un “instrumento de liberación “de las cadenas de la ignorancia, la dominación y la mala conciencia” (Horkheimer & Adorno, 1998), y propone una versión nueva de la Teoría Crítica de la Sociedad.

### **1.8.2. La teoría de la acción comunicativa**

La Teoría de la Acción Comunicativa (TAC) es la alternativa más rigurosa, elaborada y coherente para quienes no renuncien a una comprensión global de las sociedades capitalistas occidentales desde una racionalidad que no se reduzca en términos estratégicos ni sistémicos (Noguera, 1996).

No obstante, más allá de esta, en apariencia afirmación desmedida, la TAC supone (como el propio Habermas en su prólogo):

1. Una crítica a las reducciones cognitivo-instrumentales derivadas del concepto tradicional de razón; y, a la vez, una propuesta de racionalidad alternativa (la racionalidad comunicativa) capaz de hacer frente a estas reducciones.
2. Un concepto de sociedad tan original como integrador: articulado en dos niveles, el mundo de la vida y sistema.
3. Una teoría de la modernidad capaz de explicar de patologías sociales como la alienación y cosificación mediante la hipótesis de que los ámbitos de acción comunicativamente estructurados quedan sometidos a los imperativos de sistemas de acción organizados formalmente que se han vuelto autónomos.

En este sentido, la Teoría de la Acción Comunicativa va a suponer la superación tanto de la filosofía de la conciencia, basada en el modelo de un actor aislado que se enfrenta con un mundo objetivo y externo, como del paradigma productivista, que reduce toda praxis social a la consecución del éxito.

Habermas supera la teoría de la conciencia al proponer una conciencia individual que no se forma en la relación del individuo con un mundo exterior de objetos, sino a través de la intersubjetividad, de la interacción comunicativa con otros sujetos conscientes.

La superación del productivismo, Habermas la consigue al proponer “el entendimiento intersubjetivo” como un tipo de finalidad analíticamente distinto a la existente hasta ese momento (la consecución de un determinado efecto en el mundo).

Dicha propuesta no supone (para Habermas) una negación de los aspectos materiales de la realidad social, ni Habermas pretende que la sociedad pueda entenderse, de modo general, en términos de interacción lingüística.

“Los seres humanos, viene a decir Habermas, no sólo se reproducen mediante acciones teleológicas orientadas a un fin [o

efecto], sino también mediante procesos cooperativos de interacción que les permiten establecer fines comunes y coordinarse para llevarlos a la práctica” (Noguera, 1996).

Lo que sí dice, en cambio, es que todos los fenómenos sociales están lingüísticamente mediados y que del uso del lenguaje derivan importantes potenciales para el mundo social.

No obstante, Habermas nos dirá que el potencial de racionalidad del lenguaje, sólo se realiza en contadas ocasiones. Habitualmente, al hablar, en cada acto de habla estándar, establecemos tres pretensiones de validez con nuestro oyente (Habermas, 1987):

1. Lo que decimos es verdadero (pretensión de verdad).
2. Lo que decimos se adecua a las normas morales que rigen este tipo de interacciones (pretensión de rectitud normativa); y
3. Somos sinceros al decirlo (pretensión de veracidad).

Estas tres pretensiones o requisitos hacen referencia a mundos diferentes. La verdad hace referencia al mundo objetivo (pe., cuando hablan de la fiebre); la exactitud o exactitud normativa hace referencia al mundo social en el que hablante y oyente están inmersos y que rara vez se hace explícita (como pe. las creencia/expectativa del paciente de que el profesional va a intentar ayudarlo); y por último, la veracidad, o sinceridad, está vinculada al mundo subjetivo (pe., cuando alguno cree que el otro miente u oculta alguna intención).

Además de estos tres requisitos, la inteligibilidad es un pre-requisito de todos ellos. Es decir, hablante y oyente deben comprender el lenguaje del otro para expresar (y valorar) la verdad, exactitud y veracidad (Skirbekk, 2004)

Pues bien, según Habermas, estas pretensiones o requisitos se presuponen y aceptan sin problemas en la vida cotidiana, no son puestas en

cuestión abiertamente (Skirbekk, 2004). Sólo cuando, por cualquier razón social, esas pretensiones se cuestionan públicamente en la comunicación y es necesario defenderlas y criticarlas con argumentos, se realiza el potencial de racionalidad que Habermas ve en el lenguaje.

“Entonces, se interrumpe el curso teleológico de la acción para entrar en el ámbito del discurso, dónde tras un proceso público de discusión, puede alcanzarse un nuevo entendimiento o consenso” (Noguera, 1996).

“[...] En la medida en que los consensos son alcanzados más en base a argumentaciones que en base a relaciones de poder, imposición o manipulación, tales consensos y las practicas subsiguientes son más racionales comunicativamente hablando” (Noguera, 1996).

#### **1.8.2.1. La teoría de la acción: acción comunicativa**

Las argumentaciones constituyen, por tanto, la base de la racionalidad comunicativa propuesta por Habermas para hacer frente a las reducciones cognitivo-instrumental de la sociedad actual.

No obstante, para entender esta, en apariencia, sencilla propuesta, es necesario precisar un concepto clave en Habermas, el de acción comunicativa, y aclarar cuál es el lugar de las acciones comunicativas en el ámbito de la acción general.

#### **1. Acciones, movimientos y operaciones**

Para entender el concepto de acción es necesario comenzar diciendo que Habermas diferencia las acciones de los movimientos y operaciones: 1) las acciones concretas; 2) los movimientos corporales coordinados a través de los que el sujeto realiza sus acciones; y 3) las operaciones que capacitan al sujeto para sus acciones (Habermas, 1989).

Según Habermas, sólo en las acciones el sujeto sigue reglas de acción. En el caso de los movimientos, por ejemplo, levantar un brazo y de las

operaciones, por ejemplo, sacar cuentas, no se puede hablar de reglas de acción sino de infraestructuras de la acción (Habermas, 1989). Por tanto, según Habermas, sólo hay acción cuando seguimos una regla, sabemos que seguimos una regla y, además, sabemos decir qué regla estamos siguiendo.

## **2. Actividad teleológica y habla**

En segundo lugar, Habermas diferencia dos tipos puros de actividad: actividad teleológica y habla (Habermas, 1987).

Respecto a la primera, la actividad teleológica, Habermas la define como una intervención causalmente eficaz, dirigida a conseguir una meta, por eso Habermas las llama “acciones orientadas al éxito” (erfolgsorientiert); mientras que los actos de habla, en contraste con la acción teleológica, los define como medios de comunicación concebidos con el fin de entenderse.

Es decir, acción teleológica y habla se distinguirían por el tipo de metas que pretenden. No obstante, Habermas reconoce que esta diferencia es una distinción puramente analítica, primero, porque la estructura teleológica es fundamental para todos los conceptos de acción (toda actividad intencional tiene una estructura teleológica); y segundo, porque “se encuentran absolutamente entremezcladas en el mundo real y son inseparables (Habermas, 1987).

Por tanto, Habermas no niega el artificio que supone esta diferenciación. Sin embargo, defenderá su diferencia, porque el tipo de éxito consistente en lograr un entendimiento lingüístico es conceptualmente muy distinto.

## **3. Acción comunicativa y acción estratégica**

En el tomo I de “Teoría de la Acción Comunicativa”, Habermas distingue las acciones comunicativas del resto de tipos de acción social: la estratégica, la regulada por normas, la dramática y la comunicativa (Habermas, 1987). No obstante, en “Pensamiento postmetafísico” (Habermas, 1990) ya sólo habla de dos tipos de acción: la estratégica y la comunicativa.

La acción comunicativa es, para Habermas, aquella en la que los actores buscan entenderse para poder así coordinar, de común acuerdo, sus planes de acción y, con ello, sus acciones (Habermas, 1987). En ella las palabras clave son entenderse y coordinar. Es decir, implican la existencia de un proceso público de discusión (hablar) y un, nuevo o no, consenso (o acuerdo) sobre el que actuar.

Pero, para entender cada uno de los conceptos encarnados en esta secuencia (discusión-consenso-acción), es preciso introducir otros nuevos. El primero de ellos es el de las “buenas razones”.

Habermas reconoce la pluralidad del mundo moderno. No hay dioses ni demonios [dice Habermas] sino convicciones o formas de vida diferentes que pueden causar fricción (pero no incompatibilidad); y, cuando suceden, las fricciones deben ser resueltas basándonos en buenas razones (Habermas, 1987).

Respecto a las “buenas razones”, son argumentos que trascienden el contexto local específico. No es una cuestión relativa a los hábitos de vida de ciertos lugares, ni argumentos “válidos en esta época”. Son argumentos válidos universalmente (Habermas 1987). Por tanto, las buenas razones son algo que no se puede establecer en virtud de la observación neutral de aquello que éste o aquel participante en un discurso considera como buenas razones sino en base a la “actitud performativa” de quien se concibe como parte de los procesos globales en los que él mismo participa activamente (Henning Jensen, 1984).

Junto a las buenas razones, Habermas describe las condiciones del “habla ideal” como requisitos imprescindibles para alcanzar el tipo de consenso requerido en la acción comunicativa.

Estas condiciones del “habla ideal” se resumen en: 1) No nos debemos contradecir; 2) Debemos usar palabras de una misma manera; 3) Debemos hablar sin intención de engañar; etc.; y dos condiciones muy fuertes (Fernández, 1997): Todos deben poder expresarse de forma igual; y todos

deben tener también, fuera de la argumentación, un poder igual, es decir nadie puede estar subordinado a nadie.

El concepto de racionalidad comunicativa, por tanto, “encierra connotaciones que, en su esencia, se fundan en la experiencia central del discurso argumentativo que produce la unión sin coacción y que crea el consenso, proceso en el cual los diversos participantes logran dejar atrás sus creencias, primeramente sólo subjetivas, y, gracias a la experiencia común del convencimiento motivado racionalmente, adquieren la certeza, simultáneamente, de la unidad del mundo objetivo y de la intersubjetividad del contexto en el que desarrollan sus vidas (Habermas, 1987)”.

Como apunta Furth (1984), el consenso de Habermas no debe ser conceptualizado como la conclusión de un argumento lógico, sino como el resultado de un respeto mutuo de personas con capacidad de razonamiento, que interaccionan positivamente.

Cuando las decisiones emergen de un diálogo respetuoso que clarifica el objetivo relevante y las consideraciones subjetivas y sociales, estas decisiones coparticipan de una acción comunicativa (Walseth & Schei, 2011).

El último de los conceptos que introduciremos para clarificar, finalmente, el concepto de acción comunicativa es su carácter de acción: coordinarse.

En este sentido, Habermas va a enfatizar el carácter teleológico de la acción comunicativa, pues esta acción no sólo consiste en hablar sino también en actuar: se consensua a qué restaurante ir después del cine, qué tareas de la casa vamos a hacer cada miembro de la pareja, etc. (Noguera, 1996).

Respecto a la acción estratégica, también supone coordinación para la acción, pero en este caso, esta coordinación es distinta, pues mientras la acción comunicativa utiliza el habla para el entendimiento intersubjetivo, “en la acción estratégica, el habla se utiliza sólo como un medio en el que tiene lugar la transmisión de informaciones o como un influjo que acaba induciendo a un determinado comportamiento (Habermas, 1990)”.



Frente al entenderse y actuar de la acción estratégica, en este caso las palabras clave serían informar y convencer. La acción estratégica supondría, de esta forma, un uso parásito del lenguaje, originalmente orientado al entendimiento (Habermas, 1987) (figura 1.8).

**Figura 1.8. Tipos de acción según Habermas**

		Orientación de la acción	
		Éxito	Entendimiento
Situación de la acción	No social	Instrumental	
	Social	Estratégica	Comunicativa

Habermas (1987)

#### 4. La idea de acción comunicativa en la práctica clínica

Si tenemos en cuenta los conceptos manejados en esta descripción, argumentos y diálogo respetuoso podrían resumir la acción comunicativa en la práctica clínica.

A este respecto, un artículo, publicado por Walseth & Schei en 2011, recogen un magnífico resumen de la aplicación de la acción comunicativa a la práctica sanitaria sintetizado en la respuesta a dos preguntas: cómo hablar y cómo ajustar la relación profesional-paciente.

Respecto a la primera, Walseth & Schei señalan la importancia de dirigirse al otro como iguales y evitar el abuso de poder; la sinceridad y la consistencia (la coherencia); el respeto que, además, implica integridad y autenticidad, un deseo sincero de ayudar a otra persona a cambiar su punto de vista (cuando sea necesario); el razonamiento crítico y la argumentación; y por último, la importancia de ser consciente de los valores y normas sociales implícitas y explícitas.

Respecto a cómo ajustar la relación profesional-paciente, Walseth & Schei enfatizan la necesidad de suavizar la (natural) asimetría provocada por

la vulnerabilidad del que se siente enfermo, inseguro y preocupado. El profesional tiene la oportunidad de suavizar esta asimetría [dicen Walseth & Schei] esforzándose por entender la perspectiva del paciente y actuando empáticamente. Esto requiere que el profesional conozca los deseos del paciente, sus preocupaciones e intereses, y también que deje aparecer (en cierto grado) su propia persona, eso sí, siempre dentro de los límites de la profesionalidad, pues, de acuerdo con la idea del mundo social de Habermas, es igual de importante ser consciente de las normas sociales.

Si aseguramos una línea de acción de la conversación que contenga dichos elementos, quizás no podamos asegurar que la decisión haya sido la correcta, pero sí podemos calificarla de correcta procedimentalmente (recordemos que Habermas propone una idea procedimental de la racionalidad).

En definitiva, la teoría de Habermas no es sino una forma no-opresiva de procurar el cambio. No obstante, el éxito siempre dependerá de lo que entienda el profesional sobre la vida y sobre cómo usar esta teoría.

#### **1.8.2.2. La teoría de la sociedad de Habermas**

En su intención de explicar patologías sociales tan comunes en las sociedades capitalistas como la alienación y cosificación, Habermas entiende que no es suficiente con una teoría de la acción. Para explicar la complejidad de la vida social es necesario abordar, también, el problema de cómo surge el “orden social” a partir de acciones aisladas.

Para ello, Habermas construye en su TAC un concepto de sociedad estructurado en dos niveles: el sistema y el mundo de la vida. “La mayor originalidad de la TAC” según algunos autores (Noguera 1996), pues, hasta el momento, la sociedad había sido vista desde el funcionalismo sistémico de autores como Parsons y Luhmann o desde la sociofenomenología de Schütz (Noguera, 1996).

## 1. El mundo de la vida de Habermas

La segunda gran aportación de Habermas respecto a otras escuelas es su innovador concepto de mundo de la vida.

A diferencia de las teorías fenomenológicas, Habermas distinguirá entre mundo de la vida y cultura. Para la fenomenología, mundo de la vida y cultura se identifican, entendiendo éstos como el conjunto de saberes, valores, normas, etc., que constituyen el fondo común sobre el que ocurren las interacciones sociales. Frente a ellos, Habermas concreta el mundo de la vida en procesos y prácticas materiales, en instituciones y prácticas sociales de todo tipo. El mundo de la vida será (para Habermas) una forma de vida concreta.

Lo que Habermas quiere decir es que el mundo de la vida no puede ser algo idealista. Es mucho más que un saber implícito. El mundo de la vida no está flotando como construcciones o definiciones de la realidad.

Otra gran diferencia del mundo de la vida de Habermas respecto a las teorías fenomenológicas es que el mundo de la vida que nos viene dado “no es un horizonte absolutamente irrebasable, aún es más, es posible racionalizar el mundo de la vida”.

Lo que Habermas está diciendo con esto es que no tenemos por qué aceptar acríticamente las tradiciones y formas de vida legadas culturalmente. Es posible cuestionar legitimaciones tradicionales y alcanzar acuerdos en base, tan sólo, a la discusión argumental.

## 2. La diferenciación entre sistema y mundo de la vida

La distinción entre sistema y mundo de la vida es el núcleo gravitante de la argumentación de Habermas respecto a la acción comunicativa, pero también lo es respecto al análisis sistémico (Robles, 2013).

Según Robles (2013), el desacoplamiento de sistema y mundo de la vida se refleja como sigue: primero, el mundo de la vida, que al principio es

“coextensivo” con un sistema social poco diferenciado, se va degradando progresivamente a un subsistema entre otros. Después, los mecanismos sistémicos se desligan cada vez más de las estructuras sociales a través de las cuales se cumple la integración social, llegando a un nivel de diferenciación sistémica en el que la conexión entre organizaciones se vuelve autónoma, quedando establecida a través de medios de comunicación deslingüistizados. Y finalmente, son estos medios de comunicación los que controlan un comercio social ampliamente descolgado de normas y valores, es decir, los subsistemas de acción racionales con arreglo a fines (sobre todo los económicos y administrativos) se independizan de sus fundamentos práctico-morales.

No obstante, pudiera parecer, después de esta descripción, que el proceso de diferenciación del sistema es un proceso patológico. Nada más lejos de la intención de Habermas en su propuesta. La diferenciación del sistema es un proceso natural que se produce conforme la racionalización avanza (Habermas, 1987), “entonces, la sociedad se va haciendo más compleja y diferenciada y, en los ámbitos de acción que aseguran la reproducción material de la sociedad, el entendimiento lingüístico puede ser sustituido por mecanismos impersonales de coordinación de la acción, por medios sistémicos que operan por encima de las cabezas de los individuos (Noguera, 1996)”.

### **3. La colonización del mundo de la vida**

El problema está en que el proceso de modernización específicamente capitalista “provoca que los subsistemas económico y administrativo no sólo se diferencien del mundo de la vida, sino que se automaticen e invadan los ámbitos que cumplen las funciones de reproducción simbólica de la vida (Noguera, 1996).

La colonización descrita por Habermas se sitúa, por tanto, en un contexto concreto, convirtiéndose en una denuncia abierta de Habermas a una distorsión propia de sociedades occidentales económicamente avanzadas (Hanevy, 2011). Pero además, “la colonización el mundo de la vida por el

sistema” de Habermas se convierte en una de las mejores teorías para explicar patologías sociales contemporáneas tan propias de estas sociedades como son los fenómenos de alienación y cosificación (Noguera, 1996).

A este respecto, Habermas reconoce que cierto grado de cosificación y alienación resulta inevitable en las actuales sociedades occidentales. Primero, porque la utilización de mecanismos sistémicos es percibida como algo positivo, independientemente del ámbito en el que nos encontremos; y segundo, porque la comunicación está sistemáticamente distorsionada al servicio del dinero y del poder (Noguera, 1996).

No obstante, la “autonomización” de los sistemas económico y administrativo ha llegado a niveles tales que es necesario poner aquellos subsistemas autonomizados bajo el control de nuevas legitimaciones discursivamente formadas (Habermas, 1987).

Dicha tarea, evidentemente, supone luchas y conflictos, pero, ante todo, supone nuevas ideas sobre las que discutir argumentalmente.

La idea de acción comunicativa de Habermas tiene el potencial de configurar procesos donde la comunicación no se instrumentalice con fines estratégicos y donde el habla sea utilizada para la construcción intersubjetiva de realidades. Es decir, la acción comunicativa puede ser el principal elemento de lucha contra la cosificación y la alienación de las personas en la sociedad actual.

“El mundo de la vida social sufre los fenómenos de la colonización racional al imponer los subsistemas funcionales de la Economía y el Estado sus propios criterios de racionalidad instrumental. Criterios como el de eficacia, rentabilidad y calidad [...]. Sólo en la dialéctica social cabe la esperanza de una forma de racionalidad superadora de estos reduccionismos estructurales, y en esta dialéctica es donde se inscribe la concepción habermasiana de una racionalidad comunicativa” (Gimeno, 1995).

### 1.9. La enfermedad crónica como marco del problema

Justificada la preocupación por la falta de calado de la ideología del cuidado en la práctica enfermera, y descritos los argumentos que nos llevan a pensar en ella como una consecuencia de las presiones que la sociedad contemporánea ejerce sobre la Enfermería, queremos situar el problema en un grupo poblacional concreto, las personas con enfermedad crónica.

Las razones de esta opción tienen que ver con la existencia de estudios previos (Barry et al., 2001; Mishler, 1984) que relacionan la colonización del mundo de la vida con el problema clínico presentado por el paciente.

Según Barry, la ausencia del mundo de la vida (en la atención) no es un problema para pacientes que presentan problemas físicos y agudos. En estos casos, Barry describe un tipo de comunicación expresada en un lenguaje estrictamente médico (las entrevistas corrientes, en términos de Mishler) que no deja huecos para el mundo vital.

Según Barry, este tipo de lenguaje se utiliza por diferentes motivos. El primero de ellos tiene que ver con la duración del encuentro, y es que, este tipo de atención se reduce (con frecuencia) a una atención ambulatoria (consultas) que no suele durar más de 5 minutos (o menos). Junto a este motivo, Barry señala el hecho de que este tipo de pacientes sólo busca una prescripción que les permita conseguir una meta (la curación) lo más rápidamente posible, es decir, busca la solución médica que viene del mundo médico. [...] Un tercer motivo tiene que ver con la posibilidad de que el mismo paciente no vea relevante el mundo de la vida en este tipo de problemas (agudos, cirugías,...). Y, por último, existen razones de tipo estratégico como el hecho de haber vivenciado experiencias previas que les hayan hecho ver que este tipo de lenguaje no es bienvenido en este tipo de situaciones; o que, directamente, el control del médico, en la situación actual, no les da oportunidad de introducir el mundo de la vida.

En cualquier caso, el resultado es el mismo, un paciente tolerante, e incluso demandante, de conversaciones mantenidas en la voz de la medicina (Coupland et al., 1994). Algunos autores como Salmon (2000) describen,

incluso, una situación en la que el profesional habla en la voz del mundo de la vida mientras que el paciente prefiere la voz de la medicina; una situación que se asocia, según Salmon, con pacientes que solicitan tratamiento para síntomas físicos en ausencia de patología física.

Frente a este tipo de comunicación, en lenguaje estrictamente médico, Barry observa una comunicación en la que profesionales y pacientes usan la voz del mundo de la vida. Según Barry et al. (2001), es el tipo de comunicación utilizada mayoritariamente con pacientes que presentan problemas psicológicos; y adopta una forma muy cercana a las conversaciones que se dan entre amigos, utilizando en primer lugar la voz de la medicina para pasar después a usar la voz del mundo de la vida y así traducir los conceptos médicos en palabras más sencillas.

Junto a estos dos tipos de comunicación (aprobemáticos) Barry et al. identifican otros tantos en los que el mundo de la vida es ignorado o bloqueado, provocando una comunicación distorsionada.

El caso del bloqueo al mundo de la vida es aquella situación en la que el paciente introduce la voz del mundo de la vida (destellos de mundo de la vida, según Mishler) pero el profesional silencia sus intervenciones mediante el uso de las citadas entrevistas corrientes (conversaciones expresadas en la voz de la medicina). Según Barry et al., este bloqueo sucede mayoritariamente, en la consulta médica por problemas físicos crónicos. Aunque, también es descrita por Björnsdottir (1998) como esos momentos en los que reconducimos la conversación señalando que “hay que volver a donde estábamos” cuando salen aspectos relacionados con la perspectiva y las experiencias del paciente.

El último caso, la omisión del mundo de la vida, es el caso mayoritario en aquellos pacientes que consultan por problemas físicos crónicos pero conocen al profesional desde hace bastante tiempo, lo que les permite expresarse cómodamente en la voz del mundo de la vida a pesar de ser ignorados. Por tanto, este último caso, se produce cuando el paciente habla exclusivamente o mayoritariamente con la voz del mundo de la vida y el profesional lo ignora utilizando en todo momento la voz de la medicina.

Según diversos estudios (Bury, 2001; Weber et al., 2007), este último caso es el más problemático, pues si un paciente hace referencia de forma insistente a su mundo vital es porque dicho asunto resulta central en su visión de la situación.

Por tanto, la investigación centrará su interés en los dos últimos casos, estudiando, con especial atención, el último de ellos. No obstante, serán los profesionales sanitarios que los atienden el verdadero sujeto de investigación, pues no conviene olvidar el papel clave que juega el profesional sanitario en la aparición de dicho mundo vital.

Barry et al. (2001) lo expresa señalando la sensibilidad especial que necesita el médico para detectar cual es la voz apropiada (la voz de la medicina o la voz del mundo de la vida) en cada caso particular. Del mismo modo que Robbins (1994), en otros términos, habla de la especial sensibilidad que necesita el médico hacia la comunicación no-verbal de los pacientes para reconocer, y por tanto tratar, la morbilidad psicológica.

En definitiva, la investigación partirá de dos ideas básicas, la importancia de introducir el mundo de la vida en el cuidado al paciente crónico y, fundamentalmente, la necesidad de ser sensibles al mundo de la vida cuando el paciente lo incluye en su discurso.

#### **1.10. El contexto geográfico**

En este apartado, el estudio pretende describir las características fundamentales de los entornos en los que se ha llevado a cabo la investigación, para permitir, de este modo, entender similitudes y diferencias que permitan la triangulación de información (utilizando las similitudes) o el enriquecimiento de la misma (atendiendo a las diferencias).



### 1.10.1. Tipos de sistemas sanitarios

El primer aspecto destacado es la similitud de sistemas. España, Portugal y el Reino Unido tienen Sistema de Impuestos, un tipo de sistema al que se adscriben todos los países nórdicos (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Islandia), Irlanda y, en las últimas décadas, los países del sur (Italia, España, Portugal).

No obstante, el referente internacional de los países con financiación sanitaria por impuestos es el Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) del Reino Unido, creado en 1948 por el gobierno laborista de Clement Atlee tras el Informe Beveridge de 1942 (Freire, 2006).

#### *SNS español*

La Seguridad Social en España parte de un modelo laboral-profesional, que se fue generalizando de forma progresiva. Pero es la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril la que permitió el tránsito del antiguo modelo de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado con impuestos y de cobertura prácticamente universal (Martínez-Ramos, 2009).

Desde entonces se han producido profundos cambios en el sistema que culminaron en el año 2002 con la descentralización total de competencias en materia de salud en las Comunidades Autónomas.

El actual marco legislativo viene establecido por el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre que, si bien establece una cartera de servicios comunes para el SNS, también ofrece una amplia libertad a la hora de gestionar los recursos en materia de salud.

En la actualidad coexisten modelos tradicionales de gestión con modelos donde la entidad titular patrimonial es pública y la gestión la realiza una empresa privada de acuerdo a baremos diferentes a las entidades públicas (Macía & Moncho, 2007).

### ***SNS portugués***

El Servicio Nacional de Salud portugués (SNS) data de 1979 y sienta las bases de un sistema sanitario gratuito y universal, con una dirección unificada que recae en el Ministerio de Sanidad y una gestión descentralizada de los servicios sanitarios.

Desde entonces, el SNS ha sufrido diferentes oleadas de cambios. Durante años, el gobierno intentó que el sector se abriese a la red privada, y en 1990, 29 compañías aseguradoras recibieron la autorización para cubrir el seguro de enfermedad a cerca del 5% de la población.

No obstante, el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social para 2000-2006, retomó la posición central del Estado en la producción y oferta de servicios de salud, si bien en estrecha colaboración con el sector privado (médicos, laboratorios farmacéuticos, servicios de diagnóstico y clínicas privadas) (Plano Nacional, 2000).

La última oleada de cambios vino de la mano del gobierno socialista de José Sócrates que creó el Alto Comisariado de la Salud, (ACS) para articular y ordenar las políticas públicas derivadas del Plan Nacional de Salud 2004-2010 impulsado por su predecesor. Bajo el lema “Una política de salud para Portugal”, el nuevo ejecutivo socialista apostó por reforzar el Estado de bienestar y en concreto la sanidad a través de tres grandes objetivos estratégicos: mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, crear una sociedad solidaria en la que los recursos sanitarios se distribuyan según la necesidad de sus ciudadanos, y promover la cohesión del Sistema de Salud (Asensio, 2008).

### ***EL SNS Británico***

El NHS fue creado basándose en tres principios fundamentales: que la atención sanitaria satisfaga las necesidades de todas las personas, que sea gratuita, y que se base en la necesidad clínica, no en la capacidad de pago.

Estos tres principios han guiado el desarrollo del NHS durante más de 60 años hasta que en marzo de 2011, el Departamento de Salud publicó la

Constitución de NHS, en la que se establecen los nuevos principios rectores del sistema y los derechos como paciente del mismo.

### 1.10.2. Características de los sistemas sanitarios

Los elementos utilizados para caracterizar los distintos sistemas sanitarios están extraídos del Euro Health Consumer Index (EHCI) 2012, un estudio anual sobre los sistemas de salud europeos que se construye con 34 indicadores de calidad diferentes.

Tabla 1.1. Datos sobre los sistemas sanitarios 2010

	<i>España</i>	<i>Portugal</i>	<i>UK</i>	<i>UE</i>
Número de camas hospitalarias (por 1.000 habitantes).	3,2	3,4	3	5,3
Porcentaje medio de crecimiento anual.	-1,5	-1,1	n.a.	-1,9
Unidades de tomografía computarizada (por millón de habitantes).	15	27,4	8,2	20,4
Estancia media en hospital, todas las causas (días).	6,8	5,9	7,7	6,9
Número de altas hospitalarias (por 1000 habitantes).	102	112	136	176
Consumo de Antibióticos (dosis diarias por 1.000 personas por día).	20	23	18	20
Ingresos evitables por EPOC (por 100.000 habitantes).	139	71	213	184
Ingresos evitables por diabetes descontrolada (por 100.000 habitantes).	67	97	74	159
Embolismo postoperatorio (por 100.000 habitantes).	285	664	812	528
Sepsis post-operatoria (por 100,000 habitantes).	1099	-	-	1050
Mortalidad por cáncer de mama (por 100.000 habitantes).	17,7	20	24,5	23

Fuente: Health at a Glance: Europe 2012. OCDE

Los datos de la tabla dejan ver una realidad similar en cuanto a número de camas, o estancias medias en los pacientes. Sin embargo, los datos sobre la calidad de la atención afloran diferencias importantes entre los tres sistemas. Su influencia en los resultados debe ser considerada.

### 1.10.3. Características de los profesionales

En cuanto al personal sanitario, llama la atención las cifras considerablemente menores de España y Portugal, una densidad de enfermeras que en el caso de España es la mitad de la densidad existente en el Reino Unido.

Las cifras se invierten, en cambio, cuando atendemos al número de médicos. En este caso, los médicos españoles y portugueses están por encima de la media europea y por encima de la densidad de médicos ingleses.

La ratio de enfermeras por médico sitúa, de esta forma a España en el número 21 de la lista de países europeos. Mientras que la media de enfermeras por cada 100.000 habitantes en la UE es de 797, en España es de 488.

Tabla 1.2. Datos sobre los profesionales sanitarios 2010

		España	Portugal	Reino Unido	UE
<b>Medicos</b>	Densidad (por 1.000 habitantes)	3,8	3,8	2,7	3,4
	Average annual growth rate (%)	- 1,8	1,6	- 0,6	0,1
<b>Personal de enfermería/ matronas</b>	Densidad (por 1.000 habitantes)	4,9	5,7	9,6	7,9
	Average annual growth rate (%)	3,2	5	N.A.	1,2
	Ratio enfermera/médico	1,3	1,5	3,5	2,5

Fuente: Health at a Glance: Europe 2012. OCDE

### **1.11. La mirada cualitativa como enfoque**

El objetivo de este apartado es, por una parte, justificar la elección del enfoque utilizado en la tesis, el enfoque cualitativo; y por otra, describir sus características más importantes, en un intento (quizás injustificado) de evitar las frecuentes confusiones y juicios erróneos que se suelen producir al evaluar la investigación cualitativa con los principios que rigen la investigación epidemiológica.

#### **1.11.1. La cuestión del enfoque**

A partir del libro “La estructura de las Revoluciones Científicas de Tomas Kuhn”, publicado en 1962, aparece una nueva preocupación científica: los investigadores no son seres absolutamente racionales y, por tanto, la ciencia no es confrontación neutral, sino que depende de factores psicológicos (credibilidad en el paradigma) y factores sociológicos (apoyo de la comunidad) (Kuhn, 2005). Desde entonces, definir el paradigma en el que se sitúa el estudio aparece como un elemento fundamental para la definición de la investigación.

A este respecto, Kuhn define paradigma como “aquello que comparten los miembros de una comunidad científica y, a la inversa, una comunidad científica consiste en unas personas que comparten un paradigma (Kuhn, 2005)”. Es decir, un paradigma es una cosmovisión del mundo compartida por una comunidad científica acerca de la naturaleza de la realidad investigada (supuestos ontológicos); el modelo de relación que establecen el investigador y el/lo investigado para obtener el conocimiento (supuestos epistemológicos); y el modo en que podemos obtener los conocimientos de dicha realidad (supuestos metodológicos) (González, 2003).

Teniendo en cuenta estos tres supuestos (ontológico, epistemológico y metodológico), los paradigmas se clasifican en dos: el positivista y el interpretativo.

#### **1.11.1.1. El paradigma positivista o cuantitativo**

El paradigma positivista, también llamado cuantitativo, hipotético-deductivo, empírico-analista o racionalista, surge para el estudio de los fenómenos naturales, aunque hoy día también es usado de forma mayoritaria en las ciencias de la salud e, incluso, en las ciencias sociales.

De acuerdo con las características de las ciencias naturales, la investigación positivista-cuantitativa asume la existencia de una sola realidad regida por leyes naturales que permiten describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos (González, 2003). No obstante, el (post) positivismo considera que sólo podemos aproximarnos a la realidad (Ortiz, 1993).

Respecto a la diferenciación entre sujeto y objeto de conocimiento, en el paradigma post (positivista) el investigador se posiciona “desde fuera”, estableciendo un distanciamiento entre el sujeto cognoscente y el objeto de conocimiento; y además, confía en su capacidad para controlar el fenómeno (González, 2003).

En cuanto a los métodos de conocimiento, de acuerdo con Masterman (1970), el paradigma positivista-cuantitativo se caracteriza por el monismo metodológico (o unidad de método) que no es otro que la observación y el experimento (González, 2003; Ortiz, 1993).

El gran peligro de este paradigma es que, en ese intento por arribar a generalizaciones teóricas de carácter universal, puede alejarse demasiado de los problemas reales (de situaciones concretas en contextos concretos, de soluciones particulares) hasta el punto de ser inútil en la práctica. Además, diversos autores han puesto la alarma por su tendencia a cosificar, reducir a objeto todo, hasta el hombre mismo (Dossey, 2006).

#### **1.11.1.2. El paradigma interpretativo o cualitativo**

El paradigma interpretativo, en cambio, asume la existencia de realidades múltiples, por lo que focaliza su atención en la descripción de lo

individual, lo particular, lo diferente, sin la pretensión primaria de establecer regularidades, ni el establecimiento de generalizaciones o leyes universales a partir de datos estadísticos. Al contrario, considera que todo postulado es válido únicamente en un espacio y tiempo determinados (González, 2003; Ortiz, 1993).

Por tanto, y teniendo en cuenta que el conocimiento es subjetivo, individual e irrepetible, el investigador cualitativo trata de establecer una relación estrecha con el objeto investigado para, de esta forma, traspasar la superficie (el comportamiento) y llegar al fondo (los significados); teniendo en cuenta el presupuesto social que dice que la acción de los individuos siempre está gobernada por las significaciones subjetivas.

Respecto a los sujetos investigados no son meros aportadores de datos sobre los que formular generalizaciones, sino protagonistas de un proceso de investigación circular, no lineal, que se reformula constantemente como resultado de la interacción investigador-investigado (Heidegger, 1999).

En cuanto a los métodos, indagar en lo hondo de la subjetividad de los sujetos (las creencias, los valores, las motivaciones, etc.) supone una diversidad metodológica-técnica frente a la unidad de método cuantitativa: la observación participante, la entrevista, el estudio de casos, el estudio de documentos personales (diarios, cartas, autobiografías, etc.).

Esta resumida descripción de las diferencias existentes en cuanto a supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de los paradigmas cuantitativo y cualitativo (posiblemente) resulte suficiente para evitar las confusiones y juicios erróneos a los que nos referíamos al principio de este apartado. No obstante, si queremos alcanzar un conocimiento más profundo del paradigma, resultan interesantes las características de la investigación del paradigma interpretativo resumidas por Merino (1995) (figura 1.9).

**Figura 1.9. Características de la investigación interpretativa según Merino (modificado)**

Característica de la investigación cualitativa
Investigación naturalista: [...] Hay una actitud no manipuladora, no obstrusiva, y abierta a lo que surja, sea lo que sea. Hay una ausencia de restricciones o resultados predeterminados.
Análisis inductivo: Comienza explorando con preguntas auténticamente abiertas, en lugar de probar deductivamente hipótesis derivadas de la teoría. [...] A partir de los datos [obtenidos], descubre categorías, dimensiones e interrelaciones.
Perspectiva holística: El fenómeno es apreciado en su carácter de sistema complejo, que es más que la suma de sus partes. En este sentido, se enfoca sobre las interdependencias complejas, que no son reducidas a propósito a unas cuantas [...] relaciones de causa-efecto.
Datos cualitativos: Descripción detallada, espesa, investigación en profundidad, anotaciones directas que captan las experiencias y perspectivas personales.
Contacto e insight personal: El investigador tiene contacto directo con la gente o la situación estudiada.
Sistemas dinámicos: Se acepta que el cambio es constante, sin importar si el foco de atención sea un individuo o una cultura entera.
Orientación hacia el caso único: Cada caso es considerado como especial y único. El primer nivel de análisis se realiza respetando los detalles de casos individuales estudiados, de ellos sigue un análisis transversal de los casos.
Sensibilidad hacia el contexto: Ubica los hallazgos en un contexto social, histórico y temporal, preguntándose por la posibilidad o significación de sus generalizaciones en el tiempo y en el espacio.
Neutralidad empática: [...] al investigador le apasiona comprender al mundo en toda su complejidad, sin anticipaciones, sin actitudes defensivas, sin más fin que comprender. Incluye en la situación su experiencia personal [...] como parte de los datos importantes a tener en cuenta; [...] al mismo tiempo, adopta la posición de no someter a juicio cualquier contenido emergente.
Flexibilidad del diseño: Dispuesto a adaptar la investigación, conforme se profundiza la comprensión. Evita encerrarse en un diseño rígido que elimine su capacidad de responder a situaciones emergentes.

Merino (1995)

No obstante, quizás la característica que más lo identifica, o diferencia frente a una perspectiva cuantitativa, es su imposibilidad para medir en el sentido de troceamiento y segmentación de la realidad (Íñiguez, 1995).



### 1.11.1.3. El paradigma sociocrítico

Aunque no goza del mismo reconocimiento que los paradigmas anteriores, a partir de la teoría crítica de Habermas, se habla del llamado paradigma sociocrítico.

El paradigma sociocrítico supone una reacción, por un lado, contra el excesivo objetivismo del paradigma positivista y, por otro, contra la propensión al subjetivismo del interpretativo. Frente a ellos, la investigación sociocrítica propone un realismo crítico: La realidad existe, pero oculta una ideología que hay que desenmascarar (González, 2003). Por eso, la investigación sociocrítica tiene un carácter eminentemente emancipativo y transformador (Ortiz, 1993).

Respecto a sus bases epistemológicas, el paradigma sociocrítico entiende que: 1) las personas construyen la realidad en la que viven; 2) las comunidades y los grupos en las que se inserta la acción investigadora tienen su propio desarrollo histórico y cultural (es decir, precedieron y proseguirán después de la investigación); y 3) toda comunidad dispone de los recursos necesarios para su evolución y transformación (Iñiguez, 1999). Bajo dichos supuestos, la investigación crítica propone un modelo de relación horizontal con las personas investigadas para obtener conocimiento.

En cuanto a los métodos, el paradigma sociocrítico involucra al investigador en metodologías participativas a través de las cuales transforma la realidad. Es decir, la investigación crítica promueve la participación en la praxis para transformar la realidad, convirtiendo en características fundamentales de este enfoque: 1) el compromiso de transformación social del investigador con las personas investigadas; y 2) la simultaneidad de los procesos de investigación e intervención.

No obstante, algunos autores, como Buendía, Colás-Bravo & Hernández-Pina (1999) enmarcan a las formas investigativas del paradigma sociocrítico dentro del cualitativo y las llama métodos cualitativos de investigación para el cambio social (Buendía, Colás-Bravo & Hernández-Pina, 1999).

#### **1.11.1.4. Los enfoques cuantitativo y cualitativo como enfoques complementarios**

Pues bien, el reconocimiento de la posibilidad de hacer ciencia desde diferentes posiciones o paradigmas ha devenido en lo que Denzin (2010) ha llamado “guerras entre paradigmas”: la primera, ocurrida entre los años setenta y principios de los noventa, marcada por la confrontación entre el paradigma positivista y el postpositivista; la segunda, situada entre la década de los noventa y los primeros años del siglo XXI, que enfrentó al postpositivismo con los paradigmas denominados alternativos, como el constructivismo y las teorías críticas; y por último, la tercera guerra (en la que nos encontramos actualmente) entre la investigación basada en la evidencia, de un lado, y los métodos mixtos, el interpretativismo y la teoría crítica, del otro (Martínez-Salgado, 2012).

Según Martínez-Salgado (2012), dichas guerras tienen que ver, sin duda, con las políticas de investigación y el discurso moral de las agendas que distribuyen el poder (y el dinero). Sin embargo, es necesario superar dichos enfrentamientos y combinar las diferentes perspectivas. Sólo de esta forma podremos aproximarnos a una realidad que es compleja (Minayo et al., 2003).

Todos los enfoques nos ayudan a investigar y entender el mundo y las personas (Denzin, 2010; Iñiguez, 1999). La visión de la realidad desde una sola perspectiva nos llevaría a la simplificación de la misma, a una trivialización de la realidad (Fdez.-Sanmamed, 1999).

#### **1.11.1.5. La opción por el enfoque cualitativo**

En un anterior estudio, enfocamos la investigación del tema desde una perspectiva cuantitativa, mediante una investigación por encuesta (Rich, 2011). En esta ocasión, nos hemos enfrentado al problema desde una perspectiva cualitativa (aunque manchada con pequeñas pinceladas cuantitativas).

No obstante, esta opción no supone contradicción alguna pues, desde la firme creencia en la complementariedad de enfoques (señalada anteriormente), utilizaremos el enfoque cualitativo para enriquecer nuestras anteriores respuestas.

El valor que esperamos añadir (en esta ocasión), tiene que ver con la intención de captar significados (creencias, valores, etc., en definitiva) elementos que, como dice Kitson (1999), no suelen ser considerados habitualmente en los estudios cuantitativos.

No obstante, nos situaremos en una posición de “suficiente independencia metodológica” para adscribirnos al paradigma cualitativo o cuantitativo en función de la realidad observada en cada momento (pues el ámbito de la salud y de la enfermedad, contiene tanto elementos cuantificables como aspectos relacionados con la comprensión de los significados).

A pesar de lo dicho (de la firme creencia en la complementariedad de los enfoques, y en nuestra intencionada postura de independencia metodológica), los autores reconocemos en esta investigación una deriva hacia los métodos cualitativos pues, como dice De la Cuesta (2006), el enfoque cualitativo constituye una forma especialmente adecuada de estudio para el desarrollo de una disciplina, como la enfermera, que está centrada en el cuidado como proceso de interacción situado.

La opción por el enfoque cualitativo ha pasado, por tanto, de ser una forma de complementar nuestros datos, a convertirse en una propuesta global para el estudio de la ideología del cuidado, entendiéndose que: 1) (ontológicamente) la Enfermería necesita la comprensión de las realidades que afectan a las personas, y que, por lo tanto, está obligada a conocer exhaustivamente el contexto en el que actúa; y 2) (epistemológicamente) la opción no puede ser otra si tenemos en cuenta que la co-participación de las personas, de los pacientes, en el cuidado es tan fundamental que resulta imposible (para la enfermera) situarse en posición de exterioridad o de dominio.

Como dicen Ibáñez e Íñiguez (1996), únicamente desde dentro, metiéndose en la piel de quienes viven la situación, la Enfermería puede captar los significados y ayudarles a comprenderlos.

### 1.11.2. Métodos de investigación

Cuando se habla de metodología, entendemos la perspectiva metodológica y los métodos y técnicas a emplear, pero entre los dos existe una significativa diferencia (González, 2003):

- La perspectiva metodológica compromete al investigador en su totalidad: se trata de elegir entre una metodología lineal propia del paradigma positivista y una circular, hermenéutica, interactiva y abierta como la del interpretativo.
- En cambio, los métodos son caminos para arribar al conocimiento y, aunque deben corresponderse con una determinada perspectiva metodológica, pueden utilizarse de forma aislada fuera del paradigma, de forma que el método aislado no determina el paradigma.

Por lo que respecta a este segundo concepto (el de método), ocurre algo similar, pues cuando se habla de método se entiende los métodos y las técnicas. Aunque algunos autores no identifican un corte brusco entre la naturaleza del método y de las técnicas (dado que la finalidad de ambos instrumentos es prácticamente la misma) (Siles, 1999), el método supone una orientación en el largo camino hasta conseguir la verdad, mientras que la técnica es el nivel más concreto en el tratamiento del problema (Taylor & Bogdan, 1987).

En cuanto a la clasificación de unos y otros, los métodos y técnicas disponibles en investigación cualitativa son tantos que resulta difícil determinar una lista exhaustiva de ellos. No obstante, atendiendo a su frecuencia de uso en investigación enfermera haremos referencia a tres: la etnografía, la fenomenología, y la grounded theory (GT) o Teoría Fundamentada (TF).

La opción por uno u otros responde a múltiples factores, pero uno de los más importantes tiene que ver con la participación en el contexto de investigación. Si atendemos a este continuo de participación directa-indirecta en la investigación, la etnografía ocuparía, tal vez, el puesto más cercano al polo de la máxima participación directa (por la inmersión en el contexto de la investigación que postula); mientras que la fenomenología y la GT nos situarían más cerca de modelos de participación indirecta, puesto que ponen su énfasis en los significados aprehensibles a partir de las producciones lingüísticas de los participantes (Iñiguez, 1999). No obstante, vamos a describir, a continuación, una breve caracterización de cada uno de ellos en función de su relación con los supuestos ontológicos epistemológicos y metodológicos.

#### **1.11.2.1. La etnografía**

Si tenemos en cuenta la ontología, habría que comenzar diciendo que la investigación etnográfica es extremadamente útil para aprehender los significados culturales compartidos por las comunidades (Hammersley & Atkinson, 1994).

Epistemológicamente, en cambio, se caracteriza por la participación del investigador en la vida cotidiana de la gente. En el ideal etnográfico, el investigador observa, escucha, habla con la gente durante un largo período de tiempo sobre las cuestiones que hacen referencia al objeto de estudio.

Y finalmente, en cuanto a las técnicas utilizadas o metodología, la investigación etnográfica y de tipo etnográfico utiliza fundamentalmente la observación participante junto con las entrevistas y las técnicas documentales.

#### **1.11.2.2. La fenomenología**

A la fenomenología se le puede considerar como una filosofía, o variedad de filosofías relacionadas entre sí que, además, se preocupan por el enfoque y el método. En este sentido, Husserl (1970), considerado como el

padre de la fenomenología, la consideraba como las tres cosas: una filosofía, un enfoque y un método (Solano-Ruiz, 2006).

Desde esta perspectiva global, la fenomenología consiste en intentar hacer una descripción directa de nuestra experiencia, tal cual es, sin ninguna consideración de su génesis psicológica ni de las explicaciones causales que un historiador o un sociólogo pudieran dar (Solano-Ruiz, 2006).

Respecto a las técnicas, la investigación fenomenológica utiliza fundamentalmente las entrevistas, que repite intencionadamente hasta que se cree haber alcanzado el significado esencial de la experiencia humana.

#### **1.11.2.3. La Grounded Theory**

La Teoría Fundamentada fue desarrollada por Glaser y Strauss en 1967 como un método de investigación proveniente del interaccionismo simbólico, y resulta especialmente útil para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social con una base empírica (Kendall, 1999).

En este sentido, la GT consiste en elaborar categorías teóricas a partir de los datos, analizar (después) las relaciones relevantes que hay entre ellas, para terminar derivando una teoría. Es decir, consiste en la teorización sobre un fenómeno a partir de la recogida de datos, su análisis e interpretación (Charmaz, 1990).

Respecto a las técnicas más utilizadas en el marco de este método, son la entrevista y las técnicas documentales.

#### **1.11.3. Técnicas de investigación**

Aunque es obvio que algunas técnicas, como el cuestionario, implican prácticamente el método cuantitativo y otras, como la observación participante, el cualitativo, las distintas técnicas de investigación no son en esencia cuantitativas o cualitativas, sino que su carácter cualitativo o

cuantitativo viene dado por el método en el cual se ha diseñado su uso (Iñiguez, 1999).

Como en el caso de los métodos, tampoco realizaremos en este apartado un repaso completo por las distintas técnicas de investigación, sino que señalaremos solamente aquellas más habituales en los diseños enfermeros de investigación cualitativa.

#### **1.11.3.1. La observación participante**

Polémica en cuanto a su consideración de técnica o método, algunos autores la sitúan como una más entre las múltiples técnicas que pueden emplearse para describir grupos humanos (Guasch, 1997). Sin embargo, otros autores han llegado a situarla en la categoría de método, por su identificación íntima con la etnografía (Amezcuca, 2000; Robledo, 2009).

La observación participante constituye la vertiente del observar en la investigación cualitativa y consiste en un proceso de recogida de información que implica, siempre, la interacción social más o menos prolongada con las personas investigadas, una interacción que procura hacerse de un modo no-intrusivo.

Respecto al resultado de esta técnica, es la descripción (densa) de los acontecimientos, las personas y las interacciones que se observan, a la vez que de la vivencia, la experiencia y la sensación de la propia persona que observa. Estas descripciones, vivencias e interpretaciones del observador (junto con los acontecimientos observados) se materializan en lo que se denomina libro, diario o cuaderno de campo (Iñiguez, 1999).

#### **1.11.3.2. La entrevista**

Las entrevistas constituyen la vertiente del interrogar en la investigación cualitativa. Su objetivo último es acceder a la perspectiva del sujeto estudiado, comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sus sentimientos, y los motivos de sus actos.

La entrevista ha sido calificada en no pocas ocasiones como una simple “conversación ordinaria”, eso sí, con algunas características particulares. No obstante, como apunta Callejo (2002), entrevista y conversación distan mucho de ser sinónimos, precisamente por estas características particulares.

Teniendo en cuenta esto, otros autores han sido más exigentes en su definición, describiendo la entrevista como una “situación, normalmente entre dos personas, en la que se van turnando en la toma de la palabra, de manera que el entrevistador propone temas y el entrevistado trata de producir respuestas localmente aceptables (Dingwall, 1997)”.

Una última definición (Ibáñez, 1979) describe la entrevista como confesión desde la desigualdad. Esta definición (y este carácter de confesión desigual), nos va a permitir diferenciar la amplia tipología en que se concretan las entrevistas.

De esta forma, según el número de participantes en la entrevista distinguimos entrevistas individuales o grupales; según el nivel de estructuración, entrevistas abiertas, estructuradas o semiestructuradas; y según el grado de implicación del entrevistador, entrevistas con entrevistador neutral o con entrevistador participante (Iñiguez, 1999).

#### **1.11.3.3. Las técnicas grupales**

Aunque, bajo el término de técnicas grupales, se incluyen un grupo numeroso de técnicas, las más frecuentes son el grupo de discusión y los grupos focales.

En esencia, el grupo de discusión y el grupo focal consisten en la reunión de un pequeño número de personas que, en un ambiente agradable, con un formato de conversación, comparten y confrontan información sobre un tema (Iñiguez, 1999).

Para acentuar la diferencia del grupo de discusión con las otras dos prácticas de investigación presentadas (observación y entrevista), ha de destacarse que lo importante en esta última es la circulación de discursos. Discursos que adquieren su máximo valor como representación simbólica del



grupo frente al fenómeno social estudiado y que, por lo tanto, expresan la norma del grupo (el ideal del grupo) ante tal fenómeno (Callejo, 2001).

#### **1.11.3.4. Las técnicas documentales y textuales**

Las técnicas documentales y textuales consisten en la recogida, codificación, catalogación y clasificación de documentos (libros, revistas, informes, panfletos), en definitiva, de productos de toda índole habituales en los contextos sociales que se van a analizar (Iñiguez, 1999).

Sin entrar en muchos más detalles, diremos, eso sí, que están presentes en la mayor parte de trabajos de investigación de campo.

#### **1.11.4. Los sujetos en investigación cualitativa**

Quizás sea este uno de los aspectos que más confusión crea en los estudios cualitativos pues, frente al concepto de muestreo de los estudios cuantitativos, la investigación cualitativa utiliza el concepto de elección, o quizás, más propiamente dicho, de invitación a los participantes.

Pero, para evidenciar estas diferencias, centraremos nuestra atención en 3 puntos: 1) el concepto de generalizabilidad; 2) los tipos de muestreo o diseño muestral que suelen utilizarse en investigación cualitativa; y 3) el tamaño muestral en cualitativa y el significado del concepto de saturación.

##### **1.11.4.1. El concepto de generalizabilidad**

El primer aspecto a destacar es que la investigación cualitativa no pretende la generalizabilidad al uso de los métodos cuantitativos. En su lugar propone la transferibilidad, es decir, la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en determinado contexto a otro cuyo significado sea similar al del contexto estudiado, e indica que sólo puede darse a partir de la descripción rica y profunda de cada fenómeno en su contexto (Minayo et al., 2003).

Por tanto, la investigación cualitativa va a intentar que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación (Merino, 1995); y para ello selecciona cuidadosa e intencionalmente a las personas por sus posibilidades de ofrecer la información más profunda y detallada posible sobre el asunto de interés para la investigación (Martínez-Salgado, 2012).

#### **1.11.4.2. Tipos de muestreo: el diseño muestral**

Respecto al diseño muestral, en investigación cualitativa podemos diferenciar diferentes tipos de muestreo (Martínez-Salgado, 2012):

Un primer grupo de diseños intentan encontrar situaciones o casos que representen a otros similares a ellos o diseños que buscan comparar situaciones distintas. Incluye: los casos típicos, casos extremos o desviantes, el muestreo de intensidad (casos que, sin ser extremos, manifiestan con especial riqueza o dramatismo el fenómeno en estudio), el de máxima variación, el homogéneo y el de casos reputados.

El segundo grupo integra diseños que centran su interés en el caso mismo o en un grupo específico de casos. Incluye el estudio de caso crítico (que requiere un conocimiento previo de las dimensiones que lo hacen crítico), de caso revelador, de casos políticamente importantes, y de criterio o de colección completa (que busca incluir a todos aquellos que cumplan con determinado criterio).

En el tercer subgrupo integra a los diseños secuenciales, en los que prevalece el principio de selección gradual, ya sea porque el propósito del estudio es la generación de teoría, o porque la integración de la muestra se va decidiendo sobre la marcha. Entre ellos se cuentan el muestreo teórico o basado en la teoría, el de casos confirmatorios o contradictorios (en el que los patrones van emergiendo de la información recogida), el de oportunidad o emergente (en el que se van siguiendo las pistas que surgen durante el trabajo de campo con una flexibilidad que permite aprovechar lo inesperado), y el de bola de nieve o cadena (en donde se identifican los casos de interés a

partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar).

Un cuarto grupo es el muestreo por conveniencia, el menos recomendado según algunos autores (Teddlie & Yu, 2007) puesto que la selección de los participantes no se funda en ninguna consideración estratégica ni se rige por ninguna intención teórica derivada del conocimiento preliminar, sino que depende básicamente de la accesibilidad de las unidades, la facilidad, rapidez y bajo costo para acceder a ellas.

Algunos autores prefieren separar al muestreo teórico del resto de los diseños propositivos (Draucker et al., 2007; Marshall, 1996) porque estos últimos identifican a las unidades o situaciones a partir de ciertos conocimientos ya disponibles sobre el problema en estudio; mientras que, en el muestreo teórico, las unidades o situaciones se eligen a partir del conocimiento teórico que se va construyendo sobre la marcha, con la información que va emergiendo a lo largo del estudio. (Martínez-Salgado, 2012).

#### **1.11.4.3. El tamaño muestral**

El tamaño muestral supone quizás, el más desconcertante de los elementos para el investigador cuantitativo, pues el tamaño de la muestra no se conoce al inicio, sino sólo cuando la investigación ha terminado. Y además, no es necesario alcanzar números elevados de muestra.

No obstante, este hecho no debe extrañarnos si tenemos en cuenta que lo decisivo en este tipo de investigación no es el tamaño de la muestra sino la riqueza de los datos provistos por los participantes (Crouch & McKenzie, 2006).

Aun así, es preciso señalar un momento para dejar de recoger información. Este momento es el que Morse llama saturación (Morse, 1995); entendiendo por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos.

Pero, como señala Denzin (2010), lo cierto es que la realidad, en su complejidad, no puede ser nunca “completamente capturada”, lo que significaría que “no existe, entonces, punto de saturación”. Ante esta objeción, una sugerencia muy práctica es la ofrecida por Mayan (2009, citado por Martínez-Salgado, 2012) que dice que el investigador debe continuar indagando no hasta el punto de una quizá inalcanzable saturación, sino hasta el momento en el que considere que puede decir algo importante y novedoso sobre el fenómeno que lo ocupa (Martínez-Salgado, 2012).

#### **1.11.5.El análisis en investigación cualitativa. El análisis sociológico del discurso (ASD)**

El análisis cualitativo es más un conjunto de prácticas y procedimientos que un método en sí. Esta peculiaridad hace que los investigadores cualitativos utilicen de manera muy diversa los distintos procedimientos existentes, hasta el punto de generar frecuentes malentendidos y desconcierto entre quienes no están familiarizados con esta práctica.

A este hecho habría que sumar que, muchas veces, se identifica el análisis cualitativo exclusivamente con alguno de los procedimientos de análisis, simplificando enormemente la realidad; y, por último, que es considerado, por no pocos, una práctica de investigación poco rigurosa y que depende del criterio más o menos arbitrario del analista (Ruiz, 2009).

Si reunimos estos tres argumentos, entenderemos fácilmente, la mala fama del análisis cualitativo. No obstante, ninguno de los argumentos descritos son reales, incluso simplificando (como haremos) el análisis cualitativo al análisis sociológico del discurso (ASD), veremos cómo resulta un análisis diverso, complejo y riguroso.

Desde un punto de vista sociológico, se puede definir discurso como cualquier práctica por la que los sujetos dotan de sentido a la realidad: una costumbre, un rito, una música, etc. (Alonso, 1998).

No obstante, lo cierto es que, entre todos ellos, el análisis del discurso se va a centrar en aquellos que tienen una forma verbal, ya sea ésta oral o

escrita. Primero, porque van a presentar mayores posibilidades de registro y una más fácil traducción al lenguaje (escrito u oral); y segundo, porque la comunicación verbal es la forma más habitual que adopta la producción y transmisión de los sentidos en nuestras sociedades.

El interés por el discurso para el conocimiento de la realidad parte de la consideración de que “la acción social está orientada por el sentido que el sujeto da a su propia acción, de forma que la comprensión y la explicación de la misma exige atender a este sentido subjetivo de la acción y, más concretamente, a la intersubjetividad contenida en los discursos” (Ruiz, 2009).

Es decir, el análisis de los discursos nos permite conocer la intersubjetividad social, porque los discursos la contienen y porque es mediante las prácticas discursivas como es producida. Pero además, el conocimiento de la intersubjetividad social nos proporciona un conocimiento indirecto del orden social, porque la intersubjetividad es producto del orden social y porque es mediante la intersubjetividad social cómo el orden social se constituye y funciona.

#### **1.11.5.1. Niveles del análisis sociológico del discurso**

El análisis sociológico del discurso implica tres niveles de análisis: 1) un análisis textual, que se centra fundamentalmente en el plano del enunciado, considerando el discurso en su dimensión de objeto de estudio; 2) un análisis contextual, que se centra en el plano de la enunciación y considera el discurso en su dimensión de hecho o acontecimiento singular; y 3) la interpretación, que se centra en el plano sociológico del discurso, considerándolo en su dimensión bien de información, bien de ideología o bien de producto social.

Respecto a la articulación de estos tres niveles, aunque constituye un proceso lineal, que va del análisis textual al análisis contextual y del análisis contextual a la interpretación, sólo es así en parte pues lo más frecuente es que el análisis se realice simultáneamente en los tres niveles, en un continuo ir y venir de uno a otro y en constante diálogo entre ellos.

En cuanto a cual utilizar, depende de los objetivos de la investigación, de los recursos disponibles, sobre todo temporales, o incluso de las propias preferencias u orientaciones teóricas. No obstante, como criterio general, es aconsejable la utilización de varios métodos de análisis con distinto grado de profundización.

## **1. Análisis textual del discurso**

El análisis textual es especialmente apreciado para quienes abordan el análisis del discurso desde presupuestos científicos positivistas, pues considera los discursos en su dimensión de objeto.

El análisis textual consiste en la caracterización o determinación de la composición y la estructura del discurso; algo que los investigadores cualitativos realizan mediante dos técnicas complementarias: el análisis de contenido y el análisis semiótico.

El análisis de contenido consiste básicamente en un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior (Piñuel, 2002).

En sus orígenes, el análisis de contenido tenía un marcado carácter cuantitativo, no obstante, a partir de la década de los años sesenta del pasado siglo comienza a plantearse la necesidad de incluir en el análisis de contenido perspectivas cualitativas para recuperar los sentidos latentes de los discursos. Así, junto a lo que los discursos dicen (contenido manifiesto), se plantea la necesidad de atender a lo que dejan entrever o, incluso a lo que ocultan (Ruiz, 2009). Entre estas contribuciones destacan la llamada teoría fundamentada, formulada originariamente por Glaser y Strauss (1967).

El Análisis Semiótico, por su parte, consiste en detectar los signos lingüísticos no evidentes, que están implícitos en el discurso, identificar el sentido que dichos signos tienen dentro del contexto del contenido y luego unir el sentido de cada signo que se detecte para poder entonces, realizar el análisis del discurso y percibir adecuadamente lo que el autor del discurso quiso decir. En este tipo de análisis (estructural), los sujetos serían meros actualizadores de unas estructuras discursivas preexistentes que se reproducen al margen de su actividad discursiva (Alonso y Callejo, 1999). Aunque otra rama, el análisis semiótico formal, centra su atención en los efectos de sentido del discurso en el plano de la enunciación, es decir, en los deícticos utilizados (yo, tú, nosotros, vosotros, aquí, allí, ayer, mañana,...), los tiempos verbales, las modalidades que indican la actitud de duda, ruego, certidumbre, etc.

## **2. Análisis contextual del discurso**

Por contexto se entiende el espacio en el que el discurso ha surgido y en el que adquiere sentido. Por tanto, el análisis contextual trata de comprender los discursos en un espacio y un tiempo concretos.

Dentro de este nivel de análisis se distinguen el análisis situacional y el análisis intertextual.

El primero consiste, básicamente, en asumir que, cuando se trata de estudiar y explicar las causas a las que responde el comportamiento de las personas debe acudirse a la situación en la que ocurrió dicho comportamiento. Esta explicación se realiza analizando los procesos de carácter social que se generan entre las condiciones en las que surgen los comportamientos y las intenciones racionales que inspiran los comportamientos.

Entre los distintos procedimientos que incluye este tipo de análisis están: el análisis de posiciones discursivas, el análisis de marcos o frame analysis y el análisis conversacional (Ruiz, 2009).

Respecto al análisis intertextual nos remite a la comprensión del discurso por referencia al conjunto de discursos que se encuentran en el espacio social. Esta concepción de la intertextualidad parte de la consideración de que el sentido del discurso está referido a otros discursos con los que dialoga y, por tanto, con los que se encuentra en una relación asociativa o conflictiva (Alonso y Callejo, 1999).

El nivel contextual del análisis nos permite, por tanto, comprender el sentido del discurso para quienes están implicados en su producción, pero sólo para formular una interpretación propia, que debe ser compatible con aquellas pero que no es directamente derivable de ellas.

### **3. Análisis sociológico del discurso**

La interpretación sociológica del discurso consiste en establecer conexiones entre los discursos analizados y el espacio social en el que han surgido. Habitualmente se distinguen tres tipos de interpretaciones: las que consideran el discurso en su dimensión de información de lo social; las que lo consideran como reflejo de las ideologías de los sujetos que los sostienen; y las que lo consideran como un producto social (Ruiz, 2009).

En primer lugar, los discursos son informativos porque contienen conocimiento de la realidad social. Los sujetos, por el mero hecho de estar involucrados y en contacto con la realidad social, la conocen, disponen de un conocimiento sobre la misma.

No obstante, los discursos de los sujetos incluyen, junto al componente informativo, un componente ideológico. En este tipo de interpretaciones, lo que interesa precisamente es el particular punto de vista del sujeto, pero no como un sesgo subjetivo del discurso, sino como indicio de construcciones ideológicas, entendidas como modos intersubjetivos de percibir el mundo y posicionarse en él (Ruiz, 2009).

Este tipo de interpretación ideológica es el característico del Análisis Crítico del Discurso (ACD) orientado a mostrar cómo los discursos sociales están impregnados por discursos dominantes proyectados desde el poder (Van



Dijk, 1999). Los discursos sociales son considerados, por lo tanto, en su diversidad como un reflejo de la desigualdad social y como un mecanismo cultural de dominación o mantenimiento de las desigualdades sociales (Alonso, 2002).

El tercer tipo de interpretación sociológica considera el discurso en su dimensión de producto social, de manera que su análisis nos puede revelar de manera indirecta aspectos fundamentales de la vida y la estructura social (en sentido amplio) (Ruiz, 2009). Aunque rara vez es la dominante, la interpretación del discurso como producto social está presente en mayor o menor medida en numerosos análisis sociológicos; llegando, incluso a ser característica de los planteamientos de algunos autores (Conde 2002, 2009; Ibáñez, 1985).

La interpretación es la parte del análisis sociológico del discurso que mayores recelos suscita pues supone un salto de los discursos concretos a la vida social (en sentido amplio). No obstante, dicho salto no es un salto infundado, sino que cuenta, por un lado, con la información sobre el discurso producida en los niveles textual y contextual; y por otro, con una estricta lógica científica que, si bien admite un amplio margen de maniobra, responde a criterios claramente establecidos (Ruiz, 2009).

#### **1.11.6.El rigor en la investigación cualitativa**

Respecto al rigor en investigación cualitativa, hay quien insiste en que se han de utilizar los mismos criterios que en la investigación cuantitativa, y para ello, la validez y la fiabilidad son los criterios adecuados (Kirk. & Miller, 1986, citados en Sandín-Esteban, 2000). En cambio, otros apuestan por la imposibilidad de establecerlos por la misma naturaleza del conocimiento que se persigue (Hammersley, 1992, citado en Sandín-Esteban, 2000). Y por último, hay un tercer grupo que defiende una tercera vía en la que se plantea que debe haber unos criterios de calidad, pero que éstos deben ser distintos a los de la investigación cuantitativa (Guba, 1989, citado en Pla, 1999). Éstos serían la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

Si atendemos a este último grupo de autores, sería necesario explicar en qué consisten estos “nuevos” criterios propuestos para la investigación cualitativa.

A este respecto, la credibilidad mira el valor verdad de la investigación, pero ésta no está planteada desde la objetividad positivista, sino desde el consenso comunicativo entre los agentes implicados. La transferibilidad, en cambio, se refiere al grado de aplicación de los resultados en otros contextos (lo que sería la validez externa del paradigma cuantitativo). La dependencia, también llamada consistencia, hace referencia a la estabilidad de los datos; y, por último, la confirmabilidad nos remite a la neutralidad del investigador (pero entendida no como neutralidad libre de valores sino simplemente como la aspiración ética de mostrar los posibles sesgos del investigador en el proceso).

Otro criterio que ayuda a conseguir la confiabilidad es la triangulación; una estrategia que consiste en la aplicación simultánea de distintos métodos que nos ayudarían a visualizar la realidad desde diferentes perspectivas y por tanto conseguir un conjunto más rico y completo (Pla, 1999).

Después de este breve pero denso repaso de los aspectos más importantes de la investigación cualitativa, vamos a proceder, en el siguiente apartado, a la descripción concreta del estudio contenido en esta tesis.

## **Capítulo 2. Estudio empírico: La acción instrumental y la acción comunicativa en el cuidado a enfermos crónicos**

### **2.1. Objetivos**

El desarrollo expuesto a lo largo de los apartados anteriores nos ha llevado a definir nuestros objetivos de estudio como:

#### **Objetivo general**

Conocer la presencia del cuidado en las prácticas profesionales de las enfermeras y en los significados que éstas utilizan para dar sentido a sus prácticas; comprobar la propuesta de que la colonización habermasiana del mundo de la vida explica la falta de calado de la ideología del cuidado en la conducta de las enfermeras; y en su caso, analizar las condiciones existentes en la práctica enfermera para la realización efectiva de la acción comunicativa como elemento emancipador.

#### **Objetivos específicos**

1. Describir la práctica profesional de las enfermeras en términos de tipos de acción.
2. Identificar diferencias relacionadas con el nivel de atención y el contexto geográfico.
3. Reconocer ideologías y discursos que dificultan la ideología del cuidado en la sociedad, las instituciones sanitarias y la profesión enfermera.
4. Examinar, en su caso, las condiciones que existen en la práctica enfermera para la realización efectiva de la acción comunicativa.

## **2.2. Metodología**

Este apartado recoge el diseño elaborado para la investigación, el ámbito de estudio, la descripción de la muestra, las técnicas de recogida de información -y los instrumentos aplicados-, el análisis llevado a cabo, el reconocimiento de sesgos en el diseño y, por supuesto, las consideraciones éticas tenidas en cuenta.

Para la elaboración de este apartado se han seguido las propuestas metodológicas recogidas en el libro “Deseo de Cuidar y voluntad de poder” (2005), de J.L. Medina Moya. Primero, porque el libro constituye un espléndido manual metodológico; y segundo, por la cercanía temática e ideológica que dicho texto guarda con este estudio.

### **2.2.1. Diseño**

#### **2.2.1.1. Tipo de estudio**

La clasificación de una investigación cualitativa dentro de los esquemas del paradigma cuantitativo siempre resulta difícil. De hecho, su procedencia sería cuestionable. No obstante, si intentamos hacerlo (para responder a las expectativas de aquellos que no están familiarizados con esta práctica) podríamos decir que la investigación tiene un primer (y fundamental) componente descriptivo, pues varios de sus objetivos tienen este carácter. No obstante, es imposible negar el importante componente analítico (que contiene) si tenemos en cuenta que el estudio se propone comprobar si la colonización habermasiana del mundo de la vida explica la falta de calado de la ideología del cuidado en la conducta de las enfermeras.

#### **2.2.1.2. Enfoque de investigación**

El estudio se ha realizado desde un enfoque eminentemente cualitativo, una opción que responde fundamentalmente a una cuestión técnica derivada de la naturaleza del objeto de estudio, un objeto que se ha

definido como “las prácticas y procesos sociales que producen significados en las enfermeras dentro de su actividad profesional, y los significados que las enfermeras utilizan para dar sentido a sus prácticas”.

No obstante, la opción por el enfoque cualitativo también responde a una cuestión de naturaleza ideológica y ética. Primero porque, como dice Martínez (2006) es el enfoque que “utiliza cualquier investigador, y en todo momento, ya que la mente humana es, por su propia naturaleza, interpretativa, es decir, hermenéutica: trata de observar algo y buscarle significado”; y segundo, porque los autores quieren huir intencionadamente de la metodología experimental y manipulativa del enfoque cuantitativo positivista.

Pero además, y como tercera razón, la opción por el enfoque cualitativo tiene que ver con las bases teóricas del estudio, pues la racionalidad comunicativa de J. Habermas centra el interés en comprender los patrones de interacción comunicativa y simbólica que dan forma al significado individual e intersubjetivo del mundo que nos rodea.

#### **2.2.1.3. Método de investigación**

En el plano metodológico, la investigación se define como un estudio etnográfico pues su objeto no es otro que la descripción de los significados que las enfermeras usan para dar sentido a su práctica.

No obstante, si apelamos a la hermenéutica, se nos hará evidente una falacia y es que no es posible la descripción libre de interpretación (Thompson, 1990). Por tanto, a esta clasificación del estudio como una etnografía vamos a añadirle un adjetivo: etnografía crítica, declarando, de este modo, el marco sociocrítico como elemento vertebrador de la interpretación realizada.

Justificado el hecho de que no es posible una descripción libre de interpretación, es preciso añadir que el estudio pretende, además, construir teoría. Es decir, el estudio pretende realizar una representación teórica de la realidad que permita guiar la acción. Para conseguirlo hemos realizado una

conceptualización, a partir de la cual hemos conformado una estructura teórica fruto de los conceptos emergidos relacionados y articulados durante la investigación.

### 2.2.2. **Ámbito**

El estudio ha sido realizado en dos hospitales de más de 1.000 camas de alta tecnología, uno de la región sur de España y otro de la región norte de Portugal. Respecto a los dispositivos de atención a la comunidad, pertenecían a las mismas ciudades en las que se ubicaban los hospitales estudiados.

El hospital español es un hospital público dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que se encuentra situado en la zona centro del sur de España. Cuenta con un elevado nivel científico y tecnológico en el conjunto de las 50 especialidades médicas y quirúrgicas en que se estructura funcionalmente. Respecto a su volumen, dispone de un total de 1.223 camas y como hospital de referencia regional atiende a una población de 1.144.934 habitantes.

La unidad estudiada en este hospital pertenece a un servicio de especialidad médica. En su cartera de servicios recoge principalmente los procesos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, bronquiectasias y tromboembolismo pulmonar. La unidad de hospitalización acoge a pacientes de edad avanzada, con frecuencia entre 65 y 80 años, y un nivel de dependencia variado, aunque en su mayoría son pacientes autónomos para el autocuidado.

Respecto al hospital portugués, es el mayor hospital de la región norte de Portugal y el segundo hospital del país, con gran ligazón a la enseñanza y una amplia estructura tecnológica. En cuanto a su volumen, es hospital de referencia para un área de más de 3 millones de personas, disponiendo para ello de un total de 1.124 camas.

En este hospital fueron estudiadas dos unidades. La primera de ellas, un servicio que atiende a personas con patologías médicas complejas, en su mayoría accidentes cerebrovasculares (ACVs) y pacientes respiratorios

crónicos pluripatológicos; y un segundo servicio que atiende, fundamentalmente, a pacientes con traumatismos craneoencefálicos (TCEs) y tumores cerebrales.

Respecto a los centros de atención a la comunidad estudiados en el entorno español, fueron dos Centros de Salud del Distrito Sanitario de una zona urbana del sur de España de alrededor de 400.000 habitantes. Dichos centros estaban ubicados en diferentes zonas de la ciudad.

El primero de ellos atiende a una población variada que incluye desde población envejecida a una zona de transformación social. El segundo, en cambio, abarca una zona más homogénea de familias de clase media.

En el caso de la Agrupación de Centros de Salud (ACES) de la zona norte de Portugal, los participantes pertenecían a dos Unidades de Salud Familiar (USF) y una Unidad de Cuidados en la Comunidad (UCC). Todas ellas ubicadas en un mismo edificio. La ACES atiende a 42 freguesías, con un total de población inscrita de 154.774 habitantes.

### **2.2.3. Sujetos de estudio**

#### **2.2.3.1. Población de interés**

La población de interés se define como enfermeras con experiencia profesional en el cuidado a enfermos crónicos.

Para la selección de los participantes en cada ámbito se ha procedido a un muestreo basado en criterios.

La experiencia en el cuidado a enfermos crónicos fue el criterio o atributo básico, evitándose el personal eventual, para procurar que los participantes representaran al profesional que habitualmente atiende a este tipo de pacientes.

Como segundo criterio, se fijó el ser profesionales reconocidos por la calidad de sus cuidados. Dado que este criterio podía resultar difícil de asignar a priori por los investigadores, se recurrió a un muestreo por selección de casos reputados, es decir, por recomendación de expertos en el campo.

Estos expertos fueron los directores/as de enfermería de los diferentes centros, que fueron quienes identificaron los servicios clínicos que han participado en el estudio. Siguiendo el mismo criterio, (dentro de cada servicio) se pidieron nombres de posibles participantes a las enfermeras responsables de la gestión de las unidades. Con la información de estos segundos expertos, se confeccionó un listado de participantes.

El experto (supervisor, enfermera jefe o coordinador) realizó el contacto inicial con el posible participante, ofreciéndole la posibilidad de intervenir en el estudio para, posteriormente, ser el investigador el que le explicara el propósito del estudio y le solicitará su participación.

#### **2.2.3.2. Tamaño de la muestra**

Para la observación, se marcó como tiempo mínimo de observación el período necesario para que todos los turnos de enfermeras tuvieran la posibilidad de haber sido observados. De cada turno, se planificó la observación de un profesional, de acuerdo al listado confeccionado por los expertos.

Entre los profesionales observados, se previó seleccionar 6 profesionales de cada uno de los entornos para ser entrevistados. Investigador y participantes pactarían el lugar, el día y la hora de la entrevista según las preferencias del entrevistado.

#### **2.2.4. Categorías de partida**

El estudio utiliza como categorías de partida conceptos derivados del marco conceptual elegido, la TAC: modos de racionalidad, intervenciones técnico-instrumentales, intervención comunicativa.

Junto a ellos, utiliza dos conceptos trascendentales para entender la diferencia entre intervención instrumental y comunicativa: utilidad clínica y participación del paciente en la toma de decisiones.

Finalmente, utiliza las categorías “práctica enfermera” y “experiencia



del paciente” para demarcar el ámbito de la observación.

## 2.2.5. Recogida de información

### 2.2.5.1. Técnicas de investigación

Respecto a las técnicas de recogida, el estudio combina observación participante y entrevistas semiestructuradas.

#### 1. Observación participante

Mediante la observación participante, hemos pretendido hacernos parte (más o menos) activa de la práctica enfermera, para aprender, de esta forma, los modos de comportamiento, valores y creencias de las enfermeras participantes. Aunque también nos ha servido para identificar las expectativas y problemas de las enfermeras en la práctica.

Como pre-requisitos a tener en cuenta para no distorsionar la dinámica se han contemplado (Medina, 2005):

- Evitar el establecimiento de relaciones estrechas.
- Distanciarse, en caso de entrar en competencia con los informantes.
- Eludir cualquier participación que pueda obstaculizar la observación.

En cuanto al proceso de observación, se llevó a cabo de forma secuencial, realizando una focalización creciente. Por tanto, en un principio, la recogida de información fue estructurada en función de las actividades cotidianas que realizaban las personas seleccionadas, y sólo después de este comienzo descriptivo y global fue cuando el estudio focalizó su atención en aspectos claves, haciendo la observación más sistemática y exhaustiva.

Durante la observación participante el investigador realizó un cuaderno de campo. De este modo, el estudio recoge descripciones densas y minuciosas de los fenómenos observados, para que otros

investigadores puedan formarse una idea lo más exacta posible de la realidad que el estudio intenta describir e interpretar y, de esta forma, valorar la posibilidad de extrapolar los resultados.

El diseño considera, de partida, la comprensión del discurso compartido por los grupos profesionales y, por tanto, la observación participante como la principal fuente de explicación.

Pero además, y teniendo en cuenta que Taylor & Bogdan (1987) aseguran que la observación participante es el elemento clave para construir patrones (Medina, 2005), para nosotros será fundamental, teniendo en cuenta la intención de “construir teoría”.

## 2. Entrevistas

Con las entrevistas, el estudio pretende buscar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, el modo en que ellos ven y conciben las prácticas y sus significados. Además, ha permitido solicitar aclaraciones y matizaciones sobre las interpretaciones realizadas por el investigador durante la observación participante.

Las entrevistas se realizaron en espacios que aseguraban unas condiciones mínimas de privacidad y tranquilidad. Además, se aplazaron hasta no conseguir cierto nivel de confianza mutua con los participantes.

En cuanto al contenido, se determinó después de la observación, a partir de las interpretaciones e hipótesis surgidas de la observación participante. De este modo, se elaboró un primer guion de entrevista. El guion de la entrevista fue revisado por la directora de este proyecto, experta en entrevistas y análisis de discurso y familiarizada con el propósito del estudio.

Al inicio de cada entrevista, se cumplimentaba el consentimiento informado y el investigador informaba de los motivos e intenciones. Además, se garantizaba, nuevamente, el anonimato de la persona y la confidencialidad de los datos, ofreciendo la posibilidad de negarse a contestar a cualquier pregunta.

La modalidad de entrevista semiestructurada nos ha permitido formular preguntas en relación a los temas centrales del estudio y al mismo tiempo dar libertad al entrevistado/a para acceder a sus experiencias, interpretaciones o puntos de vista.

Las entrevistas comenzaron con preguntas no directivas y muy abiertas, con objeto de crear un clima de tranquilidad y confianza, pasando a preguntar por cuestiones más relevantes a medida que la entrevista avanzaba. Se solicitó al participante que narrara sus vivencias y acontecimientos desde el punto de vista personal y con sus propios términos.

Las intervenciones del investigador sólo se produjeron cuando se necesitó reconducir la temática o cuando se necesitó clarificar el discurso (pe. solicitando ejemplos) o cuando se detectaron contradicciones o inconsistencias en el discurso o con información procedente de la observación participante.

Las entrevistas se registraron mediante audiograbación y posterior transcripción literal. En el caso de las entrevistas en lengua portugués, las entrevistas fueron transcritas por una persona nativa.

Las grabaciones permitirán “no dejar toda la responsabilidad a la memoria del investigador”, y también evitará “caer en la tipificación prematura pues, al permitir analizar las entrevistas de manera retrospectiva tantas veces como se quiera, se controla la tendencia del investigador a sacar conclusiones inductivas desde las primeras etapas del trabajo de campo” (Medina, 2005).

Con la finalidad de recoger de forma sistemática las diferentes matizaciones del lenguaje utilizado, las entrevistas fueron transcritas de acuerdo a un guion específico de transcripción.

Después de cada entrevista, se tomaron algunas notas de campo, fundamentalmente sobre el entorno donde se realizó la entrevista, la comunicación no verbal del entrevistado, los silencios, los momentos de tensión o emoción, las resistencias o dificultades para hablar de algún aspecto y el clima creado durante la entrevista. Además, también se

utilizó este cuaderno de campo para recoger las sensaciones y vivencias propias.

Además, todas las notas interpretativas del cuaderno de campo y las transcripciones de las cintas fueron entregadas a dos expertos externos, de forma que se facilitaran diálogos reflexivos para: 1) profundizar en el análisis; 2) reformular problemas; y 3) construir nuevas ideas.

Junto a estas técnicas, propias de la metodología cualitativa, el estudio complementa algunos de los aspectos tratados con la recogida de información mediante encuesta.

### 3. Encuesta

Para la recogida de datos mediante encuesta se ha utilizado un cuestionario que incluye diferentes actividades descritas por estudios previos como ejemplos de acciones instrumentales, estratégicas o comunicativas. Dicho cuestionario fue validado en una etapa anterior del estudio (para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados).

El cuestionario está compuesto por 21 variables. Tres de ellas permiten una identificación mínima de los sujetos de estudio, y las dieciocho restantes examinan los tipos de racionalidad predominante en el rol, la práctica y el discurso de las enfermeras (Anexo 1).

Las variables identificativas son:

1. Unidad. Variable categórica de tres categorías (que identifican las tres unidades estudiadas).
2. Género. Variable categórica dicotómica (hombre, mujer).
3. Años de ejercicio profesional. Variable cuantitativa continua.

Respecto a las variables que examinan los tipos de racionalidad, comparten una estructura que consta de un enunciado, tres esferas o ámbitos (rol, práctica y discurso escrito) y una escala de medida para cada uno de las esferas o ámbitos.

Las escalas van desde el 1 al 5, siendo el 1 el nivel más bajo de acuerdo con la declaración o enunciado propuesto (en nuestro caso, la acción instrumental, estratégica o comunicativa) y 5 el grado más alto de acuerdo con la declaración.

Las acciones recogidas en estos 18 enunciados son las siguientes (introducidas por las entradas: “según pienso”, “cuando hago en mi día a día” y “cuando registro” es importante:):

1. Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares).
2. Administrar el tratamiento prescrito.
3. Estar atento a la preparación que requiere cada prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).
4. Saber todo lo que hay que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos), y comprobar si se ha hecho.
5. Controlar signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).
6. Estar atento a los aspectos emocionales de cada paciente.
7. Tramitar todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la institución).
8. Conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter,...).
9. Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).
10. No olvidar ninguna prescripción médica.
11. Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita).
12. Cumplir con los objetivos de la Unidad/ Servicio.
13. En ciertas ocasiones (una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.), pasar tiempo con el paciente.
14. Convencer al paciente para que siga el tratamiento prescrito.
15. Cuando un paciente se encuentra nervioso, inquieto, afligido o desesperanzado, administrar algún medicamento o avisar al

médico para solucionarle el problema.

16. Saber cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.

17. En caso de que la enfermedad cambie mucho su vida, ayudar al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria.

18. Contribuir en lo necesario para que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).

El cuestionario fue adaptado a la lengua portuguesa por una persona nativa. Tras su traducción, fue retrotraducido al castellano para comprobar posibles interferencias.

El trabajo de campo de la investigación mediante encuesta comenzó con un primer contacto telefónico con la enfermera supervisora de cada una de las unidades incluidas en el estudio, momento en el que se le solicitaba su participación explícita e informaba brevemente del estudio. Además, en dicha llamada se concertaba una cita en la que se le hacía entrega de los cuestionarios (entregados en sobre abierto para devolver en sobre cerrado).

El cuestionario era autocumplimentado por la persona (por lo que no ha sido necesario formar a encuestadores). Tras una semana de plazo, se procedió a la recogida de los cuestionarios cumplimentados.

Se realizaron dos recordatorios para evitar uno de los grandes problemas de los cuestionarios, la baja tasa de respuesta que se obtiene por falta de colaboración.

#### **2.2.5.2. Fases en la recogida**

Las diferentes técnicas descritas se han secuenciado en tres fases. La primera etapa, de observación participante, ha sido utilizada para la entrada al campo, para identificar y para precisar cuestiones. La segunda etapa, desarrollada a través de entrevistas semiestructuradas, ha permitido a los

autores explorar la constitución y significación de cada uno de los discursos observados. Por último, la fase de encuesta ha sido utilizada (tan sólo) como un método más de triangulación de la información. Su situación, al final del proceso, no ha significado la opción por un enfoque positivista ni, por supuesto, la subordinación de la información obtenida mediante las dos primeras técnicas a la obtenida por esta tercera.

No obstante, previamente de la recogida de datos descrita, se programó la negociación con los centros, la selección de participantes y el acceso al centro.

La primera tarea para la ejecución del estudio consistió, por tanto, en contactar con los centros en los que se realizó el estudio, con el objeto de solicitar su participación. Para ello se solicitó autorización a la Dirección Gerencia de los diferentes centros.

El paso siguiente fue solicitar la colaboración de los profesionales. Para ello se confeccionó una carta en la que se explicaba la naturaleza y objetivos de la investigación, el tipo de colaboración que se solicitaba (su observación y posible entrevista) y los beneficios directos de la participación (extraer de su invisibilidad aquella parte oculta que reside en toda práctica cotidiana).

Además, para facilitar la participación, se solicitó a la Dirección la distribución de dicha carta. No obstante, con posterioridad, fue el propio investigador quien informó a todos los participantes de las motivaciones, el marco teórico, los objetivos, el diseño del estudio y el papel del investigador durante el trabajo de campo. Además de responder a todas sus preguntas. En dicho momento también se garantizaba el anonimato de las personas participantes y la confidencialidad de las informaciones.

Respecto al acceso a los centros, los primeros días de estancia en los centros fueron dedicados a familiarizarse con las personas y el contexto y acomodarse a las rutinas. Estos primeros días permitieron ir conociendo el escenario y concretar, de forma creciente, el foco de atención: observando, cuestionando y problematizando la práctica.

### **2.2.5.3. Período de recogida de datos**

Como criterio general para determinar la duración de la observación participante se fijó el de garantizar la comprensión suficiente del universo de significados de los participantes. Además, se tuvo en cuenta la necesidad de conseguir la espontaneidad y naturalidad en los participantes antes del comienzo de la observación propiamente dicha. Como período mínimo de observación se fijó, según mencionamos en la descripción de la muestra, el necesario para que todos los turnos de enfermeras tuvieran la posibilidad de haber sido observados.

La duración, en todos los casos, ha venido determinada por la saturación del discurso en sus aspectos fundamentales, abarcando (el total de las diferentes fases) el periodo comprendido entre junio de 2011 y enero de 2012.

Respecto a su temporización, la observación de la práctica hospitalaria fue realizada primero en España y después en Portugal, no obstante, por motivos logísticos, la observación de la práctica comunitaria fue realizada en sentido contrario, primero en Portugal y después en España.

### **2.2.5.4. Encargado de la recogida**

El encargado de la recogida ha sido el propio investigador. A este respecto, señalar que el estudio preveía un esfuerzo mayor al habitual para suspender el juicio, porque el observador había vivenciado la realidad objeto de estudio en momentos anteriores de su propia vida.

Las vivencias previas del investigador han condicionado, por tanto, un esfuerzo añadido por: 1) transformar en extraño aquello familiar; y 2) evitar ver aquello que se deseaba ver.

No obstante, también se previó una facilidad añadida, pues las mismas vivencias permitirían: 1) ser más rápidamente uno más y, por lo tanto, invisible para los participantes en el estudio; y 2) un proceso de aprendizaje más rápido, pues ya se parte del conocimiento emic de la cultura enfermera.



### 2.2.6. Análisis de la información

El análisis empleado para el estudio de la información obtenida mediante observación participante y entrevista ha sido el análisis del discurso.

El análisis del discurso es un método de investigación que puede ser usado desde diferentes paradigmas con diversas orientaciones teóricas y metodológicas (Crowe, 2005; Hammersley, 1997). Su utilización, por tanto, hace precisa, siempre, la explicación de numerosos matices.

A este respecto, el presente estudio define discurso como cualquier práctica por la que los sujetos dotan de sentido a la realidad (rutinas, costumbres, etc.). No obstante, el estudio va a prestar una especial atención a los discursos verbales, por sus mayores posibilidades de registro y una más fácil traducción al lenguaje.

Respecto a los niveles de análisis, el estudio centra sus esfuerzos en el análisis textual del discurso, analizando, fundamentalmente, el plano del enunciado y considerando el discurso en su dimensión de objeto de estudio.

El contexto intertextual y el contexto situacional han sido considerados, dentro de nuestro planteamiento, en un segundo nivel (el contextual); y finalmente, el contexto social, el más amplio, lo ha sido en el tercer nivel de análisis estrictamente sociológico. No obstante, este segundo y tercer nivel de análisis han sido abordados de manera parcial, para profundizar en aspectos concretos.

Para realizar el análisis textual, el estudio ha optado, concretamente, por la técnica del análisis de contenido y el método de las comparaciones constantes (MCC) propuesto por Glaser & Strauss (1967), a partir del cual se procede a la generación inductiva de un entramado conceptual en el que recoger todos los aspectos de la realidad observada y el sentido que se les otorga a los mismos (Medina, 2005).

Éste método contempla el análisis de datos como un proceso en el que, a la vez que se realiza la recogida de información, se codifican categorías y se realiza una comparación constante entre ellas para asegurar que no existen conflictos internos ni contradicciones (Medina, 2005). De este modo, se

consigue refinarlas y hacerlas más fiables, a la vez que se clarifican sus límites y relaciones, lo que ayudará posteriormente a que emerjan metacategorías.

El proceso de análisis textual ha supuesto, por tanto:

1. Un resumen y síntesis de las notas de campo y transcripciones.
2. Una segmentación e identificación de unidades de significado y agrupación en categorías descriptivas.

Para ello, se realizó un esfuerzo inicial destinado a desarrollar descripciones densas, con objeto de obtener una idea global y conocer los temas nucleares para, en una segunda lectura, llevar a cabo la segmentación de datos.

Para la segmentación de los datos se ha utilizado el criterio de “tema abordado” (pertenencia a un determinado concepto), de modo que la segmentación y codificación se llevó a cabo en una sola operación de modo simultáneo.

Respecto al proceso de construcción del sistema de categorías, ha sido mayoritariamente inductivo, aunque se ha utilizado un esquema categorial inicial basado en la TAC de J. Habermas. Por tanto, el sistema categorial resultante ha supuesto un constantemente proceso de redefinición categorial, en función de las categorías que iban emergiendo.

El proceso de construcción (del sistema categorial) se dio por finalizado cuando se empezó a comprobar la saturación de las categorías, es decir, cuando se dejó de encontrar información que generara nuevas categorías.

3. La construcción de núcleos temáticos o metacategorías.

Para la construcción de núcleos temáticos se realizó un proceso de comparación intercategorías en el que se buscaron similitudes estructurales, teóricas y elementos comunes.

En este proceso de construcción de categorías mayores, o núcleos temáticos (por agrupación y fusión de las categorías), se ha

utilizado el marco teórico y de interpretación elegido (TAC), pero con la característica, siempre, de dejarse modelar y reconstruir para captar la realidad estudiada tal y como la describen e interpretan los participantes. Estas metacategorías se construyeron de manera simultánea a la emergencia de nuevas categorías.

#### 4. La identificación de vectores cualitativos

A partir de estos bloques temáticos, se buscó el patrón subyacente que permitiera reordenar y articular los bloques temáticos en una estructura más inclusiva. Estos vectores cualitativos son más abstractos y generales porque recogen características comunes a los núcleos temáticos identificados.

El objetivo final de este método de análisis es, por tanto, la generación inductiva de constructos teóricos (vectores cualitativos), que junto con los núcleos temáticos y las categorías conformarán el entramado conceptual en el que se recogen todos los aspectos de la realidad observada y el sentido que se les otorga a los mismos.

Para la segmentación, ordenación, búsqueda y recuperación de datos se ha utilizado el software libre weft-QDA.

Realizado el análisis textual, el estudio ha procurado situar la información en el espacio en el que el discurso ha surgido y en el que adquiere sentido. Se ha procurado, por tanto, comprender los discursos como acontecimientos singulares, producidos por sujetos que se encuentran insertos en un espacio y un tiempo concretos.

En este sentido se ha realizado un análisis situacional del discurso, es decir, una descripción detallada de las circunstancias en que ha sido producido y de las características de los sujetos que lo produjeron (quien lo ha producido, en qué circunstancias y con qué propósitos son cuestiones relevantes en este tipo de análisis).

Pero, además, se ha prestado especial atención a las normas locales que regían las interacciones cotidianas de los profesionales participantes, tanto explícitas como implícitas.

Por último, para la interpretación de los datos nos hemos centrado en la dimensión ideológica del discurso. Es decir, el estudio se interesa, precisamente, por el punto de vista particular del sujeto, pero no como un sesgo subjetivo del discurso sino como indicio de construcciones ideológicas, entendidas como modos intersubjetivos de percibir el mundo y posicionarse en él, propios de sujetos insertos en contextos socio-históricos concretos (Ruiz, 2009).

El enorme esfuerzo que supone realizar de manera exhaustiva las diferentes técnicas de análisis descritas, y teniendo en cuenta el abundante volumen de los textos a analizados, ha justificado la focalización del estudio en el análisis de contenido. No obstante, el continuo diálogo existente entre los tres niveles de análisis del discurso (textual, contextual y sociológico) se deja ver en el estudio como un continuo ir y venir de uno a otro, en constante diálogo entre ellos (Ruiz, 2009).

En cuanto a la localización de la información, el análisis de contenido aparece en esta memoria en el apartado de resultados, mientras que el análisis contextual y sociológico aparece mayormente en la discusión del estudio.

Por lo que respecta al análisis cuantitativo de la encuesta, se ha realizado un análisis descriptivo mediante medias y distribuciones de frecuencias.

Para comprobar la existencia de diferencias entre las tres clases o tipos de actividades reconocidas y su posible asociación con la unidad, hemos realizado un análisis de varianza de medidas repetidas con un factor intrasujetos (instrumental, comunicativa, estratégica/ tecnificación) y un factor entresujetos (tipo de unidad), utilizándose en las pruebas a posteriori el ajuste de Sidak por comparaciones múltiples.

Por último, para comprobar las diferencias existentes en la clase de acciones comunicativas respecto a las diferentes esferas/ámbitos estudiados, hemos utilizado una comparación de medias para datos apareados.

### 2.2.7. Limitaciones

La investigación ha procurado alcanzar el mayor rigor posible en su realización. Para ello, ha seguido una serie de estrategias:

1. Se planteó una observación participante prolongada y continua.
2. Se previó un esfuerzo mayor al habitual para “suspender el juicio”.
3. Se planteó la realización de descripciones densas y minuciosas de los fenómenos observados para procurar la transferibilidad de los resultados del estudio.
4. Se ha realizado una triangulación de métodos (observación entrevista y encuesta), de sujetos-informantes (al contrastar y negociar los significados) y de investigadores (al integrar dos expertos externos).

Dicha triangulación ha permitido garantizar: 1) La veracidad o credibilidad de la información; 2) la dependencia (congruencia interna); y 3) la confirmabilidad (objetividad en la investigación positivista) de la investigación.

5. Además, el método de las comparaciones constantes de Glaser y Strauss ha permitido asegurar la corroboración de la coherencia estructural de los resultados.
6. Por último, y como elemento añadido de garantía, se han almacenado los materiales resultantes de la investigación, de modo que sea posible la comprobación externa por otros investigadores futuros.

Por su parte, el estudio mediante encuesta cuenta con las limitaciones propias de las encuestas entregadas y recogidas en mano:

1. Subrepresentación de los colectivos de posiciones más centrales, pues los que más responden suelen ser los grupos extremos, es decir, los muy favorables y los muy desfavorables.
2. Anonimato dudoso, o al menos cuestionado por el colectivo encuestado, con lo cual la veracidad o sinceridad de las respuestas puede verse afectada notablemente, puesto que las respuestas pueden tender hacia aquello que se puede considerar socialmente más

aceptable.

3. No se puede garantizar que el sujeto haya contestado el cuestionario a solas.

4. No se puede garantizar que el encuestado, antes de responder, no haya leído la totalidad del cuestionario, hecho que elimina los efectos de la secuencia de respuesta.

### **2.2.8. Consideraciones éticas**

El estudio solicitó la autorización al centro (Anexo 2) y cuenta con informe favorable del Comité de Ética (Anexo 3), así como con el consentimiento informado verbal y escrito de los participantes (Anexo 4). Se ha garantizado el anonimato de las personas participantes y la confidencialidad de las informaciones.

En todo caso, se han respetado los principios éticos de la investigación en humanos recogidos en la Declaración de Helsinki y en el Informe Belmont.

## **2.3. Resultados**

### **2.3.1. Presentación**

Antes de comenzar el relato de los resultados del estudio, es preciso señalar algunas decisiones importantes tomadas al respecto.

Los resultados están centrados en el nivel textual. La contextualización y explicación del texto aparece recogida en la discusión del estudio. No obstante, ha sido imposible realizar esta separación tajante, de forma que el análisis textual se presenta entremezclado, en cierto grado, con el análisis contextual y la interpretación, teniendo en cuenta la comunicación constante y bidireccional que existe entre los tres niveles de análisis del discurso.

Otro aspecto importante es la inclusión de determinados elementos que no aparecen habitualmente en una investigación: la sorpresa, la satisfacción, las dudas, las contradicciones personales y, en general, las sensaciones que hemos experimentado durante el trabajo de campo. No obstante, estamos

convencidos de que estos elementos condicionan enormemente la investigación y que su inclusión enriquecerá considerablemente el análisis.

Respecto a la ordenación de los resultados, en primer lugar, aparecen los referidos a la práctica hospitalaria y, en segundo lugar, los resultados de la práctica comunitaria. Los resultados referidos a los hospitales español y portugués se presentan conjuntamente. Primero aparecen los resultados del análisis del discurso (AD) y a continuación los resultados del análisis de la encuesta. En el caso de la práctica comunitaria, se ha seguido el mismo esquema. Aparecen recogidas en el mismo apartado la práctica de los todos los centros de atención comunitaria pero, en este caso, solo aparecen resultados del análisis del discurso. Para cerrar este repaso a diferentes “prácticas”, hemos recogido una pequeña “incursión” en la práctica enfermera de un hospital del NHS británico. No obstante, en todos los casos, hemos reservado aquellas condiciones particulares que propician la acción comunicativa para elaborar un último punto dentro de este apartado de resultados. La unión de estos contenidos permitirá al lector obtener una fotografía completa de la práctica en cada uno de los entornos estudiados.

Tras la descripción de las diferentes prácticas observadas, los resultados recogen un análisis de cómo los sistemas habermasianos de la economía, la burocracia y, por extensión, la ciencia, pueden estar influyendo en la falta de calado de la ideología del cuidado en la práctica enfermera.

Por último, como apuntábamos anteriormente, el apartado de resultados termina con una descripción de aquellas condiciones particulares (de los diferentes entornos estudiados) que pueden favorecer la realización efectiva de la acción comunicativa en la práctica enfermera.

### **2.3.2. Descripción de los participantes**

En cuanto al número total de profesionales estudiados, difiere al referirlo a cada una de las técnicas de recogida empleadas.

En el caso de la observación participante, resulta difícil determinar con exactitud pues, además de observar al profesional designado, se observaron situaciones próximas protagonizadas por otros profesionales. En la redacción de este texto aparecen referencias pertenecientes a 41 profesionales enfermeros.

Respecto a la muestra final de la fase de entrevistas ha estado formada por 22 profesionales: cuatro profesionales en el hospital español; seis profesionales en el hospital portugués; cinco profesionales en el centro de atención comunitaria portugués; y siete profesionales en el centro de atención comunitaria español.

A esta muestra hay que añadir la entrevista realizada a una enfermera del Sistema de Salud Británico (NHS). No obstante, este caso tiene una consideración especial, pues la información obtenida mediante entrevista no ha podido ser triangulada con información derivada de observación participante. Es por ello, que esta información aparece en el estudio catalogada como “pequeña incursión”.

Las diferencias entre las entrevistas previstas y las finalmente realizadas responden al criterio de saturación de la información. Es decir, se dejó de realizar entrevistas en cada entorno cuando la información recogida no aportaba nada relevante a lo conocido en sus aspectos centrales.

Respecto a los participantes en la encuesta realizada en el ámbito hospitalario (con posterioridad al trabajo cualitativo), la muestra estuvo compuesta por todos los profesionales de las tres unidades de hospitalización observadas. Los índices de respuesta obtenidos fueron del 92.8%, 68.6% y 100%, lo que supuso un total de 112 participantes.

Respecto a las características básicas de cada uno de ellos, se recogen en los siguientes apartados.



Síntesis del apartado
2.3.2.1. Descripción de los participantes. Atención hospitalaria
2.3.2.2. Descripción de los participantes. Atención comunitaria

### 2.3.2.1. Descripción de los participantes. Atención hospitalaria

Los participantes en el hospital español pertenecen a una unidad de especialidad médica. Eran mayoritariamente mujeres (sólo 1 hombre), de 35 o más años (media= 46,93), y con amplia experiencia en el cuidado a pacientes crónicos de patología respiratoria (tabla 2.1).

**Tabla 2.1. Características básicas de los participantes del hospital español**

participantes	edad	sexo	experiencia profesional (años)
SN1	37	M	15
SN2	41	M	15
SN3	39	M	12
SN4	40	M	19
SN5	54	M	33
SN6	52	M	31
SN7	44	M	23
SN8	47	M	27
SN9	54	M	3
SN10	59	M	36

Junto a ellos, aunque sin la consideración de participantes del estudio, pudimos observar el trabajo realizado por médicos y auxiliares en la medida que forman parte del entorno profesional y condicionan las conductas de las enfermeras. En el caso de médicos, no todos los integrantes del equipo pasaban visita. Sólo 3 de ellos lo hacían habitualmente. No obstante, y debido a la elevada frecuencia de pacientes de otras especialidades, era constante la presencia de médicos externos al servicio. En cuanto a los auxiliares de

enfermería, su número es semejante al de enfermeras, en una proporción aproximada de 1 a 1.

En el caso de los participantes del hospital portugués, la primera unidad estudiada estaba constituida por 68 enfermeras, con una edad media de 31,95 años y una mediana y una moda de 28. De ellos, 15 eran hombres y 53 mujeres. En cuanto a su formación académica, 1 tenía el título de máster y 6 eran enfermeras especialistas. El 57,3 % tenía una experiencia profesional menor de 5 años, y un 22,1% entre 5 y 11 años. En resumen, son en general, enfermeras jóvenes, pues, cómo dicen ellos “Medicina es un servicio pesado y las enfermeras más mayores no lo quieren”.

No obstante la Unidad estaba dividida por género (Homens y mulheres) y cada género en módulo A y B. La observación y las entrevistas se realizaron, en su totalidad, en Medicina-B Homens. Por lo tanto, sólo fueron participantes del estudio las enfermeras de este módulo (tabla 2.2).

**Tabla 2.2. Características básicas de los participantes del hospital portugués**

participantes	edad	sexo	experiencia profesional (años)
PN1	30	H	7
PN2	28	H	6
PN3	27	H	5
PN4	27	M	4
PN5	28	M	6
PN6	27	M	5
PN7	37	M	15
PN8	27	M	5
PN9	26	M	3

Respecto a los médicos, eran un total de 9 internistas (que pasan visita diariamente, todos). Además, el servicio recibía pacientes de dermatología, pues esta especialidad no disponía de servicio de hospitalización. Por lo tanto, también deben considerarse los médicos dermatólogos como elementos pertenecientes a este entorno profesional asistencial.

En cuanto a los auxiliares, había dos de mañana, uno de tarde y uno de noche. Pero, además, existía un auxiliar encargado de los traslados de pacientes a pruebas diagnósticas, terapéuticas o a otras unidades, y un auxiliar para las comidas.

Las características de los profesionales de la segunda unidad estudiada en Portugal eran muy similares a las de los profesionales de la primera unidad, aunque el rango de edad dominante en este caso era mayor, entre 30 y 40 años (media de 36,36).

### 2.3.2.2. Descripción de los participantes. Atención Comunitaria

En este caso, los participantes del entorno español eran, en su mayoría, enfermeras de amplia experiencia profesional, aunque su experiencia en atención comunitaria era diversa, pues un grupo importante de ellas había desarrollado prácticamente toda su vida profesional en atención especializada hasta hacía pocos años, unos 5 años. Sus características se resumen en la siguiente tabla (tabla 2.3).

**Tabla 2.3. Características básicas de los participantes de CS españoles**

participante	edad	sexo	experiencia profesional (años)	experiencia en A. a la Comunidad (años)
SN1c	49	M	27	25
SN2c	59	M	36	22
SN3c	55	M	32	25
SN4c	55	M	33	5
SN5c	53	M	31	5
SN6c	52	M	29	5
SN7c	56	H	33	3
SN8c	53	M	33	5
SN9c	58	H	35	3
SN10c	55	M	36	21
SN11c	53	M	32	5
SN12c	54	M	29	5

En cambio, los profesionales de la Agrupación de Centros de Salud (ACES) de la zona norte de Portugal eran, en su mayoría, muy jóvenes y, por tanto, con escasa/ menor experiencia profesional. Respecto a sus características, fueron (tabla 2.4).

**Tabla 2.4. Características básicas de los participantes del ACES portugués**

códigos	edad	sexo	experiencia profesional (años)	experiencia en A. a la Comunidad (años)
PN1c	34	H	11	1
PN2c	33	M	11	11
PN3c	33	M	11	1
PN4c	27	M	5	4
PN5c	34	M	12	2
PN6c	29	H	4	3
PN7c	26	M	4	2
PN8c	26	M	4	3
PN9c	35	M	5	2

Junto a los códigos utilizados en el texto para identificar las intervenciones de los participantes, aparecerán dos códigos, PO y SO, que identifican fragmentos extraídos del diario de campo del investigador. Cada código se refiere a un entorno geográfico (figura 2.1).

**Figura 2.1. Códigos asignados a la información procedente de la observación participante**

códigos	Entorno o ámbito geográfico
PO	Observación participante en Portugal
SO	Observación participante en España

Una vez descritas las características de los participantes, vamos a proceder a describir la práctica enfermera de los distintos entornos o ámbitos.

### 2.3.3. La práctica enfermera en el entorno hospitalario español y portugués

#### Síntesis del apartado

##### 2.3.3.1. Descripción de la acción instrumental

*El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad*

*El trabajo administrativo*

*Las acciones instrumentales, un trabajo sistematizado*

*Las acciones instrumentales, un hueco asegurado*

*Las acciones instrumentales no pueden quedar pendientes*

##### 2.3.3.2. Descripción de la acción comunicativa

*No es frecuente observar cuestionamientos públicos a la validez*

*La comunicación queda reducida a conversaciones cotidianas (aprobématicas sobre el mundo de la vida)*

*Las conversaciones presentan un tono coloquial (acorde con la falta de disensión)*

*Las conversaciones sobre lo cotidiano aparecen, mayoritariamente, junto a la acción instrumental*

*Las conversaciones sobre lo cotidiano no forman parte fundamental del trabajo para la organización, pero tampoco para las enfermeras*

##### 2.3.3.3. Descripción de la acción estratégica

*La acción estratégica es el tipo de acción social mayoritaria*

*Los desacuerdos pueden ser reprimidos*

*La información-educación no son sino tareas automáticas y descontextualizadas*

*La acción estratégica acompaña a la acción instrumental sobre la que informan o enseñan*

*Las enfermeras “procuran” informar y enseñar a los pacientes*

##### 2.3.3.4. Una imagen sintetizada de la situación descrita

El relato de los resultados comienza, por tanto, con la descripción de los resultados en el entorno hospitalario, concretamente, en un hospital del sur de España y otro del norte de Portugal.

##### 2.3.3.1. Descripción de la acción instrumental

###### 1. El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad

El trabajo de las enfermeras de ambos entornos consiste, fundamentalmente, en la administración de medicamentos y otras terapias, la

realización de pruebas diagnósticas y la vigilancia de signos vitales, es decir, en ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Pero, además, su realización ocupa la mayor parte del tiempo de atención al paciente, pues estas tareas son muy numerosas. A modo de ejemplo, recogemos los cuidados planificados para un paciente en la primera unidad del hospital portugués (Anexo 5. Plan de cuidados entre 08/07/2011 15:00 a 09/07/2011 14:00, centro hospitalario portugués).

## 2. El trabajo administrativo

Respecto al trabajo administrativo, las enfermeras de ambos entornos realizan una ingente cantidad de trabajo administrativo. En el caso de las enfermeras españolas, además, éste es considerablemente mayor. Son las encargadas de gestionar el ingreso del paciente, tramitar las pruebas diagnósticas, las hojas de consulta a especialistas, la petición de dietas, la comunicación con farmacia, la gestión de ambulancias, etc. Y todo ello, en medio de su labor clínica.

Las enfermeras se arrojan la carga del funcionamiento de la institución.

*[...] el médico no sabe ni el turno de trabajo que tenemos. No saben si tenemos dos mañanas, dos tardes y una noche. Si no saben eso que es algo muy muy sencillo, el resto de cosas imagínate, cosas supersencillas: ¿cómo le llega la dieta del paciente al paciente?, eso se les escapa absolutamente (SN1)*

Es más, sienten que tienen que tener “todo controlado”, desde el momento en que se solicita una prueba, o se prescribe un tratamiento o dieta, hasta el momento en el que se realiza o administra.

*Quando corre tudo bem ninguém quer saber, quando corre alguma coisa mal, o enfermeiro é que devia estar atento, ¿percebe? (PN1)*

El problema es que esta tarea no siempre resulta fácil pues, en el caso de las enfermeras españolas, implica conocer todos los circuitos. Y si la comunicación con el servicio de Farmacia puede resultar sencilla (es un circuito único), la gestión de pruebas diagnósticas y otros tratamientos es muy variada. Además, esta diversidad (el abanico de pruebas o tratamientos que deben conocer), se multiplica enormemente como consecuencia de la frecuente (ellas dirían que más de lo deseable) hospitalización de pacientes periféricos.

Pero, este requisito (conocer todos los circuitos hospitalarios) no es nada si tenemos en cuenta que, además, la enfermera tiene que resolver cualquier incidencia que se produzca, desde el momento de la solicitud hasta el momento de la realización de la prueba o administración del tratamiento.

Un ejemplo de esto último es el episodio relatado por SN5 sobre la prescripción de insulina de un paciente.

*Se trataba de un paciente al que habían prescrito levemir<sup>R</sup>. Pero SN5 recibió lantus<sup>R</sup>. Además, el envío de una insulina diferente por parte de Farmacia fue realizado sin ninguna advertencia. Cuando SN5 comprobó el cambio, llamó a Farmacia para que le confirmaran que levemir<sup>R</sup> y lantus<sup>R</sup> no eran lo mismo, y para que le enviaran insulina levemir<sup>R</sup>. La respuesta del Servicio de Farmacia fue que le habían enviado lantus<sup>R</sup> porque no tenían levemir<sup>R</sup>, que llamara al endocrino y le cambiara el tipo de insulina. [...] Eran cerca de las tres de la tarde (momento del cambio de turno en el hospital). SN5 le respondió que ya no estaría el endocrino pasando visita, y que no había endocrino de guardia. ¿Qué podía hacer? El Servicio de Farmacia le dejó claro que ellos no podían hacer otra cosa. Ante esta situación, SN5 llamó al cirujano (especialidad a cargo de la cual ingresó el paciente). El cirujano le respondió que él no sabía de insulinas, que lo consultara con el internista de guardia. ¿Cómo? SN5 no podía creerlo. Tendría que ser ella la que, finalmente, terminara con el problema*

*llamando al internista. “Es que te marean y tienes la sensación de que te están tomando el pelo [me decía en tono de queja] (SO)*

En el hospital portugués, en cambio, muchos sistemas están informatizados. Pero además, es que la organización y tramitación de solicitudes y peticiones no recae únicamente en la enfermera, como ocurría en el hospital español.

Se trata de una situación con la que suspiraba una enfermera del hospital español cuando le preguntábamos cómo podían hacerse las cosas de otra manera y ella respondía.

*Yo personalmente confío en que la informática llegue pronto y que los médicos trabajen con un IPod y que lo pasen directamente al ordenador, y que desde allí se hagan todas las modificaciones directamente a farmacia o a cocina y que cada uno se responsabilice de sus errores (SN1)*

En el hospital portugués, es el médico quién, a través de una aplicación informática, el “Sistema de Apoyo al Médico” (SAM), realiza la solicitud de medicamentos y pruebas diagnósticas. Este hecho reduce enormemente la labor administrativa de las enfermeras. Pero además, en las dos unidades portuguesas, existen figuras enfermeras con perfil exclusivamente administrativo. De esta forma las enfermeras quedan liberadas de la sobrecarga observada en el entorno español.

### **3. Las acciones instrumentales, un trabajo sistematizado**

La realización de las acciones instrumentales responde a una forma de trabajo sistemática, mecánica. A veces, hasta automatizada. Una de ellas, sin duda la que ocupa el lugar central, y alrededor de la cual se organizan el resto, es la administración de medicamentos. Su naturaleza instrumental facilita la sistematización. Pero además, en el hospital español, esta tarea



estaba especialmente sistematizada. Por ello, la tomaremos como paradigma de trabajo sistematizado.

Aunque algunas enfermeras introducían alguna variación, la administración de medicamentos comenzaba “sacando la medicación” (es decir, organizando la medicación que se administra en todo el turno de trabajo a todos los pacientes). De esta forma, llegado el momento, sólo era necesaria su reconstitución (en caso de medicamentos intravenosos), o su reparto (en el caso de medicamentos orales). A las 9h, las 12h y el almuerzo (en el turno de mañanas), la enfermera cogía una bandeja con casilleros / separaciones y procedía al reparto y/ o administración de los medicamentos.

En otros casos, como la administración de insulina, las enfermeras dejaban, a modo de recordatorio, una aguja subcutánea en los correspondientes casilleros de la bandeja; algunas, incluso dejaban el algodón (¡todo listo!) para no tener que “pararse” después a preparar el material necesario.

Se trata, por tanto, de tareas que se realizan casi en cadena. Así aparece en la descripción de la actividad realizada por las enfermeras durante la entrevista.

*[...] por ejemplo por la mañana y por la tarde, lo primero que haces es preparar la medicación y ponerla. Entonces yo en concreto, preparo, pongo y no tengo tiempo de que “pase usted y me cuente ninguna historia”, porque le he puesto a él una medicación e inmediatamente lo pongo al compañero y luego a otro y luego al otro. Si me detengo con uno, corriendo llegan los carros del desayuno; y si llegan los carros del desayuno, tengo que poner las insulinas. Entonces todo eso está en mi mente (SN2)*

Respecto al trabajo administrativo, fue fácil observar el carácter sistemático de la actividad. Bastó con preguntarles cómo se solicitaba tal prueba o cómo se enviaba una nueva prescripción de tratamiento a Farmacia para que me explicaran, sin variación, cuál era el procedimiento correcto.

#### 4. Las acciones instrumentales, un hueco asegurado

Al ser un trabajo perfectamente sistematizado, las actividades para el tratamiento de la enfermedad tienen unos horarios claramente identificables.

*Nós temos mais ou menos horários certos de medicação, que é às nove da manhã, é ao meio dia, [...] Em termos de posicionamentos, nós temos um protocolo, e fazemos posicionamentos mais ou menos de duas horas e meia-três horas em três horas [...] (PN6)*

Los trámites administrativos también tienen un horario más o menos establecido. Pudimos ver ejemplos de ello en ambos hospitales. Las situaciones que más claramente lo representan fueron la tramitación vía fax de las prescripciones a Farmacia, en el hospital español; y el registro en el “Sistema de Apoyo a la Práctica de Enfermería” (SAPE), en el hospital portugués.

Respecto a las actividades relacionadas con el diagnóstico, o los trámites administrativos que tienen que ver con una solicitud urgente, no siempre tienen un horario, pues depende del momento en el que surja la demanda. No obstante, en caso de existir, también encuentran fácilmente su hueco.

#### 5. Las acciones instrumentales no pueden quedar pendientes

Las actividades para el diagnóstico y tratamiento, así como el trabajo administrativo, “deben ser hechas y hechas en su momento”.

*Há cuidados que são fundamentais, que requerem mesmo a nossa presença, a medicação, aspirar secreções, uma desobstrução da via aérea ou um doente que esteja com falta de ar, apneia, registros, preparar material. Há situações que não podemos deixar para trás (PN3)*

*Existem horários específicos ao longo do dia em que nós sabemos que aquilo tem que ser feito, e aí, não podemos fugir (PN1)*

Las enfermeras sienten que las acciones técnico-instrumentales son prioritarias en su trabajo.

*O sea no es algo inconsciente, es que para mí la prioridad en ese momento es que tengo que poner la medicación [...] si me detengo en cada paciente, posiblemente al último le ponga a las once de la mañana el antibiótico que le tenía que haber puesto a las nueve (SN2)*

Pero, a las razones internas que puedan existir, es decir, razones propias de la enfermera, se suman coerciones externas. Baste recordar la referencia de PN1.

*Quando corre tudo bem ninguém quer saber, quando corre alguma coisa mal, o enfermeiro é que devia estar atento, ¿percebe? (PN1)*

Respecto a quién establece esta obligación, encontramos una figura común a ambos entornos: el médico. Pero, además, en el entorno portugués, fue claramente perceptible el poder ejercido por la enfermera jefe. En cualquier caso, trataremos más extensamente este asunto en el apartado de colonización del mundo de la vida por parte del sistema.

### **2.3.3.2. Descripción de la acción comunicativa**

#### **1. No es frecuente observar cuestionamientos públicos a la validez**

Durante todo el periodo de observación realizado, tanto en España como en Portugal, no fueron frecuentes los episodios en los que “las pretensiones de validez” habermasianas (verdad, veracidad y exactitud con las normas) fueran puestas en cuestión por los pacientes (abiertamente). En muy escasas ocasiones, observe un “proceso público de discusión”. Por lo

tanto, la práctica enfermera no parece dar demasiadas oportunidades al surgimiento de acciones comunicativas.

No obstante, sí que pude observar acciones comunicativas, en el sentido de “acciones que buscaban entenderse para actuar”. Eran acciones del tipo “dejar algo para más tarde”, “dividir tareas entre profesionales y paciente o familia”, etc., que acordaban enfermera y paciente. Pero, en ningún caso, estas acciones (de negociación) partieron de la disensión, sino de la voluntad de la enfermera de hacer partícipe al paciente de sus cuidados.

## **2. La comunicación queda reducida a conversaciones cotidianas (aproblemáticas sobre el mundo de la vida)**

Por tanto, cuando la enfermera habla, lo hace dentro de esos parámetros (saberes, normas, valores, etc.) que constituyen el saber de fondo común “aproblemático y dado por supuesto” que es el mundo de la vida. Se habla “de todo un poco”.

*A gente tenta falar às vezes do passado, como é que era na adolescência, quando eles eram jovens, depois como é que eram as saídas, se eles saiam, eles também ficam assim todos empolgados, às vezes mandamos umas piadas, mesmo sobre mulheres, esse tipo de coisas e eles gostam. Mas assim com a conversa banal, acaba por ser um bocadinho: o que é que faziam, a vida deles, como é que foram os empregos que tiveram, às vezes surgem pessoas com empregos muito específicos, algumas coisas a gente desconhece, outras coisas que a gente também fica empolgada e até faz questões (PN1)*

Son conversaciones sin un sentido clínico claro. En no pocas ocasiones, los investigadores llegábamos a preguntarnos por el objetivo clínico de estos actos de comunicación. Cuando realizamos esta pregunta, durante la fase de entrevistas, mayoritariamente referían hacerlo para “*distraer*” al paciente.

*Falamos um bocado de tudo, às vezes eu até por mim, falo às vezes de coisas que nada têm a ver, futebol, cinema, para os deixar*

*mais a vontade, das notícias da actualidade, política, no fundo, lá está, para deixá-los mais à vontade e esquecerem que estão aqui internados (PN2)*

Argumentaban que estas conversaciones banales son terapéuticas.

*Com um doente autónomo gosta de ter aquelas chamadas conversas banais, deixá-lo descontraír, deixá-lo falar do que gosta de fazer, do que não gosta, deixá-lo falar sobre a família, porque também é muito importante ter esse ambiente terapêutico, não é? (PN4)*

*Enquanto que para mim estar aqui todos os dias é igual, cada doente que vem internado é um episódio único na vida deles, é uma alteração de tudo a que ele está habituado, todas as rotinas que ele faz em casa são todas alteradas, é normal que ele tenha um stress, e acho que é importante nós estarmos mais próximos (PN2)*

### **3. Las conversaciones presentan un tono coloquial (acorde con la falta de disensión)**

La comunicación de las enfermeras con el paciente se caracterizaba por el tono familiar y el carácter coloquial acorde con el tipo de conversación (lo que en inglés se conoce como small talk).

No se observa una especial actitud negociadora. Es más, los investigadores creemos que el carácter negociador de muchas acciones que sí lo poseían (cuando enfermera y paciente “dejaban algo para más tarde” o “dividían las tareas entre profesionales y paciente o familia”) pasaba inadvertido para las enfermeras. Al ser acciones aparentemente triviales, no eran reconocidas por las enfermeras como acciones comunicativas/negociadoras.

Por tanto, la racionalidad comunicativa (como fundamento de la acción) no es una entidad identificable, ni por lo tanto un requerimiento, de las enfermeras del estudio.

#### 4. Las conversaciones sobre lo cotidiano aparecen, mayoritariamente, junto a la acción instrumental

La mayoría de las conversaciones surgen cuando la enfermera se dirige a la habitación del paciente para hacer cualquiera de las numerosas técnicas instrumentales.

*A gente tem que fazer determinadas situações, determinados cuidados na enfermaria e se não é nesses períodos que a gente tenta algum contacto, alguma comunicação, dentro da rotina, dentro do que estamos ali a fazer automático [...] (PN1)*

Por tanto, los encuentros que no están justificados por la realización de una acción instrumental son raros. De hecho, su aparición separada de la acción (lo que el paciente interpreta como un servicio) incluso extraña al paciente.

*Sí, sí, de hecho la gente cuando entras sólo para preguntarle que qué tal, alguien que está bien, te dicen: “¿ya está?, ¿y eso era nada más?”, y les dices que sí y te responde: “¡ah, pues qué bien!, ¡qué bueno!”, [risas]. No se lo esperan, porque no están acostumbrados a que vayamos sin ofrecer un servicio (SN1)*

No obstante, hay veces que la comunicación dispone de espacios propios. Hay enfermeras que refieren buscar momentos propios para la comunicación. No fue extraño verlo.

*A mí me gusta, sobre todo por las tardes y por las noches, pasar por todas las habitaciones, independientemente de que tengan tratamiento o no [...] saludarles y preguntarles cómo ha ido el día (SN4)*

Pero estos casos parecen más una opción personal que un tipo de práctica profesional.

##### **5. Las conversaciones sobre lo cotidiano no forman parte fundamental del trabajo para la organización, pero tampoco para las enfermeras**

De hecho, las conversaciones con el paciente surgen si las buscas.

*Los momentos de comunicación existen si tú los buscas. Si no los buscas, puedes prescindir de ellos, porque te puedes dedicar a hacer las tareas y ya está (SN1)*

Parece tratarse, por tanto, de un objetivo propio (personal), no profesional. Aunque, en el caso de las enfermeras portuguesas, repiten frecuentemente en sus entrevistas la formación recibida al respecto.

*Nós intencionalmente fazemos esse tipo de comunicação, uma comunicação mais... é uma escuta activa. Comunicação activa, porque sempre me ensinaram, às vezes vale mais eu saber comunicar com o doente e eles perceberem-me e eu perceber todos os problemas deles, transmitir-lhes todos os tipos de sentimentos, eles saberem que estão lá e estão a ser acompanhados, do que às vezes sermos bons técnicos (PN6)*

En cualquier caso, personal (la mayor parte de las veces) o profesional (aparentemente), lo que sí que no parece ser (la comunicación) es un objetivo institucional, pues todas las enfermeras de todos los servicios observados coinciden en situar la falta de tiempo para la comunicación como un mal común.

*O que dificulta muito a comunicação aqui é mesmo a falta de tempo. Acredito que se nós fossemos mais um o dois por turno que conseguiríamos estar mais tempo com o doente, mais tempo com as famílias. E para mim o tempo é o factor que limita a comunicação. [...]*

*O tempo não estica e então muitas vezes é cortar nas palavras, é resumir aquilo que podia ser dito mais suavemente, [etc.] e temos que reduzir porque não temos tempo para mais (PN5)*

### **2.3.3.3. Descripción de la acción estratégica**

#### **1. La acción estratégica es el tipo de acción social mayoritaria**

Como consecuencia de las coerciones ejercidas por el sistema burocrático, pero sobre todo por el sistema científico (como veremos en el análisis posterior), la acción social más frecuente no es otra que la acción estratégica, sobre todo, en forma de acciones informativas- educativas.

Ambos tipos de acción, información y educación, son frecuentes en la práctica enfermera de las unidades estudiadas.

Respecto a la información, responde, fundamentalmente, a preguntas sobre la terapéutica prescrita o las pruebas diagnósticas realizadas. Cuando se administra el tratamiento, es habitual observar cómo el paciente quiere saber qué es qué (cada pastilla) y saber más acerca de su efecto. Fueron frecuentes los episodios en los que el paciente preguntaba por la pastilla que se le había dado.

También son habituales las preguntas sobre su enfermedad. Fue común ver cómo los pacientes utilizan a la enfermera para preguntar todas las dudas que le quedaron después del pase de visita del médico.

Respecto a la educación sanitaria, se encuentra muy focalizada a un momento concreto, el alta del paciente.

*Fazemos muito também em termos preventivos, muitos ensinios à família, ensinios ao doente, e trabalhamos muito assim, com um vasto leque de conhecimentos e não só direccionado para aquela patologia em si (PN6)*

*Damos muito ensino aos familiares: alimentação por soro, por sonda, posicionamentos, cuidados sei lá, com algália, cuidados com traqueotomia, cuidados com peg, cuidados com colostomias, como é*



*que troca sacos. Se tiverem, é mais raro, mas também aspiração de secreções ou levante de transferências, ensinamos um bocado de tudo, de modo a que o doente quando tiver alta e na alta continuar dependente, que possa ter apoio em casa (PN2)*

*[...] também falamos que eu acho que é muito importante, da parte do acompanhamento depois na alta. Portanto, se o doente sendo ele dependente, se em casa tem condições para continuar a ser tratado e se os familiares precisam de algum ensino, damos muito ensino aos familiares: alimentação por soro, por sonda, posicionamentos, cuidados sei lá, com algália, cuidados com traqueotomia, cuidados com peg, cuidados com colostomias, como é que troca sacos. Se tiverem, é mais raro, mas também aspiração de secreções ou levante de transferências, ensinamos um bocado de tudo, de modo a que o doente quando tiver alta e na alta continuar dependente, que possa ter apoio em casa (PN3)*

Respecto a porque calificar estas acciones como acciones estratégicas (y no como acciones comunicativas) tiene que ver, fundamentalmente, con el carácter de la interacción. Pero éste será un punto que trataremos más adelante (en el siguiente apartado).

## **2. Los desacuerdos pueden ser reprimidos**

Un tipo menos frecuente de acción estratégica, pero también presente durante la observación, fue la imposición explícita de medidas diagnósticas o terapéuticas. Fue visible en varias ocasiones.

*Como cuando SN9 volvía de la habitación de un paciente que tenía fiebre (estaba decaído, pero con una actitud hostil) comentando: “ahora no se quiere dejar sacar los hemocultivos [...] le he dicho que si está aquí habrá que hacerle las cosas” (SO)*

*O cuando, refiriéndose al mismo paciente, un rato después decía SN10: “le he dicho que aquí no está preso nadie, que si quiere, que pida el alta voluntaria y se puede ir” (SO)*

Las enfermeras parecen tener claro que, cuando un paciente ingresa en un hospital, cede su autoridad a los profesionales, dejando en ellos la capacidad de hacer y deshacer sobre sus vidas.

*Um doente quando entra aqui, tem que ser tomadas essas atitudes de colocação de sonda, e para bem do doente nós pomos, independente do consentimento da família, porque é uma necessidade para o doente no momento (PN3)*

### **3. La información-educación como tareas automáticas y descontextualizadas**

La información-educación aparece como una tarea descontextualizada (y a veces automática) contagiada de la sistemática propia de las acciones de naturaleza instrumental.

De hecho, encontramos protocolos de acción (planes de cuidados) ante pacientes que comparten una misma patología clínica. A modo de ejemplo, recogemos los cuidados estandarizados ante el déficit de conocimientos de un paciente con patología respiratoria en el hospital español (Anexo 6. Plan de cuidados para un paciente con EPOC). Incluso, las enfermeras han ideado formas estandarizadas de agregar la educación sanitaria en sus Informes de enfermería al alta.

Estas prácticas dejan claro cuál es la base del consenso y la acción: unos principios científicos universales impuestos por una de las partes (el profesional). Nada más lejos del acuerdo alcanzado comunicativamente hablando, propio de la acción comunicativa.

#### 4. La acción estratégica acompaña a la acción instrumental sobre la que informa o enseña

Respecto a cuándo aparecen estas acciones, rara vez aparecen solas (como ocurría con la acción comunicativa). Lo habitual es que acompañen a una acción instrumental, aquella acción sobre la que informan o enseñan.

El ejemplo más claro de ello es el momento en el que se reparte la medicación. Entonces, la enfermera y el paciente aclaran multitud de aspectos sobre el tratamiento.

*“Recuerda que el jarabe es mejor antes de la comida”, “esta es la misma que tomabas en casa, pero de otra marca”, “lo que te van quitando de la vena te lo van poniendo por la boca”, “[...] y no te olvides de enjuagarte la boca después de cada aspiración, que si no te pueden salir hongos”, etc. (SN varias, en SO)*

No obstante esta correspondencia (entre el motivo del contacto y la aclaración realizada) no se da siempre, pues el momento de repartir la medicación es el momento que la enfermera aprovecha para realizar educación “*exprés*” sobre otros muchos aspectos.

*“Tiene usted el oxígeno bajito, cuando vaya a levantarse, muévase despacio, se levanta poco a poco y se queda sentado en la cama. Descansa y se levanta al sillón, y así [...] y tenga también cuidado a la hora de hacer caca” (SN9 en SO)*

Además, también es frecuente que los pacientes aprovechen este momento (el de la administración de la medicación) para hablar sobre las pruebas que se han realizado, los resultados obtenidos, los tratamientos, o sobre información organizativa (horarios, visitas, etc.,).

Es decir, la enfermera informa o enseña al paciente, fundamentalmente, cuando realiza una acción instrumental (habitualmente la administración de medicación o la toma de constantes). Entonces, prolonga la

acción, añadiendo a la acción instrumental la acción de información-enseñanza, aunque sería más correcto decir “solapa acciones”.

## 5. Las enfermeras “procuran” informar y enseñar a los pacientes

Tras las acciones instrumentales, las acciones estratégicas de información-educación ocupan un lugar relevante en la práctica enfermera.

*Fazemos muito também em termos preventivos, muitos ensinios à família, ensinios ao doente e trabalhamos muito assim, com um vasto leque de conhecimentos e não só direccionado para aquela patologia em si ou para aquele ramo em si (PN6)*

*Acho que ultimamente também temos feito mais esforços para entender as dificuldades da família e temos investido muito mais em ensinios à família (PN4)*

Sin embargo, la exigencia que señalábamos anteriormente para las acciones instrumentales; es decir, la exigencia de “tener todo hecho y en su momento” no es igual en este caso. Quizás, porque no se observa coerción externa por parte del médico sobre este trabajo.

Si a esta menor exigencia sumamos la falta de tiempo para la comunicación que refieren, de modo general, las participantes en el estudio, las acciones de información-educación se convierten en un “trabajo que no pueden hacer”.

*É um tipo de intervenção, não é um tipo de executar, é informação. Isso é um tipo de acção dos enfermeiros que exigirá ainda mais tempo do que ao fazer. E se calhar é um cuidado e é um tipo de acção que não é tanto usado, é porque, muitas vezes, o fazer e o resolver naquele momento são muito mais fácil do que estar a ensinar, que aquilo vai exigir uma manhã de trabalho ou um dia de trabalho e eu não vou ter tempo para isso, [...] às vezes não tenho tempo para o fazer, a sério (PN1)*

A pesar de lo dicho, el hospital portugués presenta un mayor grado de compromiso con esta actividad, pues las enfermeras jefe, y adjuntas, controlan estos aspectos con el mismo rigor que lo hacen sobre los cuidados físicos.

La síntesis del análisis de contenido realizado aparece en la siguiente tabla (tabla 2.5).

Tabla 2.5. La práctica hospitalaria. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos

temas	descriptores	ejemplos
Diagnóstico y tratamiento, cuidados físicos, trabajo administrativo (acciones instrumentales)	Sistematizados Programados Prioritarios	<i>Existem horários específicos ao longo do dia em que nós sabemos que aquilo tem que ser feito, e aí, não podemos fugir (PN1)</i>
Información, educación, imposiciones (acciones estratégicas)	Mecánicas Descontextualizadas Secundarias	<i>Fazemos muito também em termos preventivos, muitos ensinios à família, ensinios ao doente (PN6)</i>  <i>[...] le he dicho que aquí no está preso nadie, que si quiere, que pida el alta voluntaria y se puede ir (SN10)</i>  <i>[...] é um tipo de acção que não é tanto usado, é porque, muitas vezes, o fazer e o resolver naquele momento são muito mais fácil do que estar a ensinar, que aquilo vai exigir uma manhã de trabalho ou um dia de trabalho e eu não vou ter tempo para isso [...] (PN1)</i>
Conversaciones cotidianas (acciones comunicativas)	Aproblemáticas Cuestionamientos infrecuentes Periféricas	<i>Falamos um bocado de tudo, às vezes eu até por mim, falo às vezes de coisas que nada têm a ver, futebol, cinema, [...] para deixá-los mais à vontade e esquecerem que estão aqui internados (PN2)</i>  <i>Los momentos de comunicación existen si tú los buscas. Si no los buscas, puedes prescindir de ellos, porque te puedes dedicar a hacer las tareas y ya está (SN1)</i>

### 2.3.3.4. Una imagen sintetizada de la situación descrita

Es posible obtener una imagen sintetizada de la aparición de los diferentes tipos de acción en las formas de pensar y hacer de las enfermeras españolas y portuguesas atendiendo a los resultados de las encuestas realizadas a la población (tablas 2.6 y 2.7).

**Tabla 2.6. Acciones priorizadas por las enfermeras de acuerdo a su forma de pensar**

<i>Acción tipo</i>	<i>Pienso que es importante</i>
1. Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares).	4,87
2. Administrar el tratamiento prescrito.	4,66
3. Conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter,...).	4,60
4. Saber todo lo que hay que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos), y comprobar si se ha hecho.	4,57
5. Estar atento a los aspectos emocionales de cada paciente.	4,50
6. En caso de que la enfermedad cambie mucho su vida, ayudar al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria.	4,49
7. No olvidar ninguna prescripción médica.	4,47
8. Controlar signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).	4,46
9. Estar atento a la preparación que requiere cada prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).	4,44
10. En ciertas ocasiones (una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.), pasar tiempo con el paciente.	4,43
11. Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita).	4,37
12. Contribuir en lo necesario para que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).	4,35
13. Cuando un paciente se encuentra nervioso, inquieto, afligido o desesperanzado, administrar algún medicamento o avisar al médico para solucionarle el problema.	4,32
14. Saber cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.	4,29
15. Convencer al paciente para que siga el tratamiento prescrito.	4,28
16. Tramitar todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la	4,18

institución)	
17. Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).	4,09
18. Cumplir con los objetivos de la Unidad/ Servicio.	4,09

La imagen que las enfermeras tienen de su profesión prioriza acciones instrumentales y comunicativas de un modo equilibrado. De hecho, entre las 11 primeras acciones, 5 son instrumentales y 5 comunicativas. Sólo aparece en estos lugares una acción estratégica.

Además, resulta, cuando menos curioso que la acción priorizada en primer lugar sea “Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares)”; una acción que pasará en el ámbito de la acción y el registro a la segunda mitad de la tabla.

**Tabla 2.7. Acciones priorizadas por las enfermeras de acuerdo a su práctica**

<i>Acción tipo</i>	<i>Es importante en mi actuación</i>
1. Administrar el tratamiento prescrito.	4,63
2. No olvidar ninguna prescripción médica.	4,58
3. Controlar signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).	4,57
4. Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares).	4,53
5. Estar atento a la preparación que requiere cada prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).	4,50
6. Saber todo lo que hay que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos), y comprobar si se ha hecho.	4,48
7. Conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter,...).	4,46
8. Contribuir en lo necesario para que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).	4,40
9. Tramitar todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la institución)	4,39
10. Estar atento a los aspectos emocionales de cada paciente.	4,38
11. En caso de que la enfermedad cambie mucho su vida, ayudar al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria.	4,37
12. Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita).	4,35

13. Cuando un paciente se encuentra nervioso, inquieto, afligido o desesperanzado, administrar algún medicamento o avisar al médico para solucionarle el problema.	4,33
14. En ciertas ocasiones (una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.), pasar tiempo con el paciente.	4,28
15. Saber cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.	4,23
16. Convencer al paciente para que siga el tratamiento prescrito.	4,09
17. Cumplir con los objetivos de la Unidad/ Servicio.	4,05
18. Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).	4,04

En el campo de la acción, las acciones instrumentales pasan a situarse en los primeros puestos (las 5 acciones instrumentales están entre los 7 primeros puestos, mientras sólo aparece una acción comunicativa y otra instrumental).

Las acciones comunicativas pasan a ocupar los lugares más bajos de la tabla (6 de las 9 acciones priorizadas en último lugar son comunicativas).

En cuanto a las diferencias existentes entre los diferentes entornos, el análisis comparativo muestra igualdad en, prácticamente, todos los ítems contenidos en el cuestionario. El único ítem que muestra diferencias estadísticamente significativas entre las tres clases o tipos de actividades reconocidas y su posible asociación con la unidad es el referido a “*Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc.)*”.

La varianza inter-grupos fue 10,076, mientras que la varianza intra-grupos es de 0,841. El cociente entre ambas es 11,977, por lo que podemos decir que las diferencias son estadísticamente significativas (Anexo 7).

Por último al realizar las pruebas post hoc de ajuste de Tamhane por comparaciones múltiples se obtuvieron igualmente diferencias significativas entre la unidad española y las dos portuguesas, con una  $p= 0.021$  en un caso y  $0.045$  en otro (Anexo 8).



Por tanto, el análisis de los datos recogidos mediante encuesta apoya los datos de observación en lo que se refiere a la mayor permeabilidad del mundo de la vida del paciente en el entorno portugués.

### 2.3.4. La práctica enfermera en el entorno comunitario español y portugués

Síntesis del apartado
2.3.4.1. Introducción al escenario
2.3.4.2. La atención en consulta: un ejemplo típico de acción estratégica:
<p><b>1. Valorar la situación de salud, un sistema muy personalizado.</b></p> <p><i>Las mediciones de parámetros biológicos se entremezclan con preguntas sobre la vida</i></p> <p><i>Las estructuras y formatos dejan hueco para la individualidad de la persona</i></p> <p><i>Un pre-requisito: La confianza comunicativa</i></p>
<p><b>2. La elaboración del juicio (diagnóstico)</b></p> <p><i>Al final de la entrevista, el profesional elabora una imagen de la vida del paciente</i></p> <p><i>Un ejemplo repetido: La etiqueta de incumplidor</i></p>
<p><b>3. Planificar los resultados</b></p> <p><i>Un objetivo no-negociado: La competencia</i></p> <p><i>Un resultado deseado por la persona: La dependencia</i></p>
<p><b>4. Planificar la acción, ¿en qué consiste?</b></p> <p><i>El paciente es el agente innegociable de la acción</i></p> <p><i>Los hábitos universalmente correctos son el objetivo</i></p>
<p><b>5. La acción: Adquirir y fortalecer hábitos</b></p> <p><i>Primero, enseñar al paciente: algo grato pero breve</i></p> <p><i>Segundo, convencerlo para seguir nuestra propuesta (en lugar de ayudarlo a comprender)</i></p> <p><i>Tercero, trabajar la voluntad: lo más frecuente (por duradero) y, a la vez, lo más ingrato para las enfermeras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Cuesta mucho cambiar hábitos, costumbres, valores y creencias</i></li> <li>b. <i>Es difícil convencerse hoy acogiéndose a unas complicaciones que tardarán mucho en presentarse</i></li> <li>c. <i>Es difícil hacer algo que no se desea (“tu propuesta”)</i></li> </ul>

**6. Evaluar la acción**

*Los pacientes vienen a rendir cuentas*  
*Las enfermeras les llaman la atención (incluso amenazan o culpabilizan)*  
*Las enfermeras expulsan al paciente al dejarlo por imposible*  
*Las enfermeras expulsan al paciente cuando dicen respetarlo*

**7. Las verdaderas demandas se sitúan al margen de lo planificado**

*Vienen para que los escuches. Ser confidentes del paciente (el mundo de la vida por encima de la adquisición de hábitos)*  
*Vienen para que les soluciones algo del médico: La conexión con (proximidad al) el paciente*

**2.3.4.3. Los domicilios, una apertura natural al contexto**

**1. Motivos para la visita domiciliaria**

*Seguir la vida del paciente justifica la acción en los CS españoles.*  
*La técnica, imprescindible para la visita domiciliaria de las USFs.*

**2. Valorar la situación de salud en el domicilio: ¡cuidado!, ceguera contextual**

*Un caso de ceguera grave, la ceguera selectiva a lo desagradecido*  
*La ceguera es mal tolerada por las enfermeras comunitarias*  
*No obstante, también hay ciegos en la atención comunitaria*  
*La gallina o el huevo: malos comunicadores o desinterés por el contexto*

**3. Formas de actuación en el domicilio (adaptándonos a la complejidad).**

*Reconocer los recursos del entorno (una posibilidad nueva).*  
*Las ayudas técnicas, una opción muy atractiva para profesionales y pacientes.*  
*Si sobrepasa nuestra competencia, derivar.*

**2.3.4.1. Introducción al escenario**

En este escenario, la práctica enfermera incorpora dos elementos identitarios (a la vez que diferenciadores respecto a la atención hospitalaria). El primero de ellos es la atención prestada al medio en el que vive la persona. Como expresan ellas mismas.

*Atendemos a la persona, atendemos también a la familia, vamos a los domicilios a visitar al abuelo, vamos al colegio a hacer la revisión de salud escolar, y ya por apellidos sabes que este niño es el hijo de Fulanito y el nieto de Sotanita, en fin, que tenemos un conocimiento muy integral de la persona (SN1c)*

El segundo elemento importante es el seguimiento a lo largo de la vida.

*Lo bueno que tiene la atención primaria es que es muy longitudinal. Es decir, nosotros vemos al niño cuando tiene tres días para hacerle la prueba del talón y mantenemos ese contacto hasta que vamos a la casa a verlo siendo un abuelito (SN1c)*

*Es que aquí vienen niñas que yo les he hecho los agujerillos y la prueba del talón y que ahora vienen con sus niños, es que yo soy ya muy vieja aquí [risas] (SN2c)*

Estas características condicionan una atención contextualizada, pues cuando el profesional observa a la persona está contemplando toda su vida, en toda su amplitud (espacial) y en toda su longitud (temporal). Algo bastante lejano de lo observado en la atención hospitalaria.

#### **2.3.4.2. La atención en consulta: un ejemplo típico de acción estratégica.**

La atención comunitaria supone, respecto al hospital, un cambio radical de protagonista (en cuanto a acción). Mientras que en el hospital, la acción instrumental lo impregna todo, la atención comunitaria ha relegado a este tipo de acción a una especie de “gueto” llamado comúnmente (en España) “Servicios Comunes”.

Estos guetos, menos marcados en el ámbito portugués, permiten el desarrollo de una práctica enfermera diferente: las consultas de enfermería y visitas domiciliarias. Dos prácticas con un acentuado carácter comunicativo.

Respecto a las consultas de enfermería vamos a centrar nuestro análisis (fundamentalmente) en el entorno español, pues las consultas de crónicos realizadas por las USF, además de escasas, parecían no abandonar el abordaje técnico que marcaba sus muy frecuentes “consultas para la aplicación de tratamientos”.

Para su descripción, vamos a estructurar el contenido de este apartado utilizando la secuencia (en apariencia sistemática) que articula una consulta enfermera.

## 1. Valorar la situación de salud, un sistema muy personalizado

### *Las mediciones de parámetros biológicos se entremezclan con preguntas sobre la vida*

La determinación de tensión o glucemia, peso, talla,... son elementos comunes a muchas consultas. De hecho, se trata, quizás, del aspecto más visible, por su carácter repetitivo, de las consultas de enfermería.

*Tenemos un documento de procedimientos y protocolos a seguir en consulta de enfermería con paciente obeso, cardiovascular, hipertenso, mujeres embarazadas, entre otros. Dentro de ese protocolo están las constantes que hay que tomar, los cuestionarios que hay que realizar, los contenidos educativos que hay que dar [...] en fin, todo lo que supone un protocolo de actuación (SN1c)*

Sin embargo, las enfermeras reconocen que las conductas y el contexto son los verdaderos elementos explicativos de las respuestas del paciente, es decir, de los resultados en salud.

*[...] esos problemas emocionales, familiares, con hijos, marido, situación económica [etc.] tienen sus consecuencias luego en los resultados de salud y explica muchas veces porque vienen con una tensión alta, porque es incapaz de perder peso, la ansiedad que tiene, porque no puede dejar de fumar. [...] Entonces, eso explica muchas veces la no consecución de los resultados y objetivos (SN1c)*

*[...] que los hijos vivan con ella [la madre] y con la pensión de ésta [...] que su hijo le quite dinero [...]. Yo sé que eso le afecta y que si está con ese problema el azúcar y la tensión le van a subir (SN4c)*

Incluso los propios pacientes reconocen cómo el contexto influencia sus parámetros vitales.

*SN6C (consulta)*

*Se llamaba P21, una mujer de 72 años, con 10 hijos, que vive sola. Venía para control de tensión arterial.*

*[La consulta comenzaba tomándole la tensión. Tenía 210/97]*

*SN6c: Le vamos a tener que dar una pastilla debajo de la lengua, [...] ¡Pero hay que hacer la dieta María!*

*[Siguieron varias preguntas sobre la sal, el tratamiento, etc.; pero, de repente, P21 introdujo un nuevo elemento en la consulta]*

*P21: Solita más solita que las una estoy [...] Bueno, vienen mis nietos pero [...]*

*SN6c: Pues tiene que estar tranquila, P21*

*P21: No puedo, vienen los nietos, dame, dame, [...] tengo uno en la prisión y la madre no le hace caso. Soy yo quien le tiene que mandar ropa y dinero, unos 30 euros, más no puedo [...] “tó” eso me tiene a mí los nervios “consumía”*

*[La consulta continuó] (SO)*

*SN7C (consulta)*

*Era una mujer diabética. Venía acompañada de su hija, que llevaba un carrito con un niño pequeño, recién nacido. Las cifras que traía apuntadas en la cartilla eran adecuadas.*

*SN7c: 140 y pico. Esto está perfecto. 140 después de comer está muy bien, repetía SN7c.*

*P32: Pues eso se lo agradezco a mi niño, decía P32 refiriéndose al recién nacido que la acompañaba. ¡De 8 de la mañana a 12 [entendiendo que de la noche] que estoy con él!, decía con alegría.*

*[La consulta siguió] (SO)*

#### *SN8C (consulta)*

*La mujer se llamaba P12. Era hipertensa.*

*¿Cómo está?, preguntó SN8c*

*P12: Muy resfriada de momento. Aunque ya estoy mejor desde luego [continuó].*

*Mientras tanto, SN8c le ponía el manguito para tomarle la tensión.*

*SN8c: 157/74, le informó*

*[La mujer se preocupó, pero SN8c, ante la reacción de la mujer, intentó restarle importancia]*

*SN8c: No se preocupe, P12 [...] ya sabe que ahora, con el frío, sube [...] el nerviosismo..., [también venía al médico]*

*P12: [...] Y el trasiego de 2 hijas, una en Mérida, la otra aquí, lo que pasa [...]*

*La mujer empezó entonces un relato en el que nos contó que cuando iba a Mérida andaba menos o que estaba muy preocupada por su nieto, el niño de su hija de [nombre de ciudad]*

*P12: [...] Con el riñoncito, la sonda, la gammagrafía que ahora le han hecho [...] eso para mí es fuerte [...] tiene la piel “atópica”, intolerancia a la lactosa, [...] ¡Pues eso tengo yo! [...] ¡Y tiene su teta y “tó”, con 20 meses! [...] pues no duerme, duerme a “relámpagos” [...] ¡Y quiere tener otro! (SO)*

Para explorar estas conductas, aquellas que explican las cifras, las enfermeras utilizan la entrevista con el paciente. Están convencidas de su utilidad y, por eso, hablan ampliamente con el paciente sobre su vida.

*De hecho, más de una vez comenté con ellas el tiempo que le dedican a hablar durante la consulta. [...] Si no fuera por las conversaciones que mantenéis [les decía] la consulta acabaría en 5 minutos. No se tarda tanto en tomar una tensión, hacer una determinación de glucemia o pesar al paciente (las tres grandes determinaciones que se repiten mayoritariamente en las consultas) (SO)*

El tiempo medio de consulta es, sin duda y en todos los casos observados, ampliamente mayor.

### ***Las estructuras y formatos dejan hueco para la individualidad de la persona***

Respecto al desarrollo de la entrevista, las enfermeras utilizan una estructura que se repite en cada contacto. Los elementos imprescindibles son el tratamiento farmacológico, la dieta y el ejercicio. Además, se repasan descanso, bienestar, relaciones, trabajo, etc.

No obstante, y a pesar de la existencia de estructuras de valoración estandarizadas, las enfermeras encaran cada entrevista con una actitud abierta a las respuestas del otro.

Aunque desde las primeras consultas fue posible extraer la estructura común que se repetía en todas ellas, no es menos cierto que cada una de las consultas era una historia diferente protagonizada por una persona diferente. Los contenidos eran tan diversos como las vidas de las personas que consultaban.

Este aspecto fue confirmado por las enfermeras en las entrevistas.

*Lo que a lo mejor desde fuera se puede ver rutinario, para mí no es rutinario sino que es un aprendizaje constante porque cada persona que entra a la consulta es completamente diferente a las demás (SN2c)*

## **2. La elaboración del juicio (diagnóstico)**

***Al final de la entrevista, el profesional elabora una imagen de la vida del paciente.***

Aunque la observación de la práctica enfermera en atención comunitaria confirma la existencia de una mirada holística en la profesión; es decir, confirma la existencia de una especial sensibilidad a la realidad del otro (y además, en toda su amplitud), no parece existir la misma sensibilidad a la coparticipación del otro en la definición final de dicha realidad.

Dicho de otro modo, si nos preguntáramos si la definición de la situación de salud del paciente es negociada, quizás (y en vista de las situaciones observadas) tendríamos que concluir que “no”. El juicio clínico no se negocia.

Es cierto que el profesional concluye el juicio clínico a partir de los conocimientos vitales que le ha aportado el paciente (que combina con sus conocimientos clínicos); pero el paciente, que compartió con la enfermera su visión de la realidad, no participa ahora de la elaboración del juicio, en la definición de esa realidad.

En definitiva, no se trata de un juicio consensuado. El profesional domina la definición de la realidad.

### ***Un ejemplo repetido: La etiqueta de incumplidor***

Uno de los casos más representativos de lo que estamos hablando es la etiqueta (el juicio) de incumplidor. Fue frecuente escucharlo durante toda la observación.



*En una consulta, SN2c se dirigió a mí para decirme explícitamente: son incumplidores. Se les pasa la cita y después me ven en el semáforo y quieren que los vea en el día (SO)*

*Se volvía a repetir con SN6c, cuando para informarme de quién era cada paciente y qué diagnósticos tenía, entre la retahíla de diagnósticos aparecía, en no pocos casos, el de incumplidor (SO)*

Más de una vez me pregunté en mis observaciones qué pasaría si ese diagnóstico fuera compartido y el paciente fuera conocedor de él. Porque, evidentemente, no lo era. Cada vez que las enfermeras querían informarme de este juicio, lo hacían en voz baja, con disimulo, cuando el paciente salía, o antes de entrar, etc.

### **3. Planificar los resultados**

#### ***Un objetivo no-negociado: La competencia***

Durante la observación pudimos comprobar los tremendos esfuerzos que realizan las enfermeras para dotar al paciente y familia de autonomía para su autocuidado. Les dan conocimientos profesionales (nuevos hábitos) para integrar la enfermedad en su vida cotidiana, también los entrenan en la realización de técnicas como la movilización de pacientes encamados, curas simples, etc., o les enseñan el manejo de dispositivos como el bolígrafo de insulina.

No obstante, hemos titulado este apartado, intencionadamente, como competencia, el objetivo no-negociado. La razón tiene que ver con la escasez de ocasiones observadas (de hecho, no creemos poder aportar ningún ejemplo) en las que el paciente podría haber elegido explícitamente otra opción de resultado que no-fuera la competencia (la autonomía). ¿Podría haber deseado la dependencia? De ahí, el siguiente apartado.

### ***Un resultado deseado por la persona: La dependencia***

En cuanto a la consecución del objetivo de competencia, es un tema sobre el que habría que señalar la existencia de importantes claro-oscuros pues, a pesar de ser el objetivo principal del profesional, quizás no sea el objetivo deseado (mayoritariamente) por los pacientes que acuden a consultas.

*Si me preguntas que si se podían alargar los tiempos de consulta yo pienso que sí. Lo que pasa es que se les ha creado un hábito a estos pacientes de controles con una periodicidad muy corta. [...] Pienso que se podría alargar perfectamente y no repercute en el estado de su enfermedad, y que en vez de verlos cada dos meses se podrían ver cada seis. A ellos les puede costar trabajo amoldarse a eso pero sin embargo creo que no sería perjudicial para su enfermedad [...] Efectivamente, su rutina es ser vistos cada dos o tres meses y si le das para cuatro ya te preguntan que por qué y que lo ven mucho tiempo y no se sienten bien si le alargas el tiempo. Además lo exteriorizan y te dicen que no, que los veas antes (SN7c)*

*Los estamos haciendo dependientes. Hay personas que van muy bien controladas y les dices que a partir de ese momento os vais a ver menos y te contestan con que cómo que nos vamos a ver menos. Yo les digo que haciendo las cosas bien es difícil que se descontrolen. Se pueden descontrolar y tener una crisis hipertensiva y haber hecho las cosas bien, pero no por eso tienes que estar cada dos meses acudiendo aquí. Se asustan cuando les dices eso y piensan que no los puedes dejar tanto tiempo. [...] no quieren dejar la consulta, yo creo que es que los hemos habituado a la consulta (SN10c)*

*Por lo menos, para mi cupo, eso de que se fuesen distanciando era un mundo, [...]. Yo creo que tenían una dependencia de venir muy grande (SN11c)*

#### 4. Planificar la acción, ¿en qué consiste?

***El paciente es el agente innegociable de la acción.***

Las enfermeras parecen tener una idea clara respecto a la acción: La participación del paciente en la acción es algo innegociable.

*De hecho, muchas veces me ha parecido ver que esta participación se asemejaba más a un deber del paciente, [exigido por el profesional] que una estrategia profesional diseñada [para potenciar la autonomía] (S0)*

Aunque los ejemplos que podrían representar esta situación se extendieron a lo largo de toda la observación, hemos recogido para su análisis el siguiente fragmento:

*SN9C (consulta)*

*Para terminar la mañana entró en la consulta P15, un hombre de unos 60 años. Venía acompañado de la mujer y un niño, en un cochecito. Era el nieto.*

*SN9c: ¡Ay P15!, le dijo SN9c nada más entrar [P15 lleva faltando a las dos últimas citas]*

*¡Es que hemos estado de médicos de [nombre del hospital de referencia]!, dijo entonces la mujer intentando excusar las faltas anteriores.*

*SN9c: ¿Y ese niño? [Era el nieto. Lo cuidaban por las mañanas, hasta las 4 y media, dijo la mujer] Bueno, ¿has desayunado?, [continuó SN9c]*

*P15: Sí, a las 9 y cuarto, respondió el hombre*

*SN9c: Pues entonces ya hemos terminado, contestó SN9c como quejándose del hecho*

*No, pero esta mañana se hizo la prueba del azúcar, aclaró la mujer. [...] En ayunas tenía 1,70 [...] y la tensión se la ha estado tomando también “muy seguida” [...] ayer tenía 125/78 [...]*

*ahora lo que es que no anda, conectaba la mujer [un tema tras otro]*

*SN9c: ¿Y por qué no anda?, preguntó entonces SN9c dirigiéndose a P15. Si usted no anda, ni su médico ni yo podemos hacer milagros*

*[La mujer seguía hablando de P15]*

*SN9c: Bueno, pues José, hay que echar un poquito de valor y andar, porque si no esas glucemias no “van”*

*P15: ¡Si es que yo nunca he estado malo!, [intervenía José, no sé si indicando lo pesado que le resultaba seguir cualquier prescripción porque nunca lo había necesitado]*

*SN9c: Nosotros le ponemos el tratamiento, nosotros le damos las explicaciones, pero si usted no anda, no sirve de nada*

*P15: Lo intentaré, respondió P15 [finalmente]*

*SN9c: No, intentarlo no, tiene que andar todos los días 1 hora. (SO)*

La enfermera considera que su función consiste en “estar ahí” para educar ante una demanda; estar ahí para implicar al paciente y que protagonice su salud; o estar ahí para darle los recursos necesarios (se entiende que para que él actúe); incluso estar ahí por si flaquea en su voluntad. Una de ellas lo expone de forma muy clara y concisa.

*Yo creo que ese es el papel de la enfermería: educar, implicar y dar recursos (SN3c)*

En definitiva, parece que podemos llegar a una conclusión común: la enfermera espera que el paciente sea el agente *que haga* la acción.

### ***Los hábitos universalmente correctos son el objetivo***

Para continuar nuestra exposición, y aunque puede parecer poco procedente introducir cuestiones en un apartado de resultados, queremos introducir una serie de interrogantes:

¿Qué acción?, ¿es posible negociar cursos de acción propuestos por el paciente?, ¿podríamos hablar de negociación si las conductas que las personas “tienen que” seguir vienen predeterminadas por la ciencia tal vez?, ¿qué lugar ocupa en este esquema la decisión (la libre decisión) de las personas?

*Durante la observación pudimos ver “situaciones ideales del habla”, con los actores, paciente-enfermera, en posición de igualdad, y propuestas que se integraban en la vida de las personas (construidas a partir de la vida de las personas) [...] SN5c lo realizaba cuando daba a una mujer la opción de entregarle una dieta pre-confeccionada o confeccionar una dieta a partir de alimentos habituales en sus comidas. Y la mujer elegía (SO)*

Hubo más ejemplos de este tipo. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, era la vida de las personas la que tenía que adaptarse a unos argumentos universalizados propuestos por el profesional con la fuerza de la ciencia como garante.

Los ejemplos de esto fueron numerosos:

*No seas tan generoso con el desayuno y come después a media mañana una fruta. Y tampoco te saltes la merienda. Te comes otra fruta o algo así [...] y después cenas (SN2c)*

*Ya sabes, la pasta es de absorción lenta. Arroz, legumbres, pasta, puedes comer dos o tres veces por semana (SN4c)*

*Pues para controlar esta tensión tenemos que llevar muy bien la alimentación. No tomar fritos, ni sal [SN9c continuó con una larga lista de consejos dietéticos] y, como nos piden controlar la glucemia, no*

*tomar muchos hidratos de carbono ni azúcares [de nuevo añadía más alimentos a esa lista de consejos] (SN9c)*

*Ya sabes, el tiempo mínimo [de caminata] es media hora (SN5c)*

Por tanto, si hacemos una síntesis (no exenta de matices), podemos concluir que la planificación de la acción consiste en entrenar en una serie de hábitos “universalmente correctos” que las personas “tienen que” adquirir o fortalecer.

## **5. La acción: adquirir y fortalecer hábitos**

### ***Primero, enseñar al paciente: algo grato pero breve***

Las consultas repiten un esquema en el que *una* de las acciones más valoradas por las enfermeras es la enseñanza.

*[Algunos] no saben lo que es la diabetes o no saben lo que es la hemoglobina. Algunos te preguntan que si la fruta tiene azúcar y te dicen que ellos comen dulces sin azúcar. Eso sí te merece la pena, intentar que aprendan algo (SN11c)*

Sin embargo, las propias enfermeras reconocían que esta función no justificaría nuestro trabajo junto al paciente. Los conocimientos son algo que se adquieren en un periodo relativamente (pero diversamente) corto.

### ***Segundo, convencerlo para seguir nuestra propuesta (en lugar de ayudarlo a comprender)***

Para representar la posición de las enfermeras ante la toma de decisiones, recogemos un fragmento rico en matices.

*Mi idea es hacerlos a ellos responsables de que el problema tiene dos partes [...] Yo les tengo que informar, darles educación sanitaria, adiestrarlos en el manejo de glucómetro, inhalador, entre*

*otras herramientas, pero después son ellos los que tienen que asumir la responsabilidad de llevar a cabo esos acuerdos que nosotros pactamos en el plan de cuidados.[...] Estamos trabajando con personas adultas y tú tienes que dejar a la persona que tome sus propias decisiones. [...] El médico diagnostica, pone el tratamiento, la enfermera le presta los cuidados, le tiene que dar su educación y tal, pero después es él quien tiene que tomar las decisiones, tú no te puedes convertir en padre o madre de los pacientes ni les puedes reñir porque no ha perdido peso ni porque no hayan dejado de fumar. [...] Si no se lo ha planteado es tontería que bregues, sabes que tiene la información y le tienes que dejar claro que aquí estás para cuando él decida, pero no puedes querer ser un padre o una madre de todos (SN1c)*

Las enfermeras participantes parecen otorgar “inmediatamente”, “naturalmente”, el carácter de acuerdos a la información o los conocimientos expuestos, de forma que la toma de decisiones es obviada.

De esta forma, las enfermeras reducen la libertad del paciente en la toma de decisiones a decidir si adopta o no los “acuerdos predeterminados” (información o conocimientos expuestos). Esta posibilidad es identificada por las enfermeras como tomar decisiones cuando realmente no es sino, en todo caso, participar en la resolución de un dilema (llevar a cabo las recomendaciones o no).

Pero además, resulta interesante observar la expresión que habla de “dejar claro [al paciente] que aquí estás para cuando él decida”; sobreentendiendo que hace referencia a decidirse por nuestra propuesta (la propuesta de la ciencia). De ser así, ¿quiere esto decir que NO-estamos cuando la opción es otra distintas de la nuestra?, ¿dónde queda entonces la negociación?

No obstante, este reduccionismo de la toma de decisiones no parece ser intencionado (ni tan siquiera percibido).

Esta reflexión representa uno de los nudos gordianos del tema que nos ocupa. El paciente no participa efectivamente en la toma de decisiones sobre qué acciones llevará a cabo.

De hecho, la permanencia del viejo modelo en el que el profesional ordena y el paciente obedece es reconocida por varias enfermeras en su discurso. En alguna ocasión, tan explícitamente como la que a continuación recogemos.

*Es una cultura sanitaria que existe todavía, y más en un ambiente como el que nos movemos en esta zona... habrás visto que es un nivel social bastante bajo. Todavía tienen la idea de que el médico, el profesional o la enfermera es el que tiene que dictar las órdenes y el paciente tiene que asumirlas (SN1c)*

La observación también permite comprobar la tendencia natural a seguir el patrón habitual de dominación en la relación paciente-profesional. Aunque las enfermeras parecen haber ampliado la mirada al contexto (superando la biología), no parece ha ocurrido lo mismo con la negociación.

Como ejemplo de la principal fortaleza y la principal debilidad de la atención observada en la atención a la comunidad, incluimos en este momento un fragmento de la observación de una consulta.

El rol adoptado por la enfermera está, con toda seguridad, justificado en un conocimiento profundo de la mujer, de sus características personales y de su entorno (fortaleza). Sin embargo, la secuencia de preguntas y respuestas deja ver una negociación deficitaria (debilidad).

#### *SN3C (consulta)*

*Se trata de la consulta de SN3c con P33, una mujer diabética:*

*SN3c: ¡Cuánto tiempo llevamos sin vernos! [...] Uf, desde abril [la observación transcurre en diciembre]*

*SN3c: ¿Y analítica? [Mira en el ordenador] Hará un mes que te la hiciste [le informa]*



SN3c: *El azúcar fatal. Eso está en tus manos ya lo hemos hablado*

P33: *¡Pero si no como!, [responde la mujer]*

SN3c: *Pues lo poquito que comes tiene mucho alimento*

SN3c: *¿Has tomado algo?, [continuaba SN3c refiriéndose a lo que ha tomado antes de venir a la consulta]*

Carmen: *Un café a las nueve [...] si no tengo ganas de comer [...] me tome el café y hasta mediodía que coma [la mujer justificaba la poca cantidad de alimentos que ingería]*

SN3c: *Muy mal hecho [le reprendió SN3c]*

P33: *Si no vengo porque no puedo ni andar [...] los pies, las rodillas [...] Estoy muy mal, no tengo ganas de “ná”*

SN3c: *El azúcar está mal porque estás comiendo mal, [...] ¿qué podemos hacer?*

P33: *¡Morirme ya!*

SN3c: *Eso es lo mejor, así te baja, estupendo*

P33: *No sirvo “pa ná”, ¿“pa qué” quiero vivir?*

*[Continúan hablando] P33 comenta que no se toma la pastilla de la mañana, que se toma solo la de la noche [Mientras SN3c la acompaña a la báscula]*

SN3c: *Al peso [...] noventa y ocho y medio*

P33: *¿Qué me engorda entonces?, ¿las pastillas de dormir? [...] ¡Así no tengo nada que ponerme! [...] ¡A ver! Por la noche me comeré un yogur [comenta la mujer en tono de queja]*

SN3c: *En un año y medio ha cogido dieciséis kilos y medio. A ese ritmo no te vas a poder mover dentro de poco*

SN3c: *P33, a mí no me tienes que engañar [...] un bocadillo de noche no es lo mejor*

P33: *¿Entonces?*

*SN3c: Verdurita. Verdurita a mediodía, verdurita por la noche [...]*

*P33: De verdad que no como, [...] el pan no lo pruebo, ni dulces ni “ná”. [...] serán las pastillas [...](SO)*

### ***Tercero, trabajar la voluntad: lo más frecuente (por duradero) y, a la vez, lo más ingrato para las enfermeras***

Las enfermeras identifican la falta de voluntad como la principal área de trabajo en atención comunitaria. Según los participantes, motivar y mantener la voluntad del paciente constituyen la razón fundamental del trabajo continuado de las enfermeras en atención comunitaria; pues ni la formación/ enseñanza ni el control de la enfermedad (las dos acciones comúnmente mencionadas) lo justifican. La enseñanza porque se localiza en los primeros momentos de la enfermedad y el control porque los dispositivos de medición son cada vez más comunes, fáciles de usar y accesibles (económicamente) por lo que, sin duda, sería una acción que puede llevar a cabo el paciente sólo, en su casa.

*Hoy ya casi todo el mundo que es hipertenso tiene su aparato de tensión, tiene una báscula o tiene su glucómetro para medirse. Es decir, lo que son las constantes y los controles que se hacen no es necesario que vengan a la consulta. Por formación tampoco, porque formación en el momento que se te es derivado, en las primeras visitas le dotas de esa educación sanitaria que necesite. [...] El problema es mantener y motivar a ese paciente [...] cuesta mucho porque estamos hablando de adicciones, cultura, costumbres, creencias y valores (SN1c)*

#### ***a. Cuesta mucho cambiar hábitos, costumbres, valores y creencias***

Entre las razones utilizadas por las enfermeras para argumentar la dificultad que conlleva trabajar la voluntad está, en primer lugar, la

convicción [*empírica* de muchas de ellas] de que es difícil cambiar hábitos, costumbres, creencias y valores.

Uno de los ejemplos más repetidos por diferentes participantes es la experiencia previa de hambre.

*Las personas mayores tienen una forma de pensar sobre todo con el tema de la comida que es muy difícil cambiarla. Parece un tópico pero todos dicen que han pasado mucha hambre y que ahora que pueden comer no le vas a decir tú que no (SN10c)*

***b. Es difícil convencerse hoy acogéndose a unas complicaciones que tardarán mucho en presentarse***

Otra de las razones argumentadas mayoritariamente es el carácter aplazado de las consecuencias del seguimiento de la acción [muchas veces llamado en las conversaciones “cumplimiento”].

*Yo creo que ellos no piensan a largo plazo las consecuencias de la enfermedad. Yo creo que ellos se ven bien aquí en la consulta y si se ven bien ese día estoy convencido que dejan la dieta [...] y dejaran de andar ese día [risas] (SN7c)*

*Yo creo que lo que pasa es que si tuviesen cifras altas de glucemia y notaran algo en su organismo pensarían que se están notando algo. Yo les digo: como se te pusiese la nariz verde cada vez que te sube el azúcar verás cómo procurabas no tenerla alta [risas]. Porque yendo por la calle con la nariz verde lo iba a notar todo el mundo que tiene el azúcar alto [risas]. Ellos se parten de risa, pero bueno. Yo creo que es por eso, porque como las complicaciones son a largo plazo no es un argumento que les sirva (SN10c)*

*SN2c (consulta)*

*Pero si apenas comemos a mediodía, decía P24.*

*“Sí, pero el piqueo...”, parecía reprocharle la mujer.*

*Bueno, la verdad es que el otro día estuvimos en [nombre de un pueblo] [decía P24] y he comido chorizo, morcilla y jamón [...] y “cuando como jamón el ácido úrico se me pone [...]” [dejando la frase sin terminar para indicar que se le pone por las nubes].*

*Claro, pero como no te molesta al momento, no te acuerdas. Si te doliera cuando te lo estás comiendo verás como no te lo comías [le respondió SN2c] (SO)*

Sin embargo, resulta más agradecido cuando se observan beneficios rápidos.

#### *SN1C (consulta)*

*Se trataba de una mujer que venía para control de peso. Había perdido. La mujer hablaba animadamente. Relataba cómo el día anterior se fue a coger castañas con su hija y cómo su yerno le subió por una cuesta “y me la tuve que tragar [decía] me tuve que sentar, eso sí”.*

*Es normal, le respondía SN1c, “tenemos que tener en cuenta la frecuencia cardiaca. El corazón dice hasta aquí”.*

*Pero es que ya hasta los caminos largos me parecen cortos [continuaba] y, además, es que no tengo ni ganas de comer.*

*Eso es que se está acostumbrando el cuerpo, continuaba SN1c.*

*“Ya ves, incluso mi hija me ha dicho que qué iba a hacer ahora que va a empezar a llover, y yo le he contestado: pues comprarme un chubasquero y a andar”.*

*La verdad es que las piernas las tiene una más sueltas.*

*Y la cabeza, le decía SN1c. Así se acostumbra a estar en el mundo en lugar de estar viendo la televisión todo el día.*

*[Era la respuesta de una persona que había conseguido resultado a corto plazo, ¡qué diferente a otras consultas!, me dije] (SO)*

**c. *Es difícil hacer algo que no se desea (“tu propuesta”)***

No obstante, estas dos razones (presentes en los discursos de todas las enfermeras participantes) olvidan el nudo gordiano señalado en el punto anterior: el déficit/ la falta de negociación con el paciente.

Para analizar este carácter vamos a repetir un fragmento utilizado anteriormente.

*Las personas mayores tienen una forma de pensar, sobre todo con el tema de la comida, que es muy difícil cambiarla. Parece un tópico, pero todos dicen que han pasado mucha hambre y que ahora que pueden comer no le vas a decir tú que no (SN10c)*

Si intentamos analizar los elementos presentes en este discurso, podemos observar como la enfermera reconoce la existencia de una forma natural, su forma, “tienen una forma de pensar”. A pesar de lo cual (de este reconocimiento), la frase continúa diciendo que “es muy difícil cambiarla”. Es decir, a pesar de que es la forma *propia* de ellos se impone la idea de cambio.

Por último, concluye este fragmento, diciendo “no le vas a decir tú que no”. Es decir, no vas a hacer lo que podemos entrever que es la dinámica habitual: prescribir una norma, en muchos casos, como ocurre en este fragmento, bajo la forma de prohibición.

## **6. Evaluar la acción**

Podemos resumir, de forma general, la evaluación realizada por las enfermeras participantes a dos cuestiones fundamentales: la consecución de resultados y, el cumplimiento del plan establecido.

Si bien es cierto que, cuando el plan no es cumplido, se abre todo un interrogatorio en el que se intenta descubrir (repasando el plan) las posibles situaciones que han influido en dicho resultado.

### ***Los pacientes vienen a rendir cuentas***

El elemento más llamativo de las consultas es, sin duda, lo que hemos denominado la dinámica de “rendir cuentas”.

*Yo creo que una mayoría sí que viene a rendir cuentas. Y entran diciendo que vamos a ver cómo están hoy, a ver qué le dices y que vienen a pasar la ITV [risas] [...]. Algunos vienen incluso temerosos porque le digas que no han hecho las cinco comidas que le dijiste o que no se han tomado la pastilla de la tensión esta mañana en ayudas que se lo has dicho veinte veces ya. De alguna forma algunos sí que vienen a rendir cuentas (SN7c)*

Como informaba esta enfermera, esta rendición de cuentas puede causar temor. De hecho, cuando al principio de la observación advertí (con extrañeza) que había numerosas personas que faltaban a su cita, en más de una ocasión pregunté el motivo y la respuesta fue “cuando no han cumplido, muchas veces no vienen, porque les da vergüenza” (SN1c) [sobre todo fueron consultas para pérdida de peso].

No obstante, y en sentido contrario, cuando cumplen, les gusta escucharlo del profesional. Fue una situación también fácilmente observable. Quizás, esta necesidad sea la que condicione la frecuente dependencia del profesional (apuntada anteriormente).

#### *SN4C (consulta)*

*[Hoy SN4c tenía que hacer la prueba de sensibilidad del pie diabético a P35. Como siempre, además tenía que tomar la tensión y la glucemia. De paso, se vacunaron de la gripe].*

*P35: Yo no esperaba todo esto hoy [replicaba].*

*Mientras, SN4c le tomaba la tensión.*

*[Al terminar de medir la tensión].*

*P35: ¿Entonces qué?, ¿me he portado bien?*

*SN4c: Estupendamente.*

*P35: ¿Cómo me encuentra?*

*SN4c: Yo la veo mucho mejor (SO)*

*SN6C (consulta)*

*P22: Me alegro de verle [...] que me dijo usted que viniera en noviembre y aquí estoy.*

*SN6c: Súbase la manguita [...] ¿cómo va la cosa?*

*P22: Vamos tirando.*

*SN6c: Apoye el bracito.*

*SN6c: ¡A ver!, [está alta] tranquilito [y repite la toma].*

*SN6c: 157/92. Está un poquito alta. Vamos a ver el otro brazo.*

*[Aún no se ha tomado la pastilla porque dice que no ha desayunado].*

*P22: Vengo en Ayunas. Estoy gordo y puedo quedarme sin comer [me dice con gesto sonriente].*

*SN6c: 139/87 [...] Se pone nervioso el pobre [me dice].*

*A continuación relata todo lo que come y el tratamiento que toma. Se calla cuando SN6c le va a hacer la glucemia [como si le produjera tensión].*

*SN6c: No está “maleja”.*

*P22: ¿Y el peso?*

*SN6c: 86 igual.*

*P22: Entonces el control ha ido bien [concluye].*

*SN6c: Así me gusta [confirma SN6c] Pues ya está. Ahora se abriga que hace frío, [...] ¿Le doy cita o la pide usted mejor?*

*P22: La pido yo, entre el veintiséis y el veintisiete, ¿no? (SO)*

Aunque las enfermeras participantes también nos dicen que la consulta les sirve a muchos para “ponerse las pilas”. Como decían muchas de ellas, “ellos tienen sus propias maquinatas en sus casas, vienen aquí porque así saben que tienen que responder”.

*Yo creo que a ellos les gusta que les digas que lo han hecho mal, sabiendo ellos que lo han hecho mal porque ya se lo has explicado. Te dicen que se han pasado, que un día estuvieron de perol y el otro tenía un cumpleaños, [...] (SN10c)*

*Vienen a la consulta y me dicen que les voy a regañar porque no han perdido peso porque no han podido hacerlo. [...] les regaño y por lo menos se ponen las pilas (SN4c)*

### ***Las enfermeras les llaman la atención (incluso amenazan o culpabilizan)***

Las enfermeras participantes reconocen el refuerzo positivo (el premio) como la principal estrategia de trabajo con pacientes crónicos.

*En mi experiencia, con los años que llevo trabajando directamente en consulta con pacientes crónicos creo que es lo único que sirve: buscar el refuerzo positivo, el beneficio, el hacerle ver lo que va a ganar y no culpabilizarlo (SN3c)*

Además, el discurso de las enfermeras con el investigador durante la observación hablaba (frecuentemente) de cercanía, escucha, complicidad, reparto de responsabilidades, etc.

Sin embargo, durante la observación fueron visibles conductas intransigentes, por parte de las enfermeras, hacia el incumplimiento del paciente.

*SN3c (consulta)*

*El siguiente hombre venía con su sobrino. Con él me peleé el mes pasado, me decía SN3c [y está vez no parecía que fuera a ir*



mejor]. Le preguntó por la dieta, y la respuesta del hombre fue un “¿La dieta? [...] ¡Qué buenos están los bocadillos!”.

El hombre admitía sonriente no haber hecho nada, mientras SN3c le respondía crispada frases como: “Nos tomaremos las cosas a guasa, pero en seis meses has cogido siete kilos”, “Nos reímos si tú quieres” o, dirigiéndose esta vez al sobrino, “No le riais la gracia [pues el sobrino le reía los comentarios]” (SO)

#### SN3c (consulta)

SN3c: A ver, la dieta que te di era de 1500 calorías, ¿qué tal?, ¿cómo te va?, [...] ¿Estás pesando la comida?

[Pero, sin contestar concretamente a las respuestas de SN3c, y previendo unos malos resultados, la mujer empieza a relatar que ha tenido muchas celebraciones durante este período:] Pero le voy a decir una cosa, he tenido san Rafael, dos cumpleaños, la tapa cofrade,...

SN3c: ¿Qué me quieres decir?

P31: Que esos días me he pasado.

SN3c: Bueno, a ver, vamos al peso.

[Mientras, y antes de conocer los resultados de la medición].

SN3c: Eso no es hacer dieta.

P31: Sí la estoy haciendo.

SN3c: Pues nada, siga haciendo su dietecita (SO)

#### SN6C (consulta)

SN6c: Nos vimos en marzo del año pasado José [...] HTA, mal controlado, no acude, no acude [...]

SN6c: Bueno, pues hay que tomarse esto un poquillo en serio.

*P23: Llevo ya muchos años.*

*SN6c: Sí, pero no está bien controlado [...] hemos intentado poner el azúcar en su sitio pero no podemos [...] no sabemos si la alimentación [...].*

*[En la misma consulta. Casi para cerrarla].*

*SN6c: Y no vale comer lo que quiera [...] si no estamos haciendo un poco el tonto (SO)*

Estas “llamadas de atención” fueron confirmadas por las enfermeras durante las entrevistas cuando hablamos sobre pacientes que no siguen el tratamiento.

*Yo lo que intento transmitirles es que el problema es suyo y que realmente la solución la tiene él [...] yo le hablo claro y le digo que todo lo que teníamos que hacer lo hemos hecho, “entonces si tú realmente no haces la dieta lo que te quiero dejar claro es que estamos perdiendo el tiempo los dos”. [...] A lo mejor no es el momento, quizás tienen que posponer esta decisión para dentro de un año, algunos meses o más adelante. Yo les voy dando pistas, pero desde luego la libertad es suya (SN2c)*

*Yo en una ocasión llegué a decirle a un paciente que o hacía las cosas o mejor que no viniese porque estábamos perdiendo el tiempo los dos. Lo aceptó perfectamente (SN7c)*

*Hay mucha tendencia a dirigirnos como un juez y culpabilizar de alguna manera al paciente de su propio problema. Intento no hacerlo, pero también es verdad que algunas veces piensas que ese tipo se come un pavo y después viene aquí a contarme historias (SN3c)*

No obstante, algunas enfermeras identifican esta posición “frente” al paciente (incluso) con una “misión”/ rol enfermero: reñir.

#### *SN4C (consulta)*

*El fragmento final de la consulta con P36, una mujer que venía para control de tensión arterial fue:*

*SN4c: Has cogido 10 kilos en un año.*

*P36: ¡Ay, no me diga eso!*

*SN4c: Mi misión es regañar, y la tuya cumplir, replica SN4c.*

*Y poco después de este mensaje, P36 salía de la consulta (SO)*

#### *SN12C (fragmentos de consulta)*

*Se trataba de P48, un paciente diabético de unos 60 años. Durante la consulta salieron frases como: “Ha hecho las tareas muy malamente”; o “¡Ay, qué voy a hacer con usted!”.*

*O, tras relatarle el paciente una dieta inadecuada: “¡Tres comidas! [...] esta conversación, ¿Cuántas veces la hemos tenido?”; o “¿Qué le he dicho que puede pasar?”, “¿En qué sitios le he dicho que hace daño el azúcar?”.*

*De hecho utilizó sin problema el término reñir cuando le decía: ¡Ha adelgazado un poquito! No le puedo ni reñir.*

*[Y siguiendo con el tono de la consulta] La despedida fue un ¡A ver si me hace usted caso! (SO)*

#### ***Las enfermeras expulsan al paciente al dejarlo por imposible***

Las enfermeras admiten fallos en el compromiso del paciente con la acción (la voluntad). En algunos casos, “*es imposible hacer nada con ellos*”, “*no lo puedes cambiar*”, “*tienen sus esquemas*”, “*lo aceptas [...] como quien tiene un hijo disminuido*”, etc.

*Intento implicarme y ayudarles pero son no cumplidores y de verdad no sé por qué. Si están así y llevan treinta años así, en una*

*consulta de diez minutos no les voy a cambiar su forma de pensar (SN4c)*

*Lo trabajo, pero hay veces que tengo que reconocer que es imposible. Entonces lo acepto tal y como es, como quien tiene un hijo disminuido (SN2c)*

*SN2c (consulta)*

*Lo que pasa es que tú ya tienes tus esquemas, ¿qué te voy a decir yo?, [terminó por decirle SN2c]. Daba la impresión de ser una relación familiar, P25 jugando su papel de incumplidor [insensato] y SN2c bromeando con “un caso perdido”. De hecho, cuando salieron, SN2c se dirigió a mí para decirme: son incumplidores. Se les pasa la cita y después me ven en el semáforo y quieren que los vea en el día (SO)*

*Esta situación les causa malestar: “te cansas”, “no sabes que hacer”, “piensas que estás perdiendo el tiempo vilmente”, etc.*

*Pero llega un momento que nos cansamos porque somos humanos y el paciente que te viene todos los meses con la misma historia y no modifica ningún hábito y tú lo has estado intentándolo de todas las maneras que sabes, llega un momento que te preguntas qué hacer, si colgártelo en la mochila a tu espalda o le doy el alta. [...] Hay misiones imposibles [...] (SN3c)*

*Sientes que estás perdiendo el tiempo vilmente y que ellos están perdiendo el tiempo con venir a la consulta. Lo que pasa es que no sé por qué vienen realmente (SN7c)*

*Aunque, esta situación (decidir SÍ, y NO-hacer) permite seguir el contacto en la consulta. Eso sí, una consulta que “se les pasa [a los*

*pacientes]” y que, otras veces, la enfermera deja sin citar “para que vuelvan ellos cuando quieran”.*

*Si quieren venir que vengan. Normalmente antes tenían que salir de aquí con una cita dada y ahora le dejo que vuelvan ellos cuando quieran (SN11c)*

### ***Las enfermeras expulsan al paciente cuando dicen respetarlo***

Las enfermeras admiten que los pacientes no sigan el tratamiento, es decir, que decidan NO a la propuesta. En estos casos, las enfermeras señalan que respetan su decisión, pero el respeto se sigue de la no-relación.

*Yo tengo que respetar siempre la decisión de la otra persona. Yo veo una persona que se quiere tirar del puente y no puedo arrancarla del puente porque en el momento que me descuide se va a tirar. [...] Digamos que yo soy el cable para darte la luz pero no soy la luz, la luz está allí y pasa por el transformador. Yo soy el cable, si tú eres una bombilla buena pues darás una luz estupenda, si tú eres un desastre, una bombilla de los chinos, pues vas a dar luz y a la tercera vez vas a explotar (SN2c)*

Además, la decisión de otra opción (cualquier otra) es observada como algo negativo y descalificada “*si tú eres un desastre, una bombilla de los chinos, pues vas a dar luz y a la tercera vez vas a explotar*”.

No obstante, queda claro que no se trata de un abandono, pues las enfermeras refieren estar dispuestas y tener su puerta abierta cuando el paciente decide seguir la acción propuesta (o “*acordada*”).

*Cuando todo me falla y el paciente no responde, sí intento tener una conversación seria con él [...]. Le digo que yo he intentado otras tantas cosas con él, que no responde y no veo una mejoría clara. [...] y entonces el problema lo dejo en sus manos y si ve que puede hacer algo más le digo que estoy dispuesta a ayudarle y que mi puerta la va a*

*tener siempre abierta, pero claro, tiene que tomar una decisión. [...] a veces resulta y otras no resulta y es imposible (SN3c)*

## **7. Las verdaderas demandas se sitúan al margen de lo planificado**

Además del seguimiento de patologías crónicas, las consultas son utilizadas por los pacientes para la resolución de otros asuntos. Es lo que algunos autores llaman la agenda oculta del paciente (*Hidden Agenda*).

***Vienen para que los escuches. Ser confidentes del paciente (el mundo de la vida por encima de la adquisición de hábitos)***

Quizás sea esta la respuesta más repetida que se obtiene cuando preguntas a las enfermeras por qué siguen viniendo los pacientes después de tanto tiempo. Incluso, a los autores del estudio nos costaría (después de la observación) situar este uso (la escucha) por detrás del “uso oficial” del seguimiento.

*Mucha gente viene porque no encuentra un rato para que le escuchen en su casa ni en el médico. A mí me da mucho apuro y no me importa escucharla. Esta tarde ha venido una diabética que adoptó una niña y la mitad de las veces que viene es porque está de niña hasta arriba (SN11c)*

*Te cuentan muchas cosas, te cuentan que se van a tirar al barro, que están hartas del marido, en fin, te cuentan muchísimas cosas. Yo creo que aquí se abren mucho y la gente necesita hablar. Te das cuenta de que el paciente necesita hablar y necesita que le escuches un rato (SN7c)*

*[...] eres más una confesora o una amiga. Ellos mismos te preguntan por tu vida y tú le preguntas por la suya (SN4c)*

*A ellos les sirve muchísimo que nosotros actuamos a veces como psicólogos. El médico va muy rápido y te dicen que no tiene tiempo, entonces aquí se explayan y te cuentan de todo, incluso recetas de*

*bizcochos [risas] [...] si tienen un hijo que es drogadicto y están mal, si su hija se ha separado [...] (SN10c)*

*[...] les viene muy bien descargarse. Cada dos meses se descargan, tienen problemas que en ese tiempo no se lo han contado a nadie pero van a su señorita con la que se van a quedar muy a gusto (SN10c)*

### ***Vienen para que les soluciones algo del médico: La conexión con (proximidad al) el paciente***

Se trata de una de las causas más frecuentes de demanda de los pacientes. Pero, en estos casos es una demanda informal que ocurre a la salida de la consulta médica, o que se entremezcla durante la consulta de seguimiento.

#### ***SN2c (consulta)***

*De pronto, apareció tímidamente una mujer, se llamaba P27, y venía del médico con unos papeles. La mujer comenzó a explicarle a SN2c una larga historia sobre los papeles [que no llegué a entender]. SN2c le preguntaba, pero la mujer no sabía qué responderle.*

*Es que no me entero, decía la mujer.*

*Fue una situación extraña. Pero me quedó clara una cosa. A pesar de que la mujer acababa de salir de la consulta del médico, se dirigió a la de SN2c para resolver sus dudas. Algo que no pareció extrañar a SN2c, pues ella [desde luego] no dudó en descolgar el teléfono y hablar con el médico para aclarar la situación (SO)*

En las entrevistas se confirma esta función de la consulta de enfermería.

*Siempre se quejan de que el médico no los escucha y vienen a ti para que les soluciones, que les mires la receta porque la doctora se ha equivocado al redactarla,.... (SN4c)*

*O cosas que no entienden y son incapaces de preguntarle al médico. Muchas veces me vienen y me dicen que han ido al médico y que qué quiere decir eso. En ocasiones también te cuentan algo que les da cosa decirle a su médico (SN10c)*

La síntesis del análisis de contenido realizado aparece en la siguiente tabla (tabla 2.8).

**Tabla 2.8. La práctica comunitaria en consulta. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos**

temas	descriptores	ejemplos
Consulta programada	<p>Búsqueda de cifras y conductas, un sistema personalizado</p> <p>Juicos unilaterales</p> <p>La competencia como meta, la dependencia como deseo</p> <p>Adquisición y fortalecimiento de hábitos</p> <p>La ciencia frente a la vida</p> <p>Rendir cuentas</p> <p>Llamar la atención, amenazar, culpabilizar, dejar por imposible, expulsar</p>	<p><i>[...] esos problemas emocionales, familiares, con hijos, marido, situación económica [etc.] tienen sus consecuencias luego en los resultados de salud y explica muchas veces porque vienen con una tensión alta, porque es incapaz de perder peso, la ansiedad que tiene. [...] (SN1c)</i></p> <p><i>Nós tentamos sempre que a família seja o mais colaborante possível, porque sabemos que nós, além de termos uma prestação limitada no tempo (PN2c)</i></p> <p><i>[...] su rutina es ser vistos cada dos o tres meses y si le das para cuatro ya te preguntan que por qué y que lo ven mucho tiempo y no se sienten bien si le alargas el tiempo. Además lo exteriorizan y te dicen que no, que los veas antes (SN7c)</i></p> <p><i>Ya sabes, el tiempo mínimo [de caminata] es media hora (SN5c)</i></p> <p><i>Todavía tienen la idea de que el médico, el profesional o la enfermera es el que tiene que dictar las órdenes y el paciente tiene que asumirlas (SN1c)</i></p> <p><i>Yo creo que una mayoría sí que viene a rendir cuentas. Y entran diciendo que vamos a ver cómo están hoy, a ver qué le dices y que vienen a pasar la ITV [risas] (SN7c)</i></p> <p><i>Hay mucha tendencia a dirigirnos como un juez y culpabilizar de alguna manera al paciente de su propio problema. Intento no hacerlo, pero también es verdad que</i></p>



		<p><i>algunas veces piensas que ese tipo se come un pavo y después viene aquí a contarme historias (SN3c)</i></p> <p><i>[...] y entonces el problema lo dejo en sus manos y si ve que puede hacer algo más le digo que estoy dispuesta a ayudarlo y que mi puerta la va a tener siempre abierta, pero claro, tiene que tomar una decisión. [...] a veces resulta y otras no resulta y es imposible (SN3c)</i></p>
<p><b>Agenda oculta (consulta)</b></p>	<p>Escucharles</p> <p>Resolverles asuntos del médico</p>	<p><i>[...] eres más una confesora o una amiga. Ellos mismos te preguntan por tu vida y tú le preguntas por la suya (SN4c)</i></p> <p><i>Muchas veces me vienen y me dicen que han ido al médico y que qué quiere decir eso. En ocasiones también te cuentan algo que les da cosa decirle a su médico (SN10c)</i></p>

### 2.3.4.3. Los domicilios, una apertura natural al contexto

En principio, los domicilios no parecen ser una actividad diferente a la consulta. De hecho, la visita domiciliaria no consiste sino en el desplazamiento al domicilio del paciente, cuando este no puede ir al centro, para el control o seguimiento del paciente crónico. Incluso, puede no-ir más allá de la administración de cualquier terapia de las que se realizan en servicios comunes.

Sin embargo, la visita domiciliaria supone una apertura natural al contexto. La visita domiciliaria permite observar elementos del contexto que faltan en la consulta.

*Nós muitas vezes nos domicílios começamos devido a alguma necessidade de algum penso, algum injectável, ou uma vacina [...] Mas o que acontece muitas das vezes, é que quando nós chegamos ao domicílio, à casa das pessoas, e vemos o ambiente em que elas estão, vemos que há necessidade de outras coisas serem trabalhadas. Por exemplo, vamos fazer um penso, mas depois temos que ver primeiro em relação à pessoa em si o seu estado nutricional o seu conforto na cama. [...] Depois, outra perspectiva, a pessoa que cuida dessa pessoa, se é o marido ou até muitas vezes é um idoso a cuidar de outro idoso. [...] Depois, mesmo as barreiras que existem na casa, têm escadas, se tem quartos apertados, pouca higiene, pouca higiene da casa (PN8c)*

*Una visita domiciliaria va mucho más allá de lo que es la técnica. Cuando haces una cura estás al mismo tiempo viendo la limpieza de la cama, del paciente, de la habitación o si la cuidadora está pendiente del material. [...] Vas haciendo un seguimiento de la situación de salud de esa persona [...] si sale o si entra, la exposición que tiene a riesgos [...] si pone el brasero en invierno, si sale a horas que no debe en verano con los efectos de calor [...]si ha tenido caída, revisas si tiene agarradera o antideslizantes [en el baño] [...] con los escalones lo mismo, las alfombras, las luces, la altura de la cama [...] Haces la valoración del entorno y del domicilio y ya te fijas si tiene ascensor [...] si es un primer tramo y está en silla de ruedas [...] (SN1c)*

Pero, no sólo se trata de una mirada más amplia, sino que esa mirada permite contextualizar situaciones que sería difícil valorar en consulta (ni que decir tiene su valoración en el entorno hospitalario). El siguiente fragmento de una entrevista es un magnífico ejemplo de ello.

*Por ejemplo un paciente que no se tomaba las pastillas porque con el tema de los genéricos cada vez le daban una caja distinta [...] y se hacía un lío. Le tuve que preparar un pastillero para dos semanas y le dije que eso no podía seguir haciéndoselo porque sería pan para hoy y hambre para mañana, porque es un tratamiento que tiene que tener de por vida. Entonces yo no le podía estar preparando siempre la medicación así y hablé con la enfermera de enlace y ella habló con la farmacia para que siempre le dieran las mismas cajas y que hasta que fuese consciente de que era la misma pastilla siempre le estuvieron preparando el pastillero (SN10c)*

## **1. Motivos para la visita domiciliaria**

La apertura al contexto, pero sobre todo, la intervención global sobre el mismo (como comportamiento generalizado) ha sido, posiblemente, uno de los principales elementos diferenciadores de la atención prestada en los

domicilios por enfermeras de las USFs del contexto portugués y las enfermeras de los CS españoles.

### ***Seguir la vida del paciente justifica la acción en los CS españoles***

“Ver cómo van los pacientes, en general” es la agenda de muchas de las visitas programadas de enfermeras comunitarias españolas. Fue común observar, desde el primer día, cómo muchas enfermeras utilizaban la medición de tensión arterial (pe.) como motivo de visita domiciliaria, una visita que siempre resultaba mucho más amplia.

#### ***SN10C (visita)***

*Era una visita de rutina a P58, una mujer de más de 90 años, “para ver cómo iba” [me dijo SN10c]. Le tomo la tensión y veo cómo va.*

*Cuando llegamos, nos abrió la puerta la cuidadora, una muchacha de unos 30 años. La siguiente en aparecer fue la hermana de P58, una mujer de la misma edad, más o menos, que andaba con dificultad.*

*Cuando entró en la habitación lo primero que hizo fue enseñarle el ojo a SN10c. Se había caído.*

*¿Otra vez?, preguntó SN10c.*

*¡Vaya!, mira, le enseñaba la mujer.*

*Bueno, a mí no es eso lo que me preocupa. Lo que me preocupa es que te rompas la cadera, respondió SN10c.*

*Entonces apareció P58. Venía con un andador y su postura estaba muy encorvada.*

*¡Anda pero si eres más chiquita de lo que yo creía! Bromeó SN10c. ¡Como siempre te veo sentada me pensaba que eres más grande!.*

*La mujer, siguiendo la broma, le dijo que lo dejara ya, que cuanto más lo repetía más se encorbaba y más chica se hacía.*

*Cuando llegó al sillón apañó sus cojines [que ya nos indicaron la hermana y la cuidadora que sólo los tocaba ella] y dio un suspiro de alivio.*

*SN10c fue a tomarle la tensión, pero comprobó que la piel estaba seca. ¿Cuánto bebes?, le preguntó. Y aunque P58 intentó negarlo, SN10c buscó las vueltas hasta que la mujer le confesó que no bebía más de medio litro. Es que las personas mayores no tenéis la misma sensación de sed. La vais perdiendo.*

*¿Y los pies?, le preguntó P58.*

*A ver, contestó SN10c. La mujer quería sencillamente que viera un apósito que tenía en uno de los pies para que le recetara o le dejara algunos; pero SN10c, al quitarle los calcetines vio que estos eran muy finos.*

*Estos calcetines para el verano. Ahora de lana [le dijo SN10c].*

*Pero si no tengo frío, le respondió la mujer.*

*Ves lo que te decía antes. Me dices que no tienes los pies fríos y los tienes helados. Así que me haces caso y te pones unos calcetines gordos ¿o a qué vengo yo?*

*A mandar, bromeó la mujer.*

*Entonces, SN10c busco en su bolsa y le dejó muestras de diversos apósitos.*

*[La visita continuó en un ambiente distendido hasta que SN10c, finalmente, se despidió].*

*Y ya hasta después de navidad [les dijo SN10c].*

*Recuerdo haber pensado, la tensión ha sido lo de menos. Las dos mujeres le han contado sus problemas, a lo mejor sencillos [como el tema del apósito para los pies] pero importantes para*

su bienestar. [...] Y además, han tenido una visita más y se sienten atendidas (SO)

### SN2c (visita)

Otra visita de estas características [por otro lado, frecuentes] fue la que realizó SN2c a un matrimonio mayor. La puerta estaba abierta. ¡Pasamos!, [gritó SN2c] que hoy vengo acompañada [justificaba así el hablar en plural]. Cuando entramos, vi a una mujer en la cocina y un hombre en el salón. El hombre estaba sentado en el sillón.

¿Cómo estamos?, preguntó SN2c.

Los pies están fatal, respondió P30.

Pues si sólo son los pies te felicito P30 [bromeó SN2c].

¿Y estos papeles?, le dijo P30 a SN2c. [Eran unos papales del podólogo para su marido].

Estos papeles me los llevo yo. A ti el único que te hace falta es éste [refiriéndose al papel en el que estaban los números de teléfono de los podólogos privados que iban al domicilio] [...]; bueno, y dentro de 6 meses pedir otra vez cita para tu marido, que es cuando le tocaría.

Después de aclarar el papeleo, SN2c se dirigió al hombre para tomarle la tensión.

¡Tengo menos claros! , intervino nuevamente P30 [refiriéndose a que no tenía nada que no le doliera]

Mientras, SN2c tomaba la tensión al hombre [el motivo de la visita] y [a la vez] contestaba a P30. El otro día, una mujer me contaba una cosa muy graciosa que le dijo su médico. Le estaba diciendo que le dolía todo, y cuando acabó, dice que el médico le dijo “si yo fuera veterinario, la sacrificaba” [reían].

*Está muy bien, se dirigía ahora al hombre hablando de sus cifras de tensión arterial [mientras le ayudaba a ponerse la manga].*

*Estoy con las piernas que no me puedo mover, [decía ahora el hombre] y es que temo caerme.*

*Pues tienes que moverte un poquito. [...] Mira, como tus hijos no sabrán que regalarte, pídeles a los reyes unos pedales. Son cómodos y haces ejercicio. A una mujer que yo tenía, le controló las glucemias estupendamente [me decía a mí].*

*Sí, si la vecina tiene unos pedales y me dijo que me los vendía, decía el hombre.*

*Pues cómpraselos.*

*Además también sirven para las manos, añadió el hombre.*

*Así haces ejercicio el rato que no estés dormido [añadió SN2c en tono de sorna], [...] que me han dicho que cuando pasan por la ventana siempre te ven durmiendo.*

*¡Pero dormir!, intervenía la mujer.*

*[...] el otro día me vio el médico [dice el hombre, cambiando de conversación, no sé si de forma intencionada] [...] y no me ha mandado nada para los dolores.*

*¡A ver, no podemos pretender que se nos quiten todos los dolores!, le contestó SN2c mientras introducía una nueva historieta de una persona mayor que iba al médico quejándose de que le dolía una pierna y el médico le contestaba: “eso son los años” a lo que la persona, le respondía: “pues la otra tiene los mismos años” [nuevamente reían] (SO)*

### ***La técnica, imprescindible para la visita domiciliaria de las USFs***

Las visitas domiciliarias en las USFs tienen que venir justificadas por una técnica. Un ejemplo claro de ello está representado por la visita realizada

junto a PN5c, a una mujer de 99 años a la que había que ponerle la segunda dosis de la vacuna antitetánica.

*Llegamos a la casa. Estaba la puerta abierta. La empujamos y, desde el fondo de un pasillo oscuro, vimos acercarse a una mujer. Caminaba con alguna dificultad, y PN5c intentó ayudarla, pero cuando llegó, la mujer le dijo [sin ningún mal gesto] que no hacía falta. Terminó de acercarse y se sentó en el sillón. PN5c le explicó que venía a ponerle la segunda dosis de la vacuna y que la tercera sería dentro de seis meses. "Seis meses [repitió la mujer], sabe Dios dónde estaré dentro de seis meses". [...] "Antes de que pasen los seis meses ya habrá cumplido los cien años [dijo PN5c, dirigiéndose a mí]". De algo tan cotidiano, arrancó una conversación en la que pude enterarme que la mujer tenía tres hijos, aunque no necesitaba a ninguno de ellos, "con la pensión y Dios tengo bastante [nos decía] [...] Además, tengo vecinas, y amigas [continuó]". Pero, creo que [en el fondo] la mujer sentía abandono [quizás de ahí sus palabras de "no necesito a ninguno" para referirse a los hijos].y soledad [fuimos, creo yo, una bocanada de aire fresco para ella].[...] La visita fue entrañable. Le dimos dos besos, y PN5c se despidió diciendo a la mujer [con tono protector] "[...] y no deje la puerta abierta estando sola". Aunque, realmente, sus últimas palabras fueron "hasta dentro de seis meses". [Finalmente, descorazonador]. [...] ¿La vacuna del tétanos? [Pensé]. Creo que le vendría mejor otro tipo de ayuda [escucharla, sacarla,...]. Y estoy seguro que PN5c también lo percibió, pero [...] la despedida fue "hasta dentro de seis meses". [...] El motivo de la visita era la vacunación y hasta dentro de seis meses no había otra justificación. Terrible [pensé], aunque [mirándolo de otro modo] si no hubiera sido por la vacuna, la mujer no habría tenido este "ratito de charla" (PO)*

Varias de las entrevistas realizadas confirman esta situación, a la vez que revelan el papel periférico de los aspectos más emocionales/ sociales.

*Muitas vezes a parte emocional, agora que estamos a falar disso, esquecemo-nos um bocadinho, também é verdade, ou seja, se chegamos e vimos que a pessoa não está bem ou está triste preocupamo-nos naquele momento e tentamos arranjar maneira de nos ajudar. [...] Se chegássemos ao domicílio e vemos que aquela pessoa não está com a mesma alegria, não está com a mesma disposição que estava e eu não tenho problema nenhum de perguntar o que é que se passa o que é que foi o que é que não aconteceu [...] ou se sentimos um prestador de cuidados mais stressado, então o que é que se passa, [...] Mas Eu nunca agendei um domicílio com o intuito de: fui lá vi aquela senhora triste, amanhã vou lá outra vez ou vou planear uns domicílios seguidos para ver se..., se calhar o nosso pensamento é: vou falar com o médico para ver se passo uma medicação, vou tentar falar com a psicóloga, vou tentar falar com a assistente social, se calhar não programamos domicílios de enfermagem com o intuito de lá ir e reavaliar e dar mais apoio. Se calhar não, detectamos e tentamos pedir apoio de fora. [...] nossa intervenção passa mais por pedir ajuda e depois então o resto da equipa actuava nesse sentido e nós ficamos ali na retaguarda, depois à espera de ser ou não encaixado outra vez ou não. Se calhar é mais isso. A verdade é. Também porque às vezes não há tempo de fazer companhia [...] Pedimos apoio mais nesse sentido, não traçamos um plano de intervenções de enfermagem para esse problema. Tentamos sempre pedir apoio dos restantes profissionais (PN4c)*

## **2. Valorar la situación de salud en el domicilio: ¡cuidado! Ceguera contextual**

Lo primero que llama la atención en las visitas domiciliarias es la ceguera contextual de quien la prescribe. Algunas veces, son visitas programadas del cupo de las propias enfermeras comunitarias.

*A grande maioria dos nossos utentes vem referenciada por um motivo e geralmente nunca é esse o motivo mais válido para eles*



*terem recorrido à nossa equipa. Nunca é aquele critério na referenciação do doente que é aquele na maioria. Na maioria das vezes não é aquele que nos prende ao utente e geralmente depois de ter o utente do nosso lado acabamos por resolver as outras situações que são muito mais graves (PN2c)*

#### *PN8C (visita)*

*Después de almorzar acompañé a PN8c a otra visita. El motivo, poner un inyectable. Recuerdo que me dije ¿y para eso me voy a quedar? Pero [entonces] me contesté: el inyectable es lo de menos. Quédate, a ver qué hay detrás. Y, como en los otros casos, el inyectable fue sólo una excusa para ver una situación más compleja.*

*La Sra. P2 era una mujer mayor que vivía sola [PN8c me contó no sé qué problemas con los hijos por cuestiones de una herencia]. Tenía una gastrostomía, que PN8c solía curar, pero ahora sólo iba para ponerle un inyectable [vitaminas, le decía]. La puerta estaba cerrada. La Sra. P2 salió a abrirnos. Tenía la cara triste, y su tono de voz también lo era. No se encontraba bien [se veía]. Entonces, PN8c le preguntó cómo estaba y comenzó un largo relato de quejas, acompañadas de un tono lastimero, que se alargaron durante toda la visita. La mujer se había operado hacía poco de cataratas y no había quedado bien. “Veo igual, [...] lo mismo [...] y me he gastado 2000 euros [le lamentaba y lloraba], [...] para cruzar la carretera necesito a alguien [...] no puedo leer nada, ni las cajas de las pastillas [continuaba su lamento] [...] y encima tampoco oigo bien”.*

*[A veces, parecía dejar el tono lastimero para pedir ayuda] “[...] Y me duele la parte de debajo de las mamas, ¿Qué puedo hacer?, ¿qué pomada me pongo? [Entonces] PN8c miró alrededor y vio una pomada que usaba para la gastrostomía y le dijo: “Póngase de esta misma. Se lava con jabón, se seca bien y se junta una poquita [...] y si quiere, se puede dejar una gasita debajo”. “Me lo puede hacer usted, Sra. Enfermera [contestó entonces, P2]”. Claramente necesitaba atención.*

*Quería compañía. [Era lo suficientemente autónoma para hacerlo]. PN8c no dudo en hacerlo. Sólo después de múltiples demandas de atención, PN8c puso el inyectable.*

*Para despedirse, la Sra. P2 abandonó el tono lastimero y las lágrimas y nos despidió con una sonrisa y una bolsa de nueces [de sus árboles]. “Pero tienes que ponerlas a secar un poco todavía [le dijo a PN8c]”. Muchas gracias [contestó la enfermera]. Y nos fuimos.*

*En el coche, PN8c me comentó que estaba muy sola, pero que ya le habían propuesto un centro de día y no había querido. “Creo que siente vergüenza, ya sabes [me decía] tiene que comer allí, [...] y su comida no es la misma”. En cualquier caso, tiene una mujer que le limpia la casa, otra que le hace la comida [...]. Pero, la verdad es que no eran suficientes para contrarrestar la soledad de la mujer. Y PN8c era consciente de ello (PO)*

#### *SN12C (visita)*

*Se trataba de una visita domiciliaria a una mujer de más de 90 años que estaba encamada. El motivo, un cambio de sonda. Pero, como había visto ya en muchas ocasiones, el motivo de la visita sólo era una parte mínima, quizás la menos relevante, de la misma.*

*Antes de llegar a la puerta, nos encontramos con la hija de la mujer, una mujer de unos 60 años que venía de tender. Pasamos con ella, detrás cerró la puerta con llave [SN12c ya me había advertido de esta costumbre].*

*En el salón estaba uno de los hermanos, de edad similar. Faltaba otro, el único que trabajaba. Los tres hermanos, solteros, compartían la casa y la preocupación y el cuidado de la madre.*

*SN12c estuvo hablando con la hija unos minutos, antes de pasar a la habitación donde estaba la mujer. De esta forma comenzó un relato que me dejó “el corazón encogido”.*

*Se trataba de una situación de encierro en torno a la enfermedad de la madre que había absorbido la vida de los tres hermanos.*

*La mujer relataba uno tras otro, detalles que mostraban una situación insana:*

- Una silla justo al lado de la cama para permanecer junto a ella en todo momento [uno u otro hermano].*
- Acostarse a las 3 de la madrugada, o más, acompañando y observando a la madre [que no interaccionaba nada con ellos].*
- Darle la comida con cuentagotas, turnándose unos tras otros [durante horas] para conseguir que comiera.*
- Irse al pueblo [a dar vuelta a la casa] y volver, después de estar allí no más de media hora, y sin pararse tan siquiera a comer.*
- [...]*

*Mi vecina me ha hablado de los grupos que hay en el centro de salud, le decía la hija a SN12c.*

*Y eso me vas a decir a mí ahora, le respondió SN12c. No te lo habré dicho ya veces. ¡Claro que te vendría bien ir!.*

*Pero, inmediatamente, la mujer continuaba, lo que pasa es que cómo voy a ir y faltar de aquí.*

*SN12c no se lo podía creer, ¡pero si es nada más que una vez a la semana!, que se quede alguno de tus hermanos. Pero, la mujer parecía renunciar a ello. Los hermanos, decía, no lo verían bien.*

*¿Y cómo están ellos?, le preguntaba ahora SN12c.*

*Pues éste ya no va a ningún sitio. Antes salía más, pero ya intenta encargar al otro las cosas para no tener que salir él. El ratillo que echaba con el frutero, ya no lo echa. Y por las tardes, nada. Si*

*salen media horilla juntos mucho es. Enseguida se dan la vuelta para volver pronto. Yo creo que tiene una depresión.*

*¿Y cómo vería tu hermano ir al psicólogo?, le preguntaba SN12c.*

*¡Qué va!, yo creo que no iría [respondía la hermana] Y el otro dice que no se puede morir, que tiene que durar otros noventa años.*

*Salí de la casa preocupado por la vida de tres personas. Sentí dolor al imaginar el día a día en esa casa (SO)*

*PN2C Y PN3C (visita)*

*Pero una de las situaciones más perfectas de “ceguera contextual” ocurrió mientras acompañaba al ECCi, en la zona norte de Portugal.*

*Se trataba de Doña P8, una mujer de unos 70 años que fue remitida al ECCi porque necesitaba “cura diaria” de una herida quirúrgica por amputación del miembro superior izquierdo a la altura del codo.*

*La situación, [me comentaba PN3c el día anterior] no parecía que justificara la intervención del ECCi. De hecho, PN3c anticipaba [incluso] que no creía que fuera aceptada y que [posiblemente], le dieran el alta tras la valoración [al no cumplir los criterios de aceptación]. No se imaginaba la ceguera que tenían los compañeros que remitieron el caso.*

*Nos abrió la puerta el marido de Doña P8, un señor mayor con dificultad para caminar. Tras preguntar si podíamos pasar, llegamos al cuarto en el que estaba Doña P8. La imagen me sobrecogió. Doña P8 estaba sentada en un sillón giratorio, a pesar de lo cual su cuerpo estaba totalmente extendido [como si estuviera tumbada en una cama] y tenso, con una rigidez que la mantenía curvada hacia el lado derecho y llegaba hasta los mismos dedos de los pies [equinos en su máximo grado].*

PN3c y PN2c empezaron como siempre, saludando cariñosamente: ¿cómo estas princesa, [le dijo PN2c]; y, seguidamente, comprobaron su estado cognitivo: ¿quién es aquél señor?, [le preguntaban señalando al marido], ¿dónde estamos?, ¿qué edad tiene? [...]. Doña P8 estaba desorientada [desorientación temporal y respecto a las personas].

Siguieron tomándole la tensión arterial, midiendo la circunferencia abdominal, [...] y, después, [como queriendo cambiar algo que le hacía daño ver] PN2c pidió al marido una silla de ruedas [para sentarla bien]. “Está en el coche de mi hijo [le contestó]”. “Pues le dice que la traiga para mañana [...] hay que cambiar este sillón por la silla de ruedas [le dijo], [...] y mañana, además, le haremos ejercicios”.

En ese sillón giratorio, intentaron corregir la posición de Doña P8 [por todos los medios], incorporándola, poniéndole cojines en los brazos, cambiando la escalera que le servía de reposapiés [...]. PN2c buscaba por todas partes [como la había visto hacer otras veces], elementos cotidianos que le sirvieran: una manta, un paquete de pañales, etc.

Y mientras seguía intentando incorporar a Doña P8 en el sillón la estimulaba: “Habla un poquito conmigo [le decía]”, pero Doña P8 contestaba difícilmente. El deterioro mental y físico era enorme [¡y había sido remitida para curas diarias!].

Una situación realmente dura que [como suele pasar, nunca viene sola]. El marido también estaba mal físicamente. Su caminar era difícil y [no sé por qué lo sospechó PN2c] su tensión estaba muy alta. Pero, sobre todo, necesitaba hablar. Incluso las preguntas [a veces estúpidas ¿por qué no decirlo?] de que estudios alcanzó o en qué trabajaba sirvieron para que el señor comenzara a contar largas historias, detrás de las cuales se podía ver la tristeza que sentía.

“Usted también se tiene que cuidar [le decía PN2c, mientras al Sr. MP8 se le saltaban la lágrimas]”. “Necesita cuidar sus rodillas,

darse una vuelta, [...] la gira en la cama, y se da usted una vuelta, no pasa nada”. El Sr. MP8 cada vez se mostraba más acongojado [creo que nadie le había prestado atención desde hacía mucho tiempo]. “Todos tenemos problemas, y quien no los tiene, los va a tener [le decía PN2c para relativizar su situación].

“¿Tienen ustedes hijos?, [le preguntaba ahora, viendo la sobrecarga que sentía el Sr. MP8]. “Uno [respondió el Sr. MP8]. “Pues le dice que quiero verlo”.

Pero, las ideas seguían fluyendo en la cabeza de PN2c: “Y, ¿no quieren ir a un centro de día? Es un par de veces por semana, dos o tres horas, [...] y también llevan a su mujer [...]”.

[...] Pero, al ver las dudas del Sr. MP8, PN2c rápidamente aclaró: “Son ideas, tenemos tiempo, se lo puede pensar. Hoy es sólo el primer día” (PO)

### ***Un caso de ceguera grave, la ceguera selectiva a lo desagradecido***

Un tipo espacial de ceguera es la que sufren los médicos especialistas cuando las situaciones no tienen solución o su evolución es tórpida. En estos casos, las enfermeras comunitarias sufren los (terribles) efectos de una fragmentación que es utilizada para descuidar.

#### ***SN10C (visita)***

Uno de los casos más representativos de esta situación fue el de P52, un hombre de unos 70 años con diabetes que en el último año había desarrollado múltiples complicaciones, entre ellas una insuficiencia renal que lo había llevado a diálisis.

Estaba separado desde hacía más de 30 años y su hijo vivía en [nombre de ciudad] [creo que me dijo SN10c]. En definitiva, que estaba solo. Sólo tenía al vecino de arriba que era el que le ayudaba. Aunque,

como fue el caso de ese día, el vecino trabajaba y no podía ir a hacerle todo lo que necesitaba.

Ahora verás la casa [me dijo SN10c]. Le dieron una residencia, pero a las dos horas estaba fuera. Decía que apreciaba mucho su libertad.

Cuando llegamos a la casa, P52 estaba acostado. Había dejado la puerta abierta. La habitación estaba desordenada y faltaba higiene. Los pantalones tenían unos zurcidos aparatosos. Sobre una mesa tenía preparados varios papeles que le quería enseñar a SN10c. Del podólogo y de dos visitas a urgencias en la semana pasada. La del día 24 había sido por un problema oftalmológico. La del día 25 por su problema de los pies.

Realmente, este último problema era el motivo de la visita. P52 tenía los dos pies vendados. SN10c comenzó descubriendo el pie izquierdo. Oía mal [Recuerdo que había terminado de desayunar y me levantó el estómago]. El pie estaba muy hinchado, y tenía una herida en la zona plantar que llegaba hasta el hueso.

Pues, esta herida es igual que la que tuviste [le decía a P52]. Es una osteomielitis. [...] Tienes todos los huesos del pie necrosados. Es decir, que no les llega sangre [explicaba al hombre].

SN10c se preocupó de forma evidente.

[...] ¿Y qué te dijeron en urgencias?

Entonces el hombre comenzó un relato [que confirmaba el informe de urgencias] según el cual, el alarmante estado del pie había sido resuelto con una simple derivación a Consultas Externas. Sólo la insistencia del hombre, que fue a consultas externas de cardiovascular el lunes siguiente, permitió que los cardiovasculares valoraran el pie.

Por si fuera poco [SN10c se indignaba por momentos] nos contaba cómo tuvo que “apañárselas como pudo” [así se lo indicaron] para volver a casa. Sin tener en cuenta su estado ni su falta de recursos.

*Pero yo me preguntaba, además, si P52 nunca comentó nada en diálisis, o sería que no le hicieron caso. Pero, no me atreví a preguntarlo.*

*En cualquier caso, tanto una situación como otra [urgencias y diálisis] me trajo a la mente esa fragmentación que los profesionales hacemos de las personas y, por la cual, sólo nos interesa “lo que nos toca”.*

*Pero ahora, a SN10c le tocaba todo. De hecho, creo que es una de las ocasiones más claras en las que he visto cómo la enfermera de atención primaria es la que se encuentra de cara con lo que otros no han querido ver. Otros parecen ignorar, sin problemas, la vida de la persona. SN10c no podía. La tenía de frente. No podía ignorar ese pie ni las consecuencias que podía tener continuar con un tratamiento que SN10c tenía claro que no serviría de nada, pero que a nadie [ni siquiera al que lo prescribió] parecía importarle.*

*Claro, me dije. Estos son los casos que a nadie le interesan, porque no tienen mucha solución y nadie quiere enfrentarse al fracaso. Todos quieren ser “los que solucionan problemas” (SO)*

#### *SN8C (visita)*

*Un caso similar fue el que observe cuando acompañaba a SN8c a otro domicilio. Mientras íbamos de camino, SN8c me ponía en antecedentes del caso. Era un hombre mayor, al que le habían amputado la pierna izquierda a la altura de la rodilla. Pero, SN8c me contaba que no veía bien la evolución de la herida. Los bordes no cerraban y no tenía “buena pinta”.*

*Cuando llegamos, nos abrió la puerta la hija, una mujer activa, con carácter abierto y decidido [era fácilmente perceptible]. Con ella estaba su hija [la nieta del hombre], una chica joven con la que SN8c inició una conversación sobre el hijo de ésta, que [según pude entrever] tenía problemas de salud desde el nacimiento. Antes de*



*entrar en la habitación donde estaba el hombre, SN8c habló sin prisa con ella. Aunque hacía tiempo que no sabía del niño, la conversación era familiar.*

*Mientras, la hija preparaba todo lo necesario para la cura. No paraba de moverse, preparando todo. Cuando pasamos a la habitación pude ver al hombre en la cama. Estaba todo listo para destapar la cura. Al hacerlo, pude comprobar lo que decía SN8c. Era una herida abierta que, realmente no parecía que fuera a cerrar por mucho tiempo que se le diera. Había zonas claramente abiertas y otras con bordes [prácticamente] necrosados.*

*Tras realizar la cura, la hija salió con nosotros hasta el salón.*

*¿Cómo la ves?, le preguntó a SN8c.*

*SN8c le dijo claramente que no le gustaba, que no creía que fuera a evolucionar bien.*

*Pero, como decía anteriormente, la hija se veía una persona decidida. No dudo en decirle a SN8c: “Pues entonces voy a llevarlo por urgencias”.*

*Me pareció que estaban buscando una solución alternativa a una “falta de atención”. Es decir, no era una situación urgente, para tener que visitar las urgencias, pero su carácter de situación “poco agradecida” para los [cirujanos] cardiovasculares le estaba obligando a buscar una solución que la vía normal no le daba.*

*En definitiva, me pareció otro ejemplo claro del desinterés por los casos en los que la curación y el éxito no son fáciles (SO)*

### ***La ceguera es mal tolerada por las enfermeras comunitarias***

Estas situaciones de ceguera selectiva crean en las enfermeras sentimientos de desesperanza e ira.

*Hay casos que realmente te agobian, casos de necrosis que estás viendo que aquello progresa de forma rápida y que tú piensas que*

*tienen que ir al especialista y que éste solucione porque se sale de tus competencias y no puedes hacer nada, y ves que no hay respuestas por parte de la asistencia especializada [...] insistes a la familia con que le aconsejas que acudan al especialista otra vez, que le digan en qué situación se encuentra y que lleve de nuevo a su padre a [nombre del hospital]. Al final el paciente viene de vuelta y es para ti. [...] Ves que pasa un tiempo y que aquello va para arriba, que no se soluciona y lo pasas mal. Algunas veces ves cierta quietud, no sé si voluntaria o no por parte de algunos especialistas (SN7c)*

*Yo iba diariamente, no te puedes imaginar cómo te encuentras cuando día a día ves a esa persona que se va deteriorando. Te dice que ya ha ido al médico y no le hacen caso. Eso es deprimente, muy deprimente. [...] Hay problemas que parece que no son de nadie [...]. Yo me pongo a pensar, yo estoy así como ese hombre y armo la mundial. Me pego un tiro o me voy allí y me quemo a lo Bonzo, algo hago. Es como si allí fuese un desecho. Ellos no se ponen a pensar si come con el dolor que tiene, si duerme o cómo está (SN10c)*

### ***No obstante, también hay ciegos en la atención comunitaria***

También es posible ver ceguera contextual entre los profesionales de atención comunitaria, aunque estos casos se concentraron en las USFs del entorno portugués.

#### ***PN7C (visita)***

*PN7c sólo tenía programada una visita. Mientras íbamos en el taxi, aprovechó [como antes hiciera PN4c] para describirme el caso. En esta ocasión, se trataba de una mujer a la que habían retirado una prótesis de rodilla hace tres años y a la que curaban tres veces por semana [desde hace tres años]. Su médico le había dicho que era la única opción y ella confiaba plenamente en su médico.*

*Al llegar, pude ver a una mujer [de 70 años] con buen estado general [buen aspecto] y buen estado de ánimo.*

*Vi en esta situación un claro ejemplo de “visión limitada”. Quizás esté realizando un juicio rápido [y quizás me equivoque], pero ¿nadie vio [en tres años] más allá de la rodilla? Porque yo vi a una mujer encerrada en una vida muy limitada [y, creo que a una hija con una vida condicionada por la dependencia de su madre].*

*[Sin ánimo de reproche] ¿Ninguna enfermera [en tres años de visitas] se planteó lo que era la vida de toda una familia?, ¿sólo tenían que curarle una herida?, ¿eso era todo?*

*En este caso, no vi más allá de “una rodilla”. No vi la vida de nadie. En el taxi, [sin ella] PN7c imaginaba conmigo la barbaridad de la situación. [Pero participaba de ella] (PO)*

*PN6C (visita)*

*Otra situación similar ocurrió cuando acompañaba a PN6c.*

*Fuimos a realizar la cura de un absceso [próximo al ano] de una mujer mayor. Era una casa humilde. Entramos hasta una habitación [con olor a humedad] donde había una mujer de edad avanzada acostada en la cama. No había televisor, radio ni cualquier otro elemento de ocio. Estaba en decúbito lateral, mirando hacia la pared. Además, podía verse una silla de ruedas, pañales, etc. Todo parecía indicar que era una persona dependiente con un problema social añadido. Sin embargo, percibí que PN6c aceptaba esta situación sin más intención de intervención. La comentamos, sí. Pero su intervención se limitó a curar el absceso. A pesar de que yo le pregunté intencionadamente ¿y no tienen apoyo social? (PO)*

*PN9c (visita)*

*Las visitas que realicé con PN9c siguieron el mismo patrón “reductor”.*

*La primera fue a un hombre que había sido intervenido del corazón. Tenía una herida en el pecho y otra en la pierna. Llegamos a la casa, [entramos]. [...] PN9c le dijo que fuera al dormitorio y se tumbara en la cama. “¿Cómo se siente? [Le preguntó]. La mujer, [que había llegado casi en ese momento] contestó “No duerme bien. Esta noche no ha dormido apenas”. Un comentario, ante el que PN9c no respondió. La pregunta [“¿Cómo se siente?”], aunque era un buen comienzo terapéutico], realmente sólo resultó ser una pregunta de cortesía. Tanto PN9c como el hombre eran poco habladores. Así que la cura, aunque larga, tuvo muchos momentos de silencio. Cuando terminamos la herida del pecho, el hombre interrumpió uno de esos silencios para preguntarnos cómo estaba la herida [a lo que respondimos que muy bien]; y cuando terminamos con la herida de la pierna, volvió a repetir la misma pregunta. Pero, como nuestro tono debió de ser diferente [realmente el estado de la herida era diferente] remarcó “¿Bien o casi bien?”. Creo que fue de lo poco que hablaron. Sólo al final concertaron la nueva visita [para retirar el resto de puntos].*

*La segunda visita de PN9c fue a un hombre mayor [de unos 70 años] con un cáncer que ya había evolucionado y tenía metástasis en muchos órganos. Subimos las escaleras de la casa. Era un hombre delgado, que estaba encamado. Según PN9c los dolores de la columna le impedían sentarse [no sé si hubiese habido alguna posibilidad de sedestación, pero no parecía una preocupación para PN9c]. Cuando llegamos, lo primero que hizo la mujer fue pedirnos que le solucionáramos un problema que tenía con la sonda vesical. Era una sonda de dos vías y por una de ellas [que estaba tapada] perdía orina. Como parecía no encajar mejor [y PN9c no llevaba otro tapón] le pidió a la mujer otra bolsa de orina y se la conectó a la segunda luz. Ya está. Lo único que pasa es que ahora va a tener dos bolsas.*

*Menos mal que no se levanta [pensé], si no, ya tenía otro dispositivo más. Después revisó la zona de los talones [que tenía elevados por una almohada]. “Van mejor, [le dijo a la mujer] [...] siga*

*así, si le pone algo que sea crema hidratante, sólo eso ¿vale? No hubo más conversaciones. La verdad es que el hombre parecía más interesado en la televisión que en nosotros. Pero, ¿ni una pregunta sobre el dolor en una visita a un paciente oncológico?, [pensé]. [Bueno, el caso es que así fue].*

*Sólo cuando nos íbamos la mujer sacó a conversación un tema nuevo. Según ella, no había cambiado un pañal sucio a su marido en un mes. “Él siempre ha estado muy delgado y ahora parece que tiene barriguilla [continuaba]. “Pero, ¿en un mes no ha hecho nada?, [contestaba PN9c, incrédula y con una sonrisa jocosa]. Bueno, ya hablo yo con la doctora, a ver si le puede pedir una radiografía. Esa fue toda la solución [una solución técnica] (PO)*

#### *PN5C (visita)*

*Más allá del reduccionismo descrito, algunas situaciones fueron dolorosas. La vida plantea problemas complejos y las soluciones, a veces, no lo son menos.*

*La siguiente visita fue [quizás] la visita más triste que recuerdo. “Esta es una mujer mayor, encamada, ¿la conoces?, [me decía PN5c, mientras llamábamos a la puerta]”. “Es una de las casas más antiguas [y lujosas] del pueblo. Puede tener cientos de años [me decía, como indicándome el valor]”. La verdad es que era una casa grande, de techos altos, [...] [Pero también estaba oscura, muy oscura, ya eran tres hoy,]. Pasamos por un pasillo, otro, una habitación, otro pasillo, el salón, el camino fue largo, hasta llegar a la habitación donde estaba la mujer. Cuando llegamos, fue descorazonador. Era el cuarto de los trastos, la lavadora,... [Tal vez ella era otro más, pensé].*

*En un rincón, eso sí, cerca de una ventana, la familia había colocado la cama. Era una mujer mayor, muy delgada. Tenía una sonda para alimentación y usaba pañal. Cuando llegamos, la saludamos [por su nombre] y la mujer nos respondió al saludo. Fue sólo eso, un saludo.*

*Así que no pude comprobar su estado de consciencia y si justificaba las sujeciones que tenía en ambas manos.*

*PN5c la destapó para curar la herida del sacro [que justificaba nuestra visita]. Estaba encogida, casi en posición fetal, con los pies equinos. [Mi tristeza aumentaba]. Sentí una tremenda pena. Pensé que la familia no debía seguir cuidándola. Entonces escuché a PN5c y a la nuera hablar de un centro de continuidad de cuidados. Ya lo habían solicitado, pero se lo habían denegado y lo iban a intentar de nuevo. [A ver si se lo conceden, pensé].*

*La cura, fue lo de menos. Tardó más en “limpiarle el culo” [pues también estaba hecha caca] que en cambiarle los apósitos. Pero, nuevamente, ese había sido el motivo de la visita.*

*Nos fuimos sin más. Realmente fue de las veces que peor me sentí. ¿Yo tampoco iba a hacer nada? Hay que mirar para otro lado [¿no?]. [Eso fue lo que sentí] (PO)*

### ***La gallina o el huevo: malos comunicadores o desinterés por el contexto***

Si tenemos en cuenta las características actitudinales de las enfermeras protagonistas de los fragmentos narrados, observamos que se tratan de personas poco comunicadoras. Ninguno de estos pasajes está protagonizado por PN4c y PN8c, dos enfermeras con grandes cualidades comunicativas.

El siguiente ejemplo de una visita en la que acompañé a PN4c puede servir como elemento de contraste frente a las situaciones anteriormente descritas.

#### ***PN4C (visita)***

*Comenzamos por ver al Sr. P7, un hombre mayor al que había que recoger un cultivo de orina y curar dos pequeñas heridas [por presión] en el talón izquierdo y el tobillo derecho.*

*PN4c parecía una persona muy activa y abierta. “¿Qué tal la barriga?, [le preguntó al Sr. P7] [...], ¿y fiebre?, ¿ha vuelto a tener?, [continuó, dirigiéndose en este caso a la hija]. El ritmo era más rápido del que había visto hasta entonces en el ECCI. Mientras preguntaba, iba preparando las cosas para recoger el cultivo de orina. Y mientras recogía el cultivo y curaba las heridas, continuaba su charla. En la conversación salieron [obviamente] temas clínicos. Por ejemplo, le dijo al Sr. P7 para qué servía la prueba [“es para saber si tiene bichitos”] y recomendó a la hija que lo levantara de la cama [algo que, según la hija, no era ningún problema, pues entraba y salía mucho]. Pero, también surgieron bromas [por ejemplo] con la barba del Sr. P7.*

*A pesar de ser una visita corta y rápida, pude enterarme de que el Sr. P7 tenía novia, “salía de fiesta” y que no quería que la bolsa de diuresis se viera. De hecho insistió varias veces en cortar el tubo de la bolsa de recogida. “Voy a pedir una más corta, que se queda por debajo de la rodilla, se agarra y no se ve [...] pero ahora no la tengo aquí [le dijo PN4c]”.*

*Fue una visita muy focalizada y rápida, casi vertiginosa [es cierto], pero también es cierto que pude conocer [en el poco tiempo que duró] aspectos vitales del Sr. P7 (PO)*

### **3. Formas de actuación en el domicilio (adaptándonos a la complejidad)**

#### ***Reconocer los recursos del entorno (una posibilidad nueva)***

Los domicilios, además, potencian la competencia individual y social, al minimizar la frecuencia de intervenciones sofisticadas como primera opción terapéutica.

*Recuerdo durante las observaciones las frecuentes miradas al entorno de los pacientes para identificar posibles recursos para el cuidado [una tabla para hacer un escalón, una torre de CDs sobre los que apoyar el pie, etc.] (PO)*

*SN2c (visita)*

*Está demasiado abrigado [le dijo al hijo y a la cuidadora]. Tenéis que quitarle el pijama, dejarle un pijamita de verano o así, que le cubra la piel, pero que no sude de esta forma. [...] es que si él, que ya tiene problemas para beber, ahora encima suda mucho, lo que puede pasar es que se deshidrate [...] y sea todavía peor [...] eso, le tocáis los pies y las manos y si las tiene calentitas es suficiente. No hace falta abrigarlo más [...] y lo de la tos, le pones un casco de cebolla en la mesilla, es lo mejor para la tos irritativa que nos da al levantarnos y al acostarnos [...] que tanto jarabe no es bueno, y menos para él, que le puede deprimir el centro respiratorio (SO)*

Además, se trata de una actitud buscada activamente por muchas de las enfermeras participantes.

*Numa primeira abordagem tentamos aproveitar e rentabilizar o que já existe: uma almofada, um banco, uma cadeira [...] (PN8c)*

*Não tem sentido nós irmos buscar coisas mais elaboradas, quando não há necessidade, [...] [Eu] tento arranjar sempre a solução mais económica e tento sempre resolvê-la imediatamente (PN2c)*

*É mostrar com o dia-a-dia, com pequenas coisas simples, como é que se consegue ultrapassar dificuldades (PN3c)*

***Las ayudas técnicas, una opción muy atractiva para profesionales y pacientes***

No obstante, a pesar de esta tendencia no-farmacológica, las enfermeras reconocen que la solución ofertada depende de la situación observada, y hay situaciones que requieren ayudas técnicas (medidas especializadas).

*Depende de lo que estés viendo en el momento, del proceso y del problema que surja. Si tiene una fiebre elevada, no le vas a decir*



*que se dé un baño y ya está, sino que se dé el baño pero que también emplee algún antitérmico. [...] Pero sí introducimos muchas recomendaciones no farmacológicas. [...] (SN1c)*

Pero además, como apuntábamos anteriormente, la autonomía no siempre es el resultado deseado por el paciente, ni la medida inmediata la solución preferida. En numerosas ocasiones pudimos observar cómo los pacientes optaban por la solución más cómoda. Aquella que menos exigencias suponía para el paciente.

#### *PN5C (visita)*

*La segunda visita de la mañana fue a Doña P10, la mujer mayor que visité el viernes pasado con PN4c. En esta ocasión la encontramos sentada en el sillón. Acababan de levantarla [dos mujeres de un servicio de apoyo social].*

*“¿Cómo está?, [preguntó PN5c]”. “Muy dolorida, me duele todo [contestó], sobre todo la parte de abajo [le dijo, refiriéndose a la zona perineal, inguinal y sacra]. [La mujer tenía unas lesiones micóticas en la zona del pañal].*

*“¿Utiliza el andador? Volvió a preguntar PN5c [igual que hiciera PN4c días antes] [...] y la respuesta que obtuvo fue la misma: “No tengo fuerzas”.*

*[¿Será que es así?, imagino que se preguntó PN5c] [...], ¿y viene la enfermera PN1c?”, [continuó preguntando PN5c]. [PN1c es la enfermera especialista en rehabilitación]. “Sí [le contestó]”. Pero, [la mujer] parecía querer evadir el tema. “Lo que quiero es que me quiten esto de aquí [decía, refiriéndose a las lesiones de la zona del pañal], el andador no me interesa [afirmo de forma contundente]”.*

*“¿Y la pomada?, ¿la compró?, [cambió, entonces, PN5c]”. “No, [contestó la mujer]. Mi hermana ha ido a la farmacia y dice que no la tienen. Pero, además, creo que le dijo el hombre que no había en*

*ninguna". La conversación sobre la pomada pareció interesarle más. La que le había escrito PN4c en el papel, y la que le iba a traer PN5c en la próxima visita [otra distinta].*

*Presión, humedad, [...] La mejoría era difícil. Pero la solución [para la mujer] parecía estar en la pomada (PO)*

Este caso parecía justificar la adopción de medidas técnicas. Sin embargo, también pude observar cómo algunos profesionales optan por las medidas técnicas sin haber intentado previamente medidas sencillas.

*PN6c (visita)*

*Pude observarlo cuando acompañaba a PN6c a visitar a una mujer de 89 años que tenía unas heridas vasculares en la pierna izquierda. Estaba en un centro de día, y allí fuimos a hacerle la cura. Era algo sin importancia. Pero sólo tenía una hija [que viajaba todo el día] y no podía llevarla al centro de salud.*

*Al ver las heridas, PN6c le sugirió que comprara unas medias compresivas. Rápidamente optó por la medida más técnica. No preguntó qué actividad hacía, ni sugirió [para empezar] medidas más cotidianas [como mantener piernas en alto, hacer algún tipo de ejercicio, etc.]. Confiaba mucho en las medias compresivas [me decía]. Incluso me contó lo que habían ayudado a otra mujer mayor [con alrededor de 90 años] que había atendido anteriormente. [...] Y volvió a repetirlo con PN4c [en una conversación posterior en el centro de salud].*

*Pero, yo me quede con las ganas de saber más cosas de P11. Qué podía hacer y que no [además de ponerse las medias, no cuestiono la indicación] (PO)*

### ***Si sobrepasa nuestra competencia, derivar***

Se trata de una de las acciones más frecuentes. Las enfermeras intentan aprovechar los recursos personales del paciente, así como los existentes en el entorno del mismo. En caso de no ser suficientes, recurren a las ayudas técnicas. Sin embargo, reconocen que la complejidad de algunas situaciones demanda una intervención que se escape de su campo de decisión e iniciativa. En estas ocasiones, la actuación consiste en derivar al paciente al médico o profesional especializado.

*Eu acho que nós não podemos responder a tudo, nós somos um campo de acção da enfermagem, como por exemplo, se por trás estão problemas psicológicos em que mesmo com os conhecimentos que nós temos de Psicologia, necessita de uma intervenção mais especializada, nós aí temos que fazer o tal papel de gerir e encaminhar a situação do doente para o profissional mais capaz. Por exemplo, uma situação social e é necessário intervir com pedidos de subsídios ou com alterações até do local de residência, muitas vezes a pessoa mais adequada é a assistente social, que sabe perfeitamente quais são os recursos que existem na comunidade. [...] Há sempre limites à nossa acção e o nosso expert também surge quando nós sabemosno momento certo encaminhar para um profissional mais adequado (PN2c)*

*Explorar o máximo os conhecimentos que tenha, adequá-los à situação, tentar resolver dentro das minhas possibilidades, tentar resolver, mas tento sempre estabelecer limites. Quando não somos nós a resolver, tento que não sejamos nós a resolver, porque podemos criar uma falsa resolução (PN3c)*

La síntesis del análisis de contenido realizado aparece en la siguiente tabla (tabla 2.9).

**Tabla 2.9. La práctica comunitaria en visita domiciliaria. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos**

temas	descriptores	ejemplos
<b>Visita domiciliaria</b>	<p>Apertura natural al contexto</p> <p>Ver lo que otros no quieren ver</p> <p>La intolerancia de unos, la abnegación de otros</p> <p>Hacerse el ciego, no hablar de ello</p> <p>Adaptarse a la complejidad: recursos del entorno, ayudas técnicas y derivar</p>	<p><i>Nós muitas vezes nos domicílios começamos devido a alguma necessidade de algum penso, algum injectável, ou uma vacina [...] Mas o que acontece muitas das vezes, é que quando nós chegamos ao domicílio, à casa das pessoas, e vemos o ambiente em que elas estão, vemos que há necessidade de outras coisas serem trabalhadas (PN8c)</i></p> <p><i>Hay casos que realmente te agobian, casos de necrosis que estás viendo que aquello progresa de forma rápida y que tú piensas que tienen que ir al especialista y que éste solucione porque se sale de tus competencias y no puedes hacer nada, y ves que no hay respuestas por parte de la asistencia especializada (SN7c)</i></p> <p><i>Nos fuimos sin más. Realmente fue de las veces que peor me sentí. ¿Yo tampoco iba a hacer nada? Hay que mirar para otro lado [¿no?]. [Eso fue lo que sentí (PO)</i></p> <p><i>Recuerdo durante las observaciones las frecuentes miradas al entorno de los pacientes para identificar posibles recursos para el cuidado [una tabla para hacer un escalón, una pila de CDs sobre los que apoyar el pie, etc.] (PO)</i></p> <p><i>Explorar o máximo os conhecimentos que tenha, adequá-los à situação, tentar resolver dentro das minhas possibilidades, tentar resolver, mas tento sempre estabelecer limites. Quando não somos nós a resolver, tento que não sejamos nós a resolver, porque podemos criar uma falsa resolução (PN3c)</i></p>

### 2.3.5. La práctica enfermera en un hospital de National Health System (NHS) británico

#### Síntesis del apartado

#### 2.3.5.1. Una fragmentación incluso mayor, pero regulada

*Las técnicas no son realizadas por las enfermeras*

*La especialización profesional no produce sensación de fragmentación*

*La figura de enfermera coordinadora como elemento integrador*

#### 2.3.5.2. Una fuerte presencia de la acción instrumental, pero empujada (vs. percepción opresiva)

*La medicación como elemento central del trabajo*

*El papeleo es incluso mayor*

### 2.3.5.1. Una fragmentación incluso mayor, pero regulada

#### 1. Las técnicas no son realizadas por las enfermeras

En el entorno británico, muchas enfermeras no realizan técnicas del tipo venopunción, sondajes, curas, etc.

*Aquí los estudiantes de enfermería mientras están estudiando pasan muchas más horas de prácticas pero sin embargo no tienen autorización para tocar al paciente. No pueden practicar ninguna técnica, pueden observar todas las que quieran y todas las veces que quieran pero no pueden hacer ni una glucemia capilar, no tienen autorización. Entonces, cuando terminan [muchas enfermeras] no hacen ninguna técnica. [...] De hecho, pueden pasar toda su vida laboral y, si quieren, pueden no realizar ninguna técnica, porque cada hospital tiene personal específico de cada técnica [...] [Aunque] Si quieres, puedes solicitar entrar en el curso donde te enseñan, donde te dan una parte teórica, otra práctica y luego te dan como un librito que tienes que rellenar, porque aquí todo funciona con libritos [risas]. [...] cuando completas tu librito de preguntas sobre la técnica en concreto y te hayan supervisado unas diez veces, se lo entregas a tu manager y consigues el certificado [...] Lo tienen tan asumido que lo ven incluso extraño el que una enfermera se quiera meter en hacer tantas cosas (EN1)*

#### 2. La especialización profesional no produce sensación de fragmentación

La existencia de profesionales especializados podría dar lugar a una atención fragmentada. Sin embargo, la informante no reconoce descoordinación ni cree que se traslade esta sensación al paciente.

*Normalmente no. Debo decirte que se coordinan muy bien porque son muy serios con la burocracia administrativa. Si esos trámites los has hecho durante el ingreso y has derivado la información*

*a todos los departamentos que tienes que derivarlos no suele haber problemas (EN1)*

### **3. La figura de enfermera coordinadora como elemento integrador**

Otra característica importante que descarga a las enfermeras británicas respecto a las españolas es la existencia de una figura administrativa (como ocurría en el entorno portugués).

*Durante las mañanas hay designada una enfermera como coordinadora en todas las plantas. [...] Ella teóricamente tiene que tener la información de todos los pacientes de la planta y va a intentar quitarte parte de ese trabajo de oficina. [...] Si durante la mañana tienes que hacer alguna llamada intentas que lo haga la coordinadora. [...] La coordinadora no tiene pacientes a cargo clínicamente por lo que se puede llevar todo el tiempo que quiera al teléfono. [...] Cuando está coordinando no está dando cuidados directos, por lo tanto a lo largo de la mañana se dedica a lidiar con teléfono, fax o encargarse de si tiene que ir a valorar a un paciente de fuera. [Por ejemplo] A lo largo de la mañana me puede llamar para indicarme que ya ha hablado con la residencia de ancianos de uno de mis pacientes y que cuando el médico lo autorice, su residencia de ancianos está dispuesta a volverlo a admitir, o por el contrario que la residencia de ancianos nos dice que su estado ha cambiado mucho y ya no va a cubrir sus necesidades y hay que buscarle otro sitio. En otro caso te puede decir que te apuntes que otro de tus pacientes tal día va a hacerse una endoscopia por lo que desde tal hora tiene que estar sin comer (EN1)*

Esa figura suele ser la manager o supervisora de la unidad.

*La supervisora, que es lo que aquí se llama manager, suele coordinar y suele ser ella la que está de coordinadora, pero hay días que por su cuadrante tienen otras reuniones. Esos días que no puede*

*acudir, la más senior, la que lleve más años trabajando en la planta, es la que coordina (EN1)*

Esta labor la realiza, fundamentalmente, durante el turno de mañana.

*Normalmente se intenta que lo máximo posible quede arreglado por la mañana que es cuando está la coordinadora. [...] Además las oficinas y despachos de otros departamentos cierran a las 17:00, como farmacia, o por ejemplo, si tienes que derivar a tu paciente a cardiología porque el de medicina interna quiere que lo vea el cardiólogo, todas esas cosas se hacen por la mañana o hay que esperar al día siguiente [...] pero si estás en la tarde te toca a ti hacerlo como enfermera de ese paciente.[...] [pero] sí que es verdad, que como en España, pierdes mucho tiempo con el teléfono (EN1)*

### **2.3.5.2. Una fuerte presencia de la acción instrumental, pero empequeñecida (vs. percepción opresiva)**

#### **1. La medicación como elemento central del trabajo**

Las dinámicas generales de las enfermeras británicas no distan en esencia de las realizadas por las enfermeras de los entornos observados anteriormente. El elemento vertebrador de la práctica es la administración de medicación y la vigilancia de signos vitales, junto con los cuidados físicos (alimentación e higiene, fundamentalmente).

*Pues lo primero, como en España, damos la medicación. Aquí toda la medicación la damos nosotras, las auxiliares de enfermería no dan nada. No sé cómo se sigue haciendo, pero al menos la última vez que estuve en [nombre de ciudad española] las auxiliares daban las pastillas. Aquí lo damos todo las enfermeras. Entonces vamos como con una especie de trolley pasando por delante de las camas y, por más rápido que quieras ir, tardas una hora o algo más [en mi planta tengo normalmente nueve o diez pacientes asignados] [...]*

*[...] Les tengo que preguntar si quieren los analgésicos o no y tienes que ver cómo se toman la medicación, no te puedes ir y dejarle las medicinas como mucha veces pasa allí [en España], que llegas luego por la tarde y todavía tiene el abuelo allí la medicina de por la mañana. Entonces, si son personas independientes y jóvenes no tienes más inconveniente porque se lo das y se lo toman, pero si son abuelitos, necesitan que les ayudes [...]*

*[...] También es porque te van parando, como te están viendo los demás pues a lo mejor tienes que cerrar el carrito y llevar a alguien al baño. [...]*

*[...] [Mientras] yo estoy dando la medicación, esa primera hora que te he dicho que tardo, la auxiliar ayuda a los que se pueden bañar solos [...] o hace camas y cuando la enfermera termina hacemos los dobles enfermera-auxiliar. [Mi planta son veinte pacientes y normalmente somos dos enfermeras y dos auxiliares, entonces la auxiliar es imposible que haga todos los baños] [...]*

*[...] Entonces terminas de dar la medicación y empiezas a ayudar a las auxiliares con los baños, normalmente hasta casi las 11:00 se está con los baños de los encamados [...]*

*[...] Después, a las 11:30 ya están trayendo el almuerzo, entonces prácticamente terminas de hacer los baños y ya están las bandejas de los almuerzos. Pero tienes que hacer las glucemias, por lo que terminas de hacerlas y empiezas a ayudar con las bandejas. Si hay gente que necesita ayuda para comer y lo pueden hacer las auxiliares lo hacen ellas solas, pero si no hay suficientes auxiliares tienes que ayudar a que coman los pacientes que no pueden hacerlo solos [...]*

*[...] A las 12:30 se dan aquí las pastillas de la comida por lo que acabas de ayudar a terminar de comer a alguien y das la medicación de las 12:00. En este reparto tardas algo menos que en el de la mañana porque la mayoría de la gente tiene más pastillas por la mañana que en el almuerzo por lo que sueles invertir un tiempo de entre media hora o tres cuartos [...]*



*[...] Sin embargo, suele haber más intravenosos. Y aquí los intravenosos tienen muchas políticas previas, porque antes de ponerlos le tienes que enseñar a otra enfermera la prescripción y lo que has cargado. O sea, la ampolla de lo que hayas mezclado con lo que lo has mezclado y la prescripción. [...] tienes que ir a buscar a tu compañera, se lo enseñas y tenéis que firmar las dos. En teoría tendría que acompañarte y las dos tendrían que comprobar que es el paciente adecuado, esta parte ya no se hace. Supuestamente es para evitar errores en la medicación. Entonces se pierde mucho tiempo en una cosa que España cargamos todo junto, lo tenemos todo preparado y haces la anotación en el botecito. Aquí solo podemos cargar de una en una, ir a buscar a una compañera, comprobarlo y ponerlo (EN1)*

No obstante, en ningún momento la enfermera describió dicha dinámica como una dinámica opresiva que le impidiera hacer un trabajo más satisfactorio (como había ocurrido en los anteriores entornos).

## **2. El papeleo es incluso mayor**

En cuanto al papeleo es, según la informante, incluso mayor. Hay que escribir mucho, pero a diferencia de las enfermeras españolas, escriben mucho sobre la labor que ellas realizan.

*A las 13:00, estando de mañanas te quedan dos horas de trabajo y [ya] entran las de la tarde, nos pisamos dos horas para que mientras estás dando el cambio la otra mitad cubra la planta, para que siempre esté cubierta la planta mientras se da un cambio [...]*

*[...] Una vez que das el cambio también tienes que escribir, porque aquí también se escribe mucho y en eso inviertes una hora larga, depende de cuantos planes de cuidado tengan tus pacientes, pero como sean pacientes que tengan riesgos nutricionales, de úlcera, de caída o heridas tienes que hacer como siete planes de cuidado distintos que expliquen todo [...].*

*[...] Aunque de eso también nos quejemos en España, allí no se llega a escribir ni una cuarta parte de lo que se escribe aquí (EN1)*

Además, se repiten los criterios universalizadores observados en los escenarios anteriores.

*En cada ingreso se hace una valoración de las necesidades básicas de cada paciente mediante un formulario estándar que tiene el hospital [...]*

*[...] La política del hospital es que antes de 24 horas estén hechas todas las valoraciones que haya que hacerle al paciente. A cada paciente hay que hacerle tres valoraciones:*

- 1. Una valoración de riesgos de caídas porque están muy obsesionados con evitar las caídas en el ambiente hospitalario.*
- 2. Una valoración del riesgos de úlceras por presión.*
- 3. Una valoración del estado nutricional.*

*[...] Eso es obligatorio, aunque sea un paciente joven y sea evidente que no tienes riesgo de nada. Todo eso lo tenemos que hacer antes de 24 horas. Entonces es muchísimo trabajo de “papeleo” (EN1)*

Sin embargo, las enfermeras británicas califican el papeleo como útil [de modo general].

*Como todo, se puede mejorar. Pero la verdad es que si se hacen bien [los planes de cuidados] sí que son útiles, porque detectan muchas cosas y ayuda mucho a la enfermera que no conoce a los pacientes porque ha estado de descanso o porque no es de la planta. Ayuda mucho a saber qué hacer. La verdad es que en España muchas veces llegas al trabajo y haces la cura cuando, como y los días que te parece. Aquí la enfermera que hizo la admisión programó el plan de cuidados y cada cuántos días se revisa, se intenta que siempre sea una enfermera permanente en la planta la que lo revisa. Entonces sí que es bastante*

*útil, te ayuda en el enfoque de lo que hay que hacer mañana y a programarte el día (EN1)*

### 2.3.6. La práctica enfermera en el discurso escrito (registro)

#### 2.3.6.1. La visibilidad de la experiencia vital en la práctica hospitalaria

*El registro informático en el hospital portugués*

*El registro informático en el hospital español*

*El registro narrativo en ambos entornos*

#### 2.3.6.2. Una nueva síntesis del registro hospitalario

#### 2.3.6.3. La visibilidad de la experiencia vital en la práctica comunitaria

*La información personal es algo privado que no pertenece a la historia*

*Además, los registros enfermeros expulsan el mundo de la vida (de las UCC)*

*Las opciones de registro no son muchas*

*En cualquier caso, ¿para qué?, ¿quién lo lee? Parece que los médicos no*

#### 2.3.6.4. Los registros en el domicilio del paciente no recogen el contexto más que en consulta

### 2.3.6.1. La visibilidad de la experiencia vital en la práctica hospitalaria

#### 1. El registro informático en el hospital portugués

Como habíamos apuntado anteriormente, el hospital portugués dispone de sistemas informáticos de apoyo a la información clínica. A través de un software llamado SAM (Sistema de Apoyo al Médico), los médicos realizan la prescripción de tratamientos y la solicitud de pruebas diagnósticas o de consultas a otros especialistas; y a través de un software llamado SAPE (Sistema de Apoyo a la Práctica de Enfermería), las enfermeras realizan la valoración inicial, identifican fenómenos enfermeros y planifican intervenciones.

Además, ambos programas están conectados uno al otro, de modo que, la enfermera, a través de SAPE, puede visualizar e imprimir todas las prescripciones de medicación y “*otras actitudes terapéuticas*”, exámenes y análisis, dietas y, en general, todas las anotaciones médicas realizadas en

SAM; y el médico puede consultar si los tratamientos han sido aplicados o visualizar fenómenos e intervenciones enfermeras (y en general, cualquier contenido de SAPE). Es decir, a través de SAM y SAPE, los profesionales del hospital portugués sistematizan realizan, de forma coordinada, el trabajo médico y enfermero.

Respecto a los fenómenos e intervenciones enfermeras, SAPE cuenta con unos contenidos uniformes en todo el territorio nacional. Esta uniformidad es conseguida gracias a la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), una clasificación publicada por la “Orden dos Enfermeiros”, y que actualmente tiene editada la versión 2 (publicada en febrero de 2011).

A pesar de que la uniformidad lingüística no parece un elemento favorecedor de la acción comunicativa, repasando CIPE, encontramos numerosos “focos” emocionales. [*Recuerdo haber pensado mientras los leía que el registro de acciones propias podría permitir a las enfermeras una introducción, aunque fuera tímida, en el campo de la acción comunicativa (PO)*].

Sin embargo, el paso de CIPE a SAPE dejaba atrás mucho de este contenido. Al revisar la valoración inicial pude comprobar cómo la estructura era eminentemente biológica. Después de preguntar durante mi observación, sólo distinguí un campo donde introducir datos sociales, “Acciones interdependientes” y, paradójicamente no encontré dónde recoger las emociones [*¿quizás en sensaciones?,...*]. A pesar de todo, fue toda una (agradable) sorpresa observar cómo la información era introducida en campos abiertos, donde la enfermera podía relatar sensaciones, vivencias, relaciones,... *Después de observar varias valoraciones, reconozco que no es un mal acercamiento a la vida cotidiana del paciente [pensaba en mi diario] (PO)*.

Sin embargo, salvada la valoración inicial, SAPE está constituido, fundamentalmente, por ítems cerrados; y hay que entenderlo, pues, para ligar, por ejemplo, fenómenos e intervenciones o explotar la información introducida (dos funcionalidades que percibí importantes en la dinámica/

lógica de SAPE), necesitamos preguntas cerradas, ligadas mediante conexiones internas. Por tanto SAPE funciona (mayoritariamente) bajo una racionalidad instrumental.

## 2. El registro informático en el hospital español

En el hospital español también existe un registro informático. No obstante, este registro tiene un carácter especialmente burocrático, por lo que haremos referencia a él más tarde, cuando hablemos de la colonización ejercida por el sistema burocrático y más concretamente por los sistemas de control burocrático.

## 3. El registro narrativo en ambos entornos

Respecto a los campos abiertos (de la aplicación informática del hospital portugués) y la hoja de evolución de enfermería (en papel) del hospital español, las referencias a situaciones experienciales del paciente o familia son escasas y exiguas, del tipo: *“pasa la tarde sentada y sola” (SO)*.

Pero aún más escasas son las anotaciones sobre sobre decisiones tomadas con el paciente o la familia. Además, cuando existen, parecen responder a una práctica defensiva más que a un hábito de registro de la perspectiva del paciente.

*“Hay discrepancia entre la madre y los hijos sobre el uso de la BiPAP [...] La familia y el médico hablan y acuerdan dejar la BiPAP [...] La familia manifiesta su disconformidad con la decisión potencial de traslado a UCI para intubación” (SO)*

*“Aviso al neumólogo [...] por desesperación de la familia” (SO)*

En definitiva, los registros narrativos no dejan ver indicios de acción (racionalidad) comunicativa. No obstante, tampoco son ejemplo de racionalidad instrumental, pues es difícil encontrar registros que contengan la acción, la causa que justifica la acción y el efecto de la acción (propios de

este tipo de lógica). En general son una relación/ listado de acciones que no sugieren de ningún proceso reflexivo.

*No dejan de ser meros apuntes rápidos sobre la evolución del paciente o las consultas realizadas al médico [recogía en mi diario] (SO)*

Por tanto, los registros van a estar constituidos fundamentalmente por numerosas referencias a la medicación administrada y las pruebas realizadas. Como ejemplo de esto remitimos, de nuevo, al Anexo 5 (Plan de cuidados entre 08/07/2011 15:00 a 09/07/2011 14:00, centro hospitalaria portugués).

### 2.3.6.2. Una nueva síntesis del registro hospitalario

Los resultados del análisis cuantitativo de la encuesta realizada entre la población revela la siguiente priorización de las acciones propuestas (tabla 2.10).

Tabla 2.10. Acciones priorizadas por las enfermeras en el registro

<i>Acción</i>	<i>Registro</i>
1. Administrar el tratamiento prescrito.	4,61
2. No olvidar ninguna prescripción médica.	4,61
3. Controlar signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).	4,58
4. Saber todo lo que hay que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos), y comprobar si se ha hecho.	4,46
5. Tramitar todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la institución)	4,44
6. Conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter,...).	4,36
7. Cuando un paciente se encuentra nervioso, inquieto, afligido o desesperanzado, administrar algún medicamento o avisar al médico para solucionarle el problema.	4,36
8. Estar atento a la preparación que requiere cada prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).	4,35
9. Contribuir en lo necesario para que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).	4,28

10. Estar atento a los aspectos emocionales de cada paciente.	4,23
11. Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).	4,22
12. Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares).	4,19
13. Convencer al paciente para que siga el tratamiento prescrito.	4,15
14. Saber cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.	4,14
15. En caso de que la enfermedad cambie mucho su vida, ayudar al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria.	4,13
16. En ciertas ocasiones (una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.), pasar tiempo con el paciente.	3,98
17. Cumplir con los objetivos de la Unidad/ Servicio.	3,96
18. Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita).	3,96

Las acciones comunicativas quedan en la segunda mitad de la tabla en todos los casos. La primera mitad de la tabla está copada por acciones relacionadas con la administración de medicamentos y solicitud de pruebas diagnósticas, la vigilancia de signos vitales y de la capacidad para las actividades de la vida diaria.

Resulta, cuando menos, curioso que la actividad priorizada en último lugar sea “Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita)”.

Pero además, la comparación de medias para datos apareados revela diferencias en las medias obtenidas por el grupo de acciones comunicativas en las diferentes esferas / ámbitos estudiados ( $p = 0,003$  para el comparación pensamiento-acción, y  $p = 0,000$  para la comparación acción-registro) (Anexo 9).

Una primera interpretación de estos datos refleja, en primer lugar, dificultades para su puesta en práctica, pues se detectan diferencias significativas entre las puntuaciones otorgadas por las enfermeras cuando refieren éstas a su forma de ver la enfermería y a su práctica real; y en segundo lugar, un registro menor de las acciones comunicativas, lo que contribuye a la invisibilidad de unas acciones que ya tienen dificultades para aparecer en la práctica.

### 2.3.6.3. La visibilidad de la experiencia vital en la práctica comunitaria

#### 1. La información personal es algo privado que no pertenece a la historia

Uno de los aspectos que más llama la atención en este ámbito es que, a pesar de que el experimento vital es un elemento cotidiano en la práctica comunitaria, las enfermeras lo consideran como algo privado, al margen de la atención clínica.

*Alguna vez registramos alguna información que nos dan ellos y otras veces no. Depende del tipo de información que sea, porque muchas veces te cuentan cosas personales y te dicen que esa es la razón de tener el azúcar alto. Yo eso no lo registro, yo registro asuntos que no son tan personales. [...] de los temas personales registro una mínima parte, lo indispensable y con mucha cautela (SN7c)*

*[Yo] me dejo una nota para preguntarle en la siguiente consulta si ha solucionado ese problema que tenía con su hija o ese problema económico [...] pero no apunto en la historia que he mantenido esa conversación y que ese paciente tiene tal problema (SN4c)*

A pesar de ello, encontramos algunas enfermeras que refieren incluirlo en su registro.

*[...] yo procuro dejarlo reflejado [...] A mí por ejemplo todo el tema de plan de cuidados que tenemos metido en DIRAYA muchísimas veces se me queda corto, será que llevo trabajando en primaria desde 1986, vamos que inventé lo que se hace aquí [risas]. [...] Por eso yo me escribo mi propia historia y bien. [...] Pero sí que le hago un seguimiento y queda reflejado (SN3c)*

Sin embargo, resulta cuando menos curioso hacer referencia a estos apuntes como escribir su “propia historia”.



## 2. Las opciones de registro no son muchas

Según las enfermeras participantes, el listado de acciones que contienen los diferentes sistemas informáticos (sobre todo el español) parece no tener elementos adecuados para el reflejo de los cuidados emocionales o sociales.

*Investigador ¿Lo anotáis?*

*[Varias respuestas en las entrevistas]:*

*SN6c El problema es cómo lo reflejas. Efectivamente, lo único que puedes poner es apoyo psicológico.*

*Yo [SN10c] muchas veces pongo apoyo psicológico por ese motivo*

*[SN1c] Muchas veces les registramos la historia clínica como terapia de escucha (SO).*

## 3. En cualquier caso, ¿para qué?, ¿quién lo lee? Parece que los médicos no

Otro asunto interesante que beneficia la existencia de un buen registro es la sensación de utilidad del mismo para la mejora clínica del paciente.

En el caso español, el registro no pasa de ser unas notas que la enfermera toma para sí misma. Las enfermeras refieren que esta información es ignorada por el resto del equipo.

*En 2012 como estamos, después del trabajo que llevamos hecho a mí se me cayeron los palos del sombrero cuando derivé un paciente a un médico que no era habitualmente mi compañero y me llamó por teléfono para preguntarme que dónde había apuntado no sé qué cosa. Le dije que en la historia y me preguntó que dónde estaba la historia de enfermería. Le dije que en la hoja que yo había abierto ese día y me preguntaba que esa hoja dónde estaba y le dije que bajase el ratón y que después de las suyas estaban las mías y que las buscase. Me dio una pena [...] (SN3c)*

#### 2.3.6.4. Los registros en el domicilio del paciente no recogen el contexto más que en la consulta

El registro de la atención realizada en el domicilio del paciente no es mayor que el registro realizado en consultas. Es más, al ser el espectro de acciones mucho mayor que el realizado en consultas, la diferencia entre el registro y las acciones realizadas es aún mayor.

El registro de la actividad en los domicilios termina por reducirse a la acción que formalmente motivo el servicio.

*Devemos fazer o registo às vezes melhor daquilo que encontramos, um registo mais social, [...] e eu confesso que muitas vezes não registo isso. Podemos registar tudo aqui no contrato, parte social, parte da higiene, nós falamos muita coisa quando lá vamos, falamos da alimentação, do vestir, mas quando chegamos o nosso registo limita-se ao penso (PN5c)*

La síntesis del análisis de contenido realizado aparece en la siguiente tabla (tabla 2.11).

Tabla 2.11. La práctica enfermera en el registro. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos

temas	descriptores	ejemplos
El registro enfermero	Aplicaciones informáticas	<i>Las características de las aplicaciones de registro, SAPE y DIRAYA, parecen muy semejantes entre sí [...] Parten de una batería de fenómenos de interés [diagnósticos e intervenciones] [...] la planificación y registro de la enfermera consiste en seleccionar una o varias opciones [en lugar de redactar] (PO)</i>
	Opciones de respuesta cerrada	
	Orientación a resultados	
	Subrepresentación del componente psicosocial	<i>Na realidade o nosso sistema é fechado porque é quase um sistema de sinal do que fez e não fez as intervenções (PN2c)</i>
	No muestra ejercicio reflexivo	<i>O objetivo deste registo é assim, estes registos são de auditoria [...] (PN3c)</i> <i>[...] las referencias a situaciones experienciales [del paciente o familia] son escasas y exiguas, del tipo: “pasa la tarde sentada y sola” (SO)</i>

		<i>[...] No dejan de ser meros apuntes rápidos sobre la evolución del paciente o las consultas realizadas al médico [recogía en mi diario] (SO)</i>
<b>El registro en comunitaria</b>	<p>Lo personal es privado</p> <p>Falta de opciones para el componente psicosocial</p> <p>Falta generalizada del contexto</p> <p>Ignorado por el resto del equipo</p>	<p><i>Yo eso no lo registro, yo registro asuntos que no son tan personales. [...] de los temas personales registro una mínima parte, lo indispensable y con mucha cautela (SN7c)</i></p> <p><i>El problema es cómo lo reflejas. Efectivamente, lo único que puedes poner es apoyo psicológico. Yo muchas veces pongo apoyo psicológico por ese motivo (SN10c)</i></p> <p><i>Devemos fazer o registo às vezes melhor daquilo que encontramos, um registo mais social, [...]mas quando chegamos [dos domicilios] o nosso registo limita-se ao peso (PN5c)</i></p> <p><i>[...] se me cayeron los palos del sombrero cuando derivé un paciente a un médico que no era habitualmente mi compañero y me llamó por teléfono para preguntarme que dónde había apuntado no sé qué cosa. Le dije que en la historia y me preguntó que dónde estaba la historia de enfermería. [...] Me dio una pena [...] (SN3c)</i></p>

### 2.3.7. La colonización del mundo de la vida

<b>Síntesis del apartado</b>
<p><b>2.3.7.1. Elementos que limitan el diálogo con el paciente en el hospital</b></p> <p><i>La elevada frecuencia de trabajo prescrito</i></p> <p><i>Unas relaciones enfermera-médico no-del-todo-fluidas</i></p> <p><i>La rigidez institucional</i></p>
<p><b>2.3.7.2. Motivos comunes en el ámbito hospitalario y comunitario</b></p> <p><i>La sobrecarga y la falta de tiempo</i></p> <p><i>La excesiva burocratización de nuestros sistemas</i></p> <p><i>El pago por logros clínicos</i></p> <p><i>La “cientifización” de la atención</i></p>
<p><b>2.3.7.3. En cualquier caso, la influencia de las microculturas profesionales</b></p>

### 2.3.7.1. Elementos que limitan el dialogo con el paciente en el hospital

#### 1. La elevada frecuencia del trabajo prescrito

Una de las principales limitaciones a la acción comunicativa en el ámbito hospitalario es la naturaleza del trabajo que realizan las enfermeras. Como decíamos anteriormente, las prescripciones médicas suponen un volumen importante del trabajo diario de la enfermera y, no debemos olvidar que, las enfermeras no tienen facultad para decidir y acordar la acción con el paciente en este campo de acción.

Si tenemos esto en cuenta, gran parte del trabajo de la enfermera se reduce a lo que Habermas llamaría acción instrumental (sin contar con la capacidad de acción del paciente) o, en todo caso, acción estratégica (si intentamos convencer al paciente de la prescripción), pero nunca podríamos catalogarlo de acción comunicativa, pues la enfermera no tiene la capacidad para llegar a acuerdos distintos a la prescripción.

Se trata de una cortapisa reconocida por las enfermeras de nuestro estudio. No obstante, la enfermera se enfrenta/ “lida diariamente” con los límites derivados de la prescripción.

Vi numerosos ejemplos en los que la enfermera participaba en la decisión del tratamiento.

*Como cuando el médico SP1 no sabía qué hacer con la dosis de morfina de Andrés, pues parecía haber mejorado, y dudaba si bajársela o no [pensaba en alto]. “Déjasela [le dijeron SN5 y SN6] [...] está más tranquilo y no se observaban complicaciones de estreñimiento”. [La intervención no fue percibida con recelo, al contrario creo que fue bien acogida por SP1, pues finalmente mantuvo la dosis de morfina] (SO)*

El episodio se volvió a repetir días después. Pero, esta vez, con SP2 (el médico de cuidados paliativos). SN5 comentaba con SN10 que había tenido que intervenir nuevamente.

*Le iba a reducir la medicación (sedación) a Andrés y le he dicho que no, que está muy despierto. [...] Al final hemos hecho un trato, le quita el largactil<sup>R</sup> y le sube el midazolam<sup>R</sup> [...] Es que ellos no ven lo mal que lo pasa Andrés cuando tenemos que movilizarlo para hacerle la higiene [...] cuando llegas a la boca para hacerle la higiene oral ya está que no puede (SO)*

También he observado que hay ocasiones en las que la enfermera toma decisiones relativas a la medicación de forma autónoma (valorando signos y síntomas).

*Un ejemplo de ello fue la mañana en la que vi cómo SN1 decidía [sin avisar al médico] no dar el losartán<sup>R</sup> a P1 [un paciente neurológico] después de comprobar que estaba hipotenso y cómo, horas después, el neurólogo respondía a SN1, sin ningún gesto extraño, “estupendo” [y continuaba con la revisión de la historia del paciente] (SO)*

No obstante, que la enfermera participe en la decisión no supone implicar al paciente en la misma. Dicho requisito nunca fue parte de mi observación. Los cambios en la prescripción nunca fueron algo acordado con el paciente.

## **2. Unas relaciones enfermera-médico no-del-todo-fluidas**

Respecto al poder ejercido por los médicos, no es público. Las relaciones observadas entre médicos y enfermeras fueron “en apariencia correctas”. Las enfermeras también lo refieren en las entrevistas.

*Nós normalmente aqui, relação enfermeiro-médico é muito boa. Se nós dizemos: ele ontem não estava assim, ele hoje está assim, passa-se alguma coisa, eles ouvem-nos, eles atendem aos nossos pedidos; [o quando dizemos] doutor, ele está com dores, ele tem esta medicação analgésica, não quer pôr antes outra? Porque esta aqui não*

*é suficiente, [além] eles atendem aos nossos pedidos, geralmente (PN5)*

*Depende, há médicos que mostram alguma distância, há outros que não, há enfermeiros que mostram alguma arrogância e há outros que não, depende de caso para caso, mas eu actualmente tenho boa relação com o médico (PN3)*

*Também depende muito da dinâmica do serviço. Aqui em particular, eu acho que a maior parte dos médicos é-nos muito próxima e por isso existe essa relação aberta de comunicação (PN4)*

No obstante, el “depende” parece esconder un “depende del médico” (no de la enfermera). Una enfermera española lo dejaba ver en su entrevista refiriéndose al cuidado que hay que tener cuando no conoces al médico.

*Las guardias de interna, tú no sabes quién tienes al otro lado del teléfono. Entonces si tú conoces a Periquita o Sotanita: “oye mira, ¿qué pasa? y tal y cual...”, pues muy bien, estupendo. Pero sin embargo, si tienes a alguien que no conoces y no sabes por dónde te puede salir, no te queda más remedio que decirlo con una sutileza estupenda y cuidar mucho los modos y las formas (SN4)*

Por tanto, parece que las enfermeras no quieren desvelar abiertamente la permanencia de una ideología de subordinación. Aunque, en otros casos, se hace patente, abiertamente, en las formas de relación.

*Depende del servicio por donde pases. Yo llevo aquí cuatro años y a mí no deja de impactarme el hecho de que aquí hablen de Don SP3, Don no sé qué, Don no sé cuánto. Y de hecho un día dije: “¿qué coño Don SP3!, Pepe... o Paco” y me dice una auxiliar, hombre pero tú cómo le llamas Paco a SP4. Hombre, no me llamo yo SN4, pues él es Paco, qué pasa, que no es compañero de trabajo... ¿por qué hay que tratarlo de Don? (SN4)*

En cualquier caso, el ejercicio de poder (por parte del médico especialista) es manifiesto y traspasa, incluso, a la atención comunitaria, cuyas enfermeras lo representan con la expresión de “volantazo médico”.

*Muchas veces tienes que lidiar con el paciente porque ellos ponen por delante lo que les dijo el especialista. A veces, para imponer tu criterio sí te cuesta. En las altas hospitalarias o en las curas de fin de semana o de las guardias, sí te cuesta (SN4c)*

*Hay una cosa fundamental que creo que a estas alturas tendría que estar resuelto y no lo está que es que el criterio de atención domiciliaria tendría que ser del profesional que lo hace. [...] muchos médicos especialistas del hospital te indican que tienes que retirar los puntos en el domicilio a los siete días. Vamos a ver, soy yo la que valoro y la que conozco a ese paciente para ver si hay que ir al domicilio o no. Eso es fundamental y tiene que ser según nuestro criterio. [...] Además muchos pacientes siguen utilizando el “¿ah no?, ¡Pues se lo digo al médico porque tengo un volante!”. Tu peor enemigo es un médico con un talonario P-10 que se dedique a echar balones fuera [risas]. [...] Estamos trabajando en condiciones duras y no vemos apoyo por parte de nuestros directores [...] Hace poco estuve en un visita de un señor que lleva como tres o cuatro meses siendo curado en su casa por un principio de úlcera por presión después de un ingreso hospitalario que como mucho tenía dos milímetros de diámetro [y que] por narices, con un volante de su médico, que encima lo tiene en otra zona, se le hacía una cura diaria a domicilio. [...] El hombre me abrió la puerta y [veo que] camina sin ninguna dificultad, vive en planta baja, su hija vive en frente y tiene coche, [...] por lo tanto no tiene ningún problema para ir al centro de salud, pero “tengo un volante médico y como tengo esto usted tiene que venir”. [...] No puedes contradecir eso, porque no tienes apoyo después. Te buscas un bollo porque te pueden poner una denuncia, te ponen una reclamación o trescientas y te puedes meter en un bollo porque no tienes apoyo por parte de nadie (SN3c)*

Respecto al ejercicio público del poder (situaciones de hostilidad por parte de médicos), fue visible en el caso del hospital español en varias ocasiones.

En una de ellas, el médico reprochaba a la enfermera, en público, y con tono elevado, no tener anotada la tensión de un paciente para el momento en que él llegó a pasar visita. Fue un malicioso comentario de: *“los pacientes se priorizan” [lo primero era “tener listas” la tensiones para el momento de la visita, parecía ser] (SO)*. Sin duda, el comentario reflejaba su posición frente a ella.

En otra situación, ocurrida la misma mañana (coincidencia o no), el motivo era la tramitación de una petición\*. En este caso, el médico comentaba *[con tono airoso] “voy a cursar la petición porque si no aquí se queda” (SO)*.

[\*] En esta unidad, cuando un médico pasaba visita, y no había nada especial que comentar, dejaba los cambios de tratamiento y peticiones en la carpeta del paciente para que fuera la enfermera la que cursara el tratamiento a farmacia y las peticiones a los diferentes destinos.

En ambas situaciones percibí respuestas de autoafirmación de la enfermera (aunque con distinta suerte). Si bien la segunda situación terminó con un *“¿has visto alguna vez alguna petición ahí?, [por parte de la enfermera] (SO)*, los intentos de la primera enfermera por acercar posiciones de poder (informando al médico de su irritación y enfado por la situación) se encontraron con un *“a ver si ahora la culpa la voy a tener yo” [por parte del médico] (SO)* que dejaba aún más clara la posición en la que éste consideraba estar.

En estas condiciones, encontramos referencias a estrategias que las enfermeras diseñan para convivir con este ejercicio de poder todavía presente.



*Con la experiencia de los años, haces lo que ellos quieren y además haces lo que tú quieres y como tú quieres. [...] Yo me voy a jubilar este año pero toda mi vida desde que empecé he estado trabajando así. [...] Estuve trabajando en [servicio hospitalario] y allí había una cosa liada alrededor de la jefa del servicio importante. Sin embargo, yo hacía las cosas con la lógica, y yo le saltaba. Veías en la historia puesto que había que tomar constantes cada dos horas, y cada dos horas apuntabas las constantes. Veías toma de constantes cada ocho horas y mirabas al niño... y decías que vaya incongruencia. Pasaba un residente que se le olvidaba, o se equivocaba, y a uno que había que tomársela cada hora ponía cada ocho,... yo no la tomaba cada ocho y la tomaba cada hora. [...] Con el tema de las visitas, que no podían entrar con los niños [...] yo les daba una bata o le abría el pasillo. [...] Un niño que empezaba a comer, yo por qué le voy a dar un biberón si su madre estaba en la sala de espera chorreándole la teta. La madre decía que el de la puerta no le dejaba pasar porque le hacía falta un volante. Y yo decía, ahora mismo, cogía el volante como si fuese la [nombre de la jefa del servicio] y se lo hacía [risas]. Y algunas compañeras se alarmaban y me decían que hay que ver en la que me iba a meter y yo le contestaba que seguro que de ésta a la cárcel no iba [risas]. Porque no hay sitio, cómo me vas a meter en la cárcel a mí por este pego. Además que la jefa me lo dijese cuando viniese [...] porque yo estoy segura que cuando venga se lo digo y me alaba el gusto. Es que las cosas si tú las haces con lógica quién te las va a voltear. ¿Cómo va a estar la mujer tirando una teta y el niño comiendo una lactancia artificial? Es que es de género tonto. Bueno, y así como esas te podría contar un montón. [...] Había personas que no tenían dónde quedarse, se quedaba la gente de los pueblos toda la noche en los sillones. Decían que a las tres de la mañana no subiesen ya las madres. A mí me daba igual, yo a las tres estoy lo mismo que por la tarde, a mí qué más me da que suba la madre. [...] Así he sido toda mi vida, la persona tiene que tener claro lo que hace y para lo que está (SN2c)*

### 3. La rigidez institucional

El estudio ha identificado altas cotas de rigidez en numerosos procesos hospitalarios. Una rigidez que expulsa a la enfermera de la acción comunicativa. Esta expulsión emerge en el discurso de las enfermeras del estudio.

*Muitas vezes, há situações que é assim um bocado, temos mesmo de dizer: olhe, não é possível porque é protocolo e muitas vezes temos mesmo que dizer quanto a isso não posso fazer mais nada, isso já disse muitas vezes. É assim, claro que tento dar a volta, tento arranjar uma solução, mas de facto há situações em que não há forma de conseguir ajudar (PN2)*

*[Eu] Prefiro dizer não sei, não sei mesmo, porque são sistemas fora da nossa unidade, em que eu não estou completamente a par e prefiro dizer não sei a ir dizer à família: ai pode ou não pode (PN5)*

Sin embargo, y a pesar del malestar que llega a causarles, las enfermeras asumen (tienen que asumir) las imposiciones del sistema.

*Por ejemplo, en lo de las pruebas cruzadas, el laboratorio te admite las pruebas cruzadas hasta las ocho de la tarde, después de las ocho no puedes cursar una prueba cruzada y el paciente que se opera mañana a lo mejor ingresa a las ocho y media [¡Es que] la petición que trae a lo mejor no te sirve porque como ha ingresado después de las ocho...! (SN2)*

*[La misma enfermera hablando ahora sobre los ingresos].*

*Si se sentaran, organizarían eso de otra manera. Lo de los celadores ¿qué pasa?, los celadores de urgencias son unos, los celadores de observación son otros, los de planta son otros y luego los que ingresan los programados son otros. Con lo cual, te pueden llegar a la vez como mínimo cuatro pacientes, uno te puede venir de urgencias, otro de observación, otro de planta y otro con un ingreso programado.*

*El problema es que no puedes atender a cuatro personas a la vez, es imposible [...]*

*[...] Además cuando pones alguna solución no se te escucha, esa es otra. Un ejemplo, en observación se dijo que por favor que la media hora anterior y posterior a los cambios de turno no hubiese ingresos porque tienes que terminar lo que has hecho, tienen que contar un relevo a la persona que llega, y la persona que llega tienen que orientarse un poquito y en esos momentos tú no puedes atender a un ingreso. Los médicos no lo veían bien, posiblemente ellos tuvieran sus razones, pero su opinión contaba más que la nuestra. Pero es que aquí pasa igual, porque a lo mejor a las diez menos diez te está llegando un ingreso (SN2)*

### **2.3.7.2. Motivos comunes en el ámbito hospitalario y comunitario**

#### **1. La sobrecarga y la falta de tiempo**

Si intentamos responder de forma rápida a este problema de falta de acción comunicativa, la respuesta de la mayoría de las enfermeras de todos los niveles de atención y ámbitos geográficos es la misma: falta de tiempo.

*Sem dúvida que é muito importante, mas na prática não há tempo. Era bom que houvesse, mas não há. Obviamente que eu falo mais se notar que o doente está preocupado, pergunto-lhe o que é que o preocupa, mas não consigo se calhar estar o tempo que o doente desejaria que eu estivesse ali com ele, mas não dá muito tempo. Temos realmente muitas coisas para fazer... e agora às vezes há turnos mais calmos e poderei falar com um doente que necessite, mas é difícil [...]* Infelizmente não há tempo suficiente para dar ao luxo para parar e para estar a conversar com um doente (PN2)

*O que acontece quando nós andamos com mais trabalho cá no centro de saúde, o nosso horário de domicílios muitas das vezes é muito apertado e não podemos dar aquela resposta que queríamos, [...]* E realmente é uma das coisas que eu às vezes sinto, quando chego aos

*domicílios e não consigo fazer mais porque realmente tenho pouco tempo, tenho que ir numa hora porque na hora a seguir já tenho cá agendamentos, tenho cá consultas, muitas vezes precisávamos de mais tempo para fazer os domicílios (PN8c)*

*Es verdad que el tiempo siempre viene muy justo y aunque decimos que lo tienes aquí toda la vida y si no es en un momento, en otro lo coges y le darás esa información. [...] el tiempo siempre es una limitación a la hora de poder llevar a cabo todo lo que a ti te gustaría llevar (SN1c)*

Esta sensación de falta de tiempo llega a hacer que la comunicación sea ignorada, e incluso bloqueada por las enfermeras.

*[...] cuántas veces te pasa lo de “¡ay!, te estaba esperando” y “te estaba esperando” es trabajo, trabajo y trabajo, [...] esa es una de las razones por las que [muchas veces] no preguntas cómo estás [risas] (SN1)*

No obstante, si traspasamos este argumento para profundizar en discursos ocultos, podemos comprobar la “dominación” ejercida por la eficiencia en la sociedad contemporánea, una dominación marcada por los conceptos de mejor resultado (algo que hoy día garantiza la ciencia) al menor coste (algo que justifican los sistemas de control económico).

## **2. La excesiva burocratización de los sistemas**

Los datos del estudio revelan una práctica que ha llegado a situar el control de la acción por encima, incluso, de la misma acción.

*E neste momento o registo no computador, o registo em SAPE, tem um peso maior do que até a própria acção do enfermeiro perante o gestor, perante uma comissão de ética, perante um processo judicial e isso para nós também às vezes é angustiante (PN2c)*

De esta forma, el registro de la actividad se ha convertido en una actividad en sí misma. Además, una actividad deseada, sobre la que se enfocan recursos y esfuerzos.

En este caso, los recursos son las herramientas DIRAYA y SAPE, y los esfuerzos, la gran cantidad de tiempo que las enfermeras restan a su labor clínica para registrar en el ordenador. Las enfermeras del estudio reconocen haber dejado de hacer trabajo clínico para sentarse frente a la pantalla del ordenador.

*[...] yo como he pasado por muchos sitios, estuve 8 meses de allí para aquí [se refiere a un periodo en el que estuvo de pool] y me decía [para mí misma]: sí, aquí mucho ordenador pero el trabajo de campo no lo hace nadie [refiriéndose a otra unidad] (SN3)*

Pero, más allá de la actividad en sí (del registro) y del tiempo material que le dedican, lo que las enfermeras refieren es la sinrazón a la que están sometidas por el cumplimiento de los objetivos.

*El otro día escuché a [nombre del médico] decir que había un cambio y que ahora los diabéticos no era tan preciso mirarle los pies cada tiempo determinado, ahora este año la moda es que hay que hacer educación grupal a diabéticos. Pero qué le voy a educar yo a un diabético que lo estoy viendo durante veintidós años y ya sé de la pata que cojea cada uno. [...] Investigador: ¿Se hacen muchas cosas así nada más que por normas? [...] SN2c: Muchas. Se hacen y se van a seguir haciendo siempre (SN2c)*

*Eso es lo que hay, muchos objetivos que cumplir y muchos iconos que poner, tienes que estar muy pendiente de escribir todos los iconos para cumplir los objetivos del centro. [...] El otro día tuvimos una reunión y pregunté que qué era enfermería hoy. Yo no sé lo que soy. Sinceramente yo no sé por dónde va a enfermería hoy. Yo soy de la antigua escuela y antes sabía lo que era, yo estaba para cuidar a los*

*pacientes, pero hoy en día no sé. [...] Ahora tenemos la presión de las recetas, de la ley de dependencia, de iconos y objetivos del centro y hoy en día no me encuentro a gusto como enfermera (SN10c)*

*O objetivo deste registo é assim, estes registos são de auditoria [...] eles querem os pontos-chave lá registados e depois os sucessivos registos traduzidos em evolução. Não é uma coisa para escrever um manual, [...] É de informação sucinta e se há ou não há evolução (PN3)*

No pocas enfermeras cuestionan la utilidad de muchos de estos objetivos para la actividad clínica.

*Yo llevo ya 13 años trabajando y la sanidad ha cambiado mucho. [...] Ahora, ha mejorado en muchos aspectos, pero se ha mecanizado en otros y nos estamos volviendo impersonales con los pacientes. Aquí hay que hacer ordenador por cojones, porque lo exigen objetivos, se ha vuelto muy impersonal, nosotros el ordenador ya lo tenemos olvidado. [...] Yo veo que es muy importante para valorar pacientes, el informe al alta, yo lo veo muy importante, pero primero hay que hacer otras cosas, [...] El plan de cuidados lo veo bien, pero vamos, que poner allí el plan de cuidados un día, no evolucionarlo y no hacerle nada, eso es chichipaná [risas] [...] Y después veo muy importante el informe enfermería al alta... [Pero] hombre para ponerle: “disposición para mejorar y que tome usted alimentos sanos”, eso no lo doy yo. Yo lo doy para un sintrón, para un paciente de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), [etc.] para cosas así que son cuidados muy importantes [...] Pero es que para eso no hay tiempo, tú lo has visto, que no es que no queramos, que yo veo muy importante que haya que hacerlo, pero yo me sentaré en un ordenador cuando haya hecho mi trabajo, sino de qué nos sirve [...] (SN3)*

Otras, las más críticas llegan, incluso, a cuestionar la trascendencia de la veracidad de las anotaciones. Si no lo son, no pasa nada. Lo importante es alcanzar (verdad o no) el objetivo institucional.

*Hay muchos objetivos que te marcan desde el distrito que son inútiles y que lo único que quieren son cifras, sean verdad o no. La calidad les importa un carajo, hablando mal, esa es la sensación que yo tengo y desde mi punto de vista no me importa decirlo. Quieren números, cifras y todo lo que sea políticamente correcto para publicar en los medios y poder decir que se han hecho tantas cosas. Sin embargo la calidad les importa bastante poco (SN3c)*

Frente a esta dinámica mercantilista, las enfermeras apelan a sus valores personales como elemento de motivación en la asistencia diaria. Diferencian el trabajo para la institución (algo desagradecido) y el trabajo que hacen para su propia satisfacción.

*Es que a mí no me interesa que sea visible, yo lo llevo conmigo que es lo que me interesa. Hay una parte de sueldo que la ganas por objetivos, porque tienes que revisar a tantos, tienes que hacer tantos análisis... eso está muy bien pero para mí es la morralla. Lo importante es lo que tienes dentro, la relación que tienes con esa señora y esa señora tiene contigo. [...] Cumplir órdenes, los objetivos están muy bien, yo los cumplo. [...] Pero claro, luego lo otro no lo puedo perder porque para mí es lo más importante y yo trabajo para lo que me pagan y para mí, entonces lo que intento es hacer las dos cosas. [...] [y comienza a relatar una historia] [...] había una gitana de [barriada], que era una persona mayor que vivía sola y tenía hijos que no le daban ayuda. Entonces llegué un día y me la encontré sola en la casa [...] a los nietos no los dejaba entrar, solamente a uno, porque los demás se pinchaban, entonces le robaban todo y le vendían. [...] Ese día me la encuentro con fiebre, metida en la cama, diabética, casi ciega. Entonces el único nieto que entraba me encontré con que había ido le había puesto el café y unos churros y ya se había ido y se había peleado con ella. Le pregunté que qué iba a comer, porque esa mujer se había pinchado una insulina por la mañana y si al medio día no come qué hacemos, porque al medio día no va a venir nadie a verla. Entré a la*

*cocina y no había nada y me fui a la vecina a la que le pedí una patata y un huevo y le dejé el guiso hecho, por lo menos que cuando llegase la hora de comer tuviese algo (SN2c)*

*La única satisfacción que puedes sacar ahora mismo de tu trabajo es la relación directa con el paciente, eso a ti personalmente te tiene que satisfacer. Enfermería es una de las profesiones más vocacionales y por ahí es a lo que te puedes acoger, sino mandarías a la porra ochocientas cosas (SN3c)*

### **3. El pago por logros clínicos**

Ciertamente, no existe una coerción directa del sistema económico. Más bien, la situación es la contraria. El caso más evidente fueron las curas que realizábamos a P52 en su domicilio.

*Recuerdo haber pensado ¡qué cantidad de material en una pierna: tres apósitos de plata, tres absorbentes, quizás 5 compresas, [...]! De hecho, el mismo paciente lo reconocía. Pude ver cómo él mismo aprovechaba el esparadrapo usado, mientras decía: ¡Menos mal que no tengo que pagar todo esto! [...] Pero además, cuando terminamos la cura, P52 nos pidió que pasásemos a uno de los dormitorios para ver si tenía bastante material hasta que llegara el enfermero [dos-tres días después]. Pasamos y vimos una bolsa con material para 5 días por lo menos. Parecía un arsenal (SO)*

La coerción ejercida por el sistema económico está relacionada con la ejercida por el sistema burocrático. Y es que los objetivos institucionales se han ligado a incentivos profesionales, algo que ha condicionado que numerosas acciones se justifiquen en motivos económicos en lugar de realizarse por motivos clínicos.

*A nosotros nos han pagado por la productividad también. Y claro, la productividad va ligada a los objetivos, entre ellos de ordenador, ¡[que] lo tenemos olvidado! Lo que pasa que claro, después*



*cuando cobramos 2.300 € a todo el mundo nos gusta mucho, pero este año vamos de culo. Uno de los objetivos que nos exigen Sevilla [se refiere a los servicios centrales de Sistema Sanitario Público] es el ordenador, las valoraciones de enfermera, el año pasado eran los informes de enfermería al alta, este año las valoraciones de enfermería y dice SN6: “vamos de culo” y de culo vamos a seguir. Mira que lo intentamos, porque a todo el mundo nos gusta cobrar un dinerito, pero es que yo hay veces que no puedo, no es que no quiera. Hombre yo le dije: “¿tú quieres valoraciones? Yo las hago”, como churros, cojo la historia y no le pregunto al paciente. Pero para hacer una valoración de enfermería me tengo que parar cinco o diez minutos con el paciente. Eso como mínimo, y después sentarme en el ordenador. Es que de dónde saco el tiempo, si tú lo has visto que no paramos (SN3)*

Este aspecto es problematizado por las enfermeras (pues se enfrenta de cara con su idea de altruismo). Las enfermeras sienten que el sistema sanitario está cambiando los valores humanistas de la atención sanitaria por unos valores mercantilistas, basados en objetivos, que muchas veces están alejados de la verdadera necesidad de atención.

*¿Sabes en qué se ha convertido una valoración? [...] una valoración se ha convertido en un objetivo y en una productividad, en dinero [...] Yo no produzco salud, la salud no es productividad, para mí no [...] ¿Cómo se mide eso [la salud]?. Eso no se mide, ¿qué hacemos?, eso te lleva a la desgana. Lo que te he dicho antes, que estoy quemada, que sí, que al principio me gustaba mucho, que quería ser enfermera sin cobrar [risas] ¡voluntaria! (SN2)*

#### 4. La “cientifización” de la atención

Junto a la importante colonización introducida por los sistemas de control burocrático, los resultados de nuestro estudio parecen apuntar a la poderosa fuerza del sistema científico que impone la acción tecnológica

compleja como forma de respuesta estándar (demandada y ofertada) ante cualquier situación clínica.

Por un lado, resulta evidente la confianza que las personas han puesto en la ciencia y la tecnología. Su expresión más característica, en el estudio, ha sido la falta (casi absoluta) de disensiones por parte del paciente. El paciente acepta su tratamiento sin problema. Frente a las frecuentes explicaciones de las enfermeras basadas en el subsistema científico, resultó extraño (realmente infrecuente) observar cuestionamientos al orden científico establecido por parte de pacientes o familias.

Por otro lado, están las instituciones, que utilizan, cada vez más, la intervención tecnológica. Se trata de una situación sentida por los profesionales. Los profesionales sienten el exceso de tecnología.

*Cada vez tenemos más pacientes con menos personal y cada vez la cosa es más sofisticada [...] Antes había pacientes que decías hasta aquí llego. Las BiPAP también, ¡coño si se ponen BiPAP como churros!, todo el mundo: “este se ahoga, una BiPAP”. Que yo no digo que se maten a los pacientes, pero es que hay que ver que cuando llega un momento no se puede seguir más [...] Yo creo que están fallando las altas esferas, que la especialización es muy importante, y que todo eso está muy bien, pero no podemos estar haciendo más cosas que las que hacemos, que hacíamos hace años y con el mismo personal o con menos personal (SN3)*

Y, por último, están las propias enfermeras que parecen haber hipotecado su propia autonomía profesional en pos de la ciencia. Su expresión actual, la elaboración (y sobre todo, seguimiento) de Procedimientos Operativos Estandarizados (POEs) basados, obviamente, en los criterios universalistas de la ciencia. En el tiempo que estuve, se hizo difusión de dos procedimientos: el de custodia de prótesis y el de aislamiento especial. Pero la carpeta que los contenía era bastante voluminosa.

No obstante, dichas restricciones no parecen crear importantes conflictos a las enfermeras del estudio. Es más, la existencia de estos estándares aparecen como un elemento de calidad de los cuidados.

### 2.3.7.3. En cualquier caso, la influencia de las microculturas profesionales

No obstante, queremos indicar que no se encontraron mayores diferencias entre los entornos español y portugués que las encontradas entre las dos unidades portuguesas. Más allá de diferencias culturales, la práctica parece estar influida por dinámicas locales, intra-unidad o servicio. Así lo hicieron ver también las enfermeras en sus entrevistas.

*Una hoja de consulta,... un médico de [su anterior unidad] te la resuelve él (SN2)*

*Respecto al trabajo de los médicos, aquí se hacen muchas más cosas que allí [su anterior unidad] (SN1)*

La síntesis del análisis de contenido realizado aparece en la siguiente tabla (tabla 2.12).

**Tabla 2.12. La colonización del mundo de la vida en la práctica enfermera. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos**

temas	descriptores	ejemplos
<b>Elementos colonizadores del entorno hospitalario</b>	Elevada frecuencia de trabajo prescrito Relaciones enfermera-médico no-del-todo-fluidas Rigidez institucional	<i>[...] si tienes a alguien que no conoces y no sabes por dónde te puede salir, no te queda más remedio que decirlo con una sutileza estupenda y cuidar mucho los modos y las formas (SN4)</i>  <i>Muitas vezes, há situações que é assim um bocado, temos mesmo de dizer: olhe, não é possível porque é protocolo e não posso fazer mais nada (PN2).</i>
<b>Elementos colonizadores de ambos ámbitos</b>	Sobrecarga y la falta de tiempo Excesiva burocratización de nuestros sistemas	<i>O que dificulta muito a comunicação aqui é mesmo a falta de tempo. [...] O tempo não estica e então muitas vezes é cortar nas palavras, é resumir aquilo que podia ser dito mais suavemente, [etc.] e temos que reduzir porque não temos tempo para mais (PN5)</i>

	Pago por logros clínicos “Cientifización” de la atención	<p><i>Yo como he pasado por todas las unidades, he pasado por muchos sitios, estuve 8 meses de aquí para allí. Y yo decía, sí, aquí mucho ordenador pero el trabajo de campo no lo hace nadie (SN3)</i></p> <p><i>¿Sabes en qué se ha convertido una valoración? [...] una valoración se ha convertido en un objetivo y en una productividad, en dinero (SN2)</i></p> <p><i>Um doente quando entra aqui, tem que ser tomadas essas atitudes de colocação de sonda, e para bem do doente nós pomos, independente do consentimento da família, porque é uma necessidade para o doente no momento (PN3)</i></p>
microculturas profesionales	Dinámicas locales	<p><i>Una hoja de consulta, un médico de [su anterior unidad] te la resuelve él (SN2)</i></p> <p><i>Respecto al trabajo de los médicos, aquí se hacen muchas más cosas que allí [su anterior unidad] (SN1)</i></p>

### 2.3.8. Condiciones propicias para la realización efectiva de la acción comunicativa

Síntesis del apartado
<p><b>2.3.8.1. La presencia enfermera. Estar ahí</b></p> <p><i>El espacio físico facilita la accesibilidad del paciente</i></p> <p><i>Los cuidados y los tratamientos mantienen a la enfermera junto al paciente</i></p> <p><i>La descarga administrativa libera para el cuidado</i></p>
<p><b>2.3.8.2. La perspectiva holística. No fragmentar la realidad</b></p> <p><i>Sólo existe una figura cuidadora cualificada</i></p> <p><i>La mirada más completa de los ECCi</i></p>
<p><b>2.3.8.3. El interés por lo cotidiano. Hablar (y utilizar) su realidad</b></p> <p><i>Prestar atención a lo cotidiano</i></p> <p><i>Lo cotidiano como base de la acción</i></p>
<p><b>2.3.8.4. La preocupación por la competencia. Dejar hacer</b></p>
<p><b>2.3.8.5. El paciente como protagonista de su vida. Acompañar</b></p>

Este apartado recoge, como apuntábamos en la presentación, aquellas características o condiciones particulares de algunos entornos que propician la aparición de acciones comunicativas. De hecho, los entornos a los que

hacemos referencia en este apartado fueron aquellos en los que más ejemplos de acción comunicativa pudimos observar.

### 2.3.8.1. La presencia de la enfermera. Estar ahí

La primera condición que propicia la acción comunicativa, es la presencia, un signo distintivo de los hospitales portugués e inglés.

#### 1. El espacio físico facilita la accesibilidad del paciente

El entorno físico de los hospitales portugués e inglés es semejante en este aspecto. No existen pequeñas habitaciones sino habitaciones compartidas por varios pacientes.

*Se me ha olvidado explicarte anteriormente la forma de la planta hospitalaria y es que aquí no hay habitaciones, he trabajado en tres hospitales distintos en Inglaterra y los tres eran así. Los pacientes están en salas grandes, mi planta tiene tres salas grandes, dos son de hombres y una de mujeres por lo que tengo hombres y mujeres, y no hay una sala para las enfermeras como hay en España donde tenemos la mesa camilla y la televisión. Aquí estás todo el día expuesta en un mostrador atendiendo teléfono y atendiendo a los familiares, aparte del trabajo diario de atención a los pacientes [...]*

*[...] Normalmente son salas que tenemos entre 6 y 10 pacientes por sala y normalmente hay una o dos habitaciones individuales que suelen ser para los aislados o terminales. Sin embargo, la gran mayoría de los pacientes se encuentran en salas con camas separadas por cortinas [...]*

*[...] aquí además no te puedes esconder, digámoslo así, porque al estar todos los pacientes enfrente tuya te están viendo, o estás trabajando o como te vean sentada ya te están pidiendo algo [risas]  
[...]*

*[...] todo se hace enfrente de ellos. Aquí mejor parecer ocupado porque como te vean parada te van a pedir un té seguro [risas] [...]*

*[...] Si alguien le da al timbre porque quiere ir al baño, sobre todo si son personas mayores, tienes que pasar por delante de la cama de los demás pacientes [...] y claro,... ¡yo también iría! [risas] A lo mejor has parado para llevar a alguien al baño y al final has tenido que llevar a cuatro, [...] es que te están viendo (EN1)*

Además, la ausencia de familiares (como ocurre en el entorno portugués) hace que el paciente necesite más de la enfermera.

*Otra cosa es que aquí los familiares solamente pueden estar en las horas de visita, no hay acompañante. Entonces por eso estamos mucho tiempo llevando y trayendo al baño, porque no tienes a nadie al lado como en España que siempre hay un acompañante [...]*

*[...] Es dependiente de ti totalmente porque si la persona tiene ganas de hablar solo puede hablar contigo o tu compañera porque no hay nadie más, ni está el marido ni la mujer ni la hija como estaría en España [...]*

*[...] Yo he hecho contratos en España y hay pacientes con los que prácticamente ni he cruzado palabra porque has entrado, has dicho hola, le has conectado el suero y le has dicho que le dé al timbre cuando se acabe (EN1)*

## **2. Los cuidados y los tratamientos mantienen a la enfermera junto al paciente**

En este entorno, los largos y minuciosos cuidados realizados en el hospital portugués e inglés hacen que la enfermera permanezca, la mayor parte del tiempo, en la habitación del paciente.

*Fue algo que observe desde el primer día en el servicio 1, cuando [para mi sorpresa] entré a una habitación a las 9 de la mañana*

*y no salí de ella hasta casi las 1 del mediodía (era la habitación de 6 camas). Por primera vez, sentí que estaba cansado de estar de pie, algo que no me había pasado en mi anterior observación [en el hospital del sur de España] (PO)*

*En el segundo servicio pude observar algo similar, en mi primer día de observación [con PN7], la realización de los cuidados llevó desde las 9 y cuarto de la mañana hasta las 12 menos cuarto del mediodía y tan sólo fueron los cuidados de cuatro pacientes, uno autónomo (al que no hicimos nada), otro con dependencia en grado leve, otro en grado moderado y otro en grado elevado (PO)*

Además del tiempo dedicado a los cuidados integrados, las enfermeras del servicio 1 del hospital portugués pasaban largos tiempos administrando los tratamientos en las habitaciones de los pacientes.

Así, al comenzar el turno, trasladaban un carro del almacén a las habitaciones (o a su entrada) donde transportaban la medicación de los pacientes en unidosis y todos los materiales necesarios para su administración: jeringas, agujas, sistemas de suero, dial-a-flow, frascos de suero fisiológico (SF) para hacer las diluciones o lavar los catéteres, contenedores de agujas, trituradores para las pastillas, gasas, desinfectante, etc... Además, en estos carros llevan lancetas, medidores de glucemia, sistemas de aerosolterapia,... En definitiva, todos los dispositivos más comunes para la realización de las prescripciones médicas.

Cualquier cosa estaba a mano. Pero, además, cualquier duda puede ser resuelta en la habitación del paciente, pues en este carro también llevan una carpeta en la que recogen las prescripciones médicas de todos los pacientes. Prácticamente todo está junto al paciente, sus prescripciones, y todo lo necesario para realizarlas.

La sala para la preparación de medicación, sencillamente, no existía: era la habitación del paciente. En ella leen la hoja de prescripciones médicas, preparan la medicación, la reconstituyen y la administran. Sólo van al almacén para recoger el material que no tienen en el carro. Algo que según

pude ver se reduce al material de curas, sondajes y poco más. Realmente, la mayoría de los materiales están a pie de cama, en los carros, o en las paredes de las habitaciones.

Aun así, la investigación trató de confirmar en las entrevistas si utilizaban las salas de trabajo para escapar del lado del paciente [*me lo pareció en el hospital español (SO)*]. Todas las respuestas coincidían.

*Eu não tenho muito essa maneira de trabalhar, de me esconder, de comunicação com os doentes, eu acho que não. Acho que não nos colocamos na sala de trabalho, por essa. Eu pelo menos não, com esse propósito, fugir dos problemas da sala, não, não me vejo assim. Não sei se algum colega o fará, mas eu pessoalmente acho que nunca tinha posto as coisas assim, por isso é que não o faço, não vou para a sala de trabalho para fugir aos problemas e da comunicação com o doente, eu acho que não (PN4)*

Una situación similar es la descrita por la enfermera del hospital inglés. Sin embargo, la preparación de la medicación es uno de los aspectos que más diferencian los dos servicios observados en el hospital portugués.

En el segundo servicio, los tratamientos eran preparados en la sala de trabajo y distribuidos (o administrados) de forma sistemática y veloz por todas las enfermeras, un paciente tras otro, desde el primero hasta el último, sin tener en cuenta la asignación de cada enfermera. Los alargados tiempos dedicados a los tratamientos en el primer servicio (incluso los largos tiempos dedicados por ellos mismos a los cuidados) se transformaban en escasos momentos de interacción en servicio 2.





Foto 1. Enfermería de una unidad de hospitalización portuguesa



Foto 2. Sala de medicación de la unidad de hospitalización española

### 3. La descarga administrativa libera a la enfermera para el cuidado

El tercer factor asociado a la mayor presencia de las enfermeras junto al paciente en los entornos portugués e inglés tiene que ver con las facilidades informáticas y una distribución compartida del trabajo administrativo.

*“No podía creerlo, estaba observando en la práctica una de las sugerencias más repetidas por las enfermeras del primer entorno (España) para favorecer la comunicación (PO)*

En el hospital portugués muchos sistemas están informatizados y, en la división del trabajo, la organización y administración de solicitudes y peticiones no recae en la enfermera (como ocurría en España). Este hecho reduce enormemente la labor administrativa de las enfermeras.

Los dos ejemplos más claros de esto son los sistemas de comunicación con Farmacia y con los servicios de Apoyo Diagnóstico. En ambos casos es el médico quién, a través de una aplicación informática, el mencionado “Sistema de Apoyo al Médico” (SAM), realiza la solicitud de medicamentos y pruebas diagnósticas.

En el caso de la comunicación con Farmacia, el sistema comienza con la solicitud de medicación, por parte del médico; después, el servicio de Farmacia prepara la medicación de cada paciente en unidosis, y un servicio de reparto la lleva a los diferentes servicios de hospitalización. Si el médico realiza alguna modificación en el tratamiento o algún paciente es ingresado, el servicio de Farmacia la prepara y el servicio de reparto la distribuye igualmente. El trabajo de la enfermera se limita a la administración de la medicación que hay en el casillero de unidosis de cada paciente. Aunque en ocasiones [he de decir que no demasiadas], tiene que resolver algún problema ocurrido en los pasos previos.

En cuanto a la solicitud de pruebas diagnósticas, es realizada también por el médico a través de SAM antes de las 6 de la tarde, si no es urgente. El

trabajo enfermero, en este caso, consiste en consultar el sistema informático (a partir de dicha hora) para comprobar las pruebas diagnósticas del día siguiente (radiografías, TAC, ecografías, broncoscopias, etc.), programar las ayunas, el traslado, etc. Para ello preparan una hoja-resumen para la auxiliar que realizará los traslados (donde se indica el tipo de examen y hora, si va en silla de ruedas o camilla o si tiene oxígeno) y otra para la auxiliar de cocina (donde se indica si precisa ayunas).

Además, y en ambos servicios, existía una enfermera encargada específicamente de las labores administrativas. Esta figura también aparece en el entorno inglés con el nombre de coordinadora y suele ser la manager o, en su ausencia, enfermera más experta de la unidad.

### 2.3.8.2. La perspectiva holística. No fragmentar la realidad

Para comenzar a describir la segunda de las condiciones que propician la acción comunicativa, comenzaremos reconociendo una emoción: el absoluto desconcierto que produjo en el investigador el primer día de trabajo de campo en el hospital portugués.

*Fue una sensación extraña que, por un lado, me creaba inseguridad, pero que [a la vez] reconocí valiosa: este trabajo me iba a permitir examinar un entorno desconocido, algo que no ocurrió en mi anterior observación [el hospital del sur de España] [...]*

*[...] Mi entrada en el campo fue a una “enfermaria” de 6 camas. Cuando entré, no sabía que sería el único lugar donde estaría desde las 9 de la mañana hasta casi las 1 del mediodía [...]*

*[...] En la habitación había seis pacientes, y varias personas con uniforme blanco moviéndose de un lado a otro. Concretamente eran 4 personas de uniforme. Eso fue lo primero que me sorprendió. Seis pacientes y cuatro profesionales. Parecía una dotación desmesurada. No llegaba a comprender la situación. Pero, mi desconcierto aumentó cuando entró otra persona con uniforme de color crema. Ahora sí que estaba absolutamente perdido [...]*

*[...] ¿Quién era la enfermera?, ¿Qué hacía y qué le diferenciaba? No era capaz de identificarlo con seguridad. Observaba cada cosa que hacían para ver si me ayudaba, pero, la verdad es que no encontraba grandes diferencias que los distinguieran. Sentí la necesidad de preguntar a la enfermera 1 quién era cada persona, y la enfermera 1 me aclaró todo: Dos de ellas eran enfermeras “recién entradas” que tenían que hacer un período de aprendizaje antes de su contratación. Como decía la enfermera 1, “ellas no cuentan”. La tercera, era una compañera de turno que había venido a ayudarle. Respecto a la de color crema, era una auxiliar. En definitiva, todos [excepto la auxiliar que entraba de cuando en cuando] eran enfermeras [...]*

*[...] La explicación de la enfermera 1, respecto al número, fue muy clarificadora. Aun así, en comparación con la realidad conocida [española], era una ratio enfermera-paciente sensiblemente menor que en España. Haciendo una comparación fácil, con la unidad en la que realice el trabajo de campo el mes pasado [España], la ratio era exactamente el doble, doce. Sin embargo, debemos tener en cuenta que en Portugal no existe la figura del auxiliar de enfermería, y que, por tanto, para que la comparación tenga mayor sentido, debemos sumar el número de enfermeras y auxiliares españolas. Así las cifras resultaban más parecidas, 6 enfermeras o auxiliares para 36 pacientes en España y 5 enfermeras para 29 pacientes aquí. Alrededor de 6 pacientes por cada enfermera [...]*

*[...] En cambio, tardé más en asimilar esas largas sesiones que me hacían sentir [continuamente] la necesidad de fragmentar la realidad [para su análisis]. ¡Qué paradoja!, quería dividir lo que después me fascinaría (PO)*

## **1. Sólo existe una única figura cuidadora cualificada**

Los cuidados enfermeros en el hospital portugués son unos cuidados integrados. El ejemplo más gráfico de ello es el momento en que hacen la higiene de los pacientes con dependencia alta. En este momento del turno de

mañana, las enfermeras aprovechaban para reunir, sistemáticamente, todos los cuidados y tratamientos. Pude comprobar esta situación el primer día (con la enfermera 1). Pero, en mi segundo día, me propuse hacer una observación detallada.

*Era el momento en el que la enfermera 2 realizaba la higiene al paciente P1, un paciente con una dermatitis generalizada que tenía un estado de conciencia disminuido y una tendencia a adoptar posición fetal. Aunque,... decir que voy a describir cómo la enfermera 2 realizó la higiene al paciente P1 sería simplificar demasiado su labor, pues integró actividades muy diversas, cuidados destinados a satisfacer necesidades muy diferentes y tratamientos prescritos por el médico [...]*

*[...] La escena comenzó a las 9 y media de la mañana. Tras administrar la medicación a los pacientes más autónomos, la enfermera 2 empezó a preparar los materiales que necesitaría (después) para realizar los cuidados a los pacientes más dependientes. Uno de ellos era el paciente P1. Los materiales incluían todo lo necesario para la higiene, pero, además, había cremas, apósitos, material de curas,... y el desayuno del paciente P1, una tarea que la enfermera 2 había aplazado para realizar junto al resto de cuidados [...]*

*[...] Con todo preparado, 2 empezó a dar el desayuno (por sonda nasogástrica) al paciente P1, y cuando terminó, sin apartarse de él, comenzó a retirarle los apósitos que tenía en las piernas. Tenía todas las piernas cubiertas con gasas. La dermatitis le había afectado especialmente las piernas. La enfermera 2 procedió con cuidado, mojando cada uno de los apósitos antes de retirarlos. Le estaba ayudando una alumna de enfermería. Una vez retirados los apósitos, enjabonaron al paciente P1 en decúbito supino, lo enjuagaron y lo secaron. Después, lo colocaron sobre uno de los costados y retiraron todos los apósitos que se encontraron. Tanto si era una herida, como si era una úlcera por presión o eran las lesiones producidas por la*

*dermatitis, la enfermera 2 procedió a aplicar el tratamiento o los cuidados correspondientes. Sólo cuando habían comprobado que todos los apósitos estaban limpios, volvieron al paciente P1 sobre el otro costado. Continuaron ahora con el costado derecho. También encontraron heridas. Hasta este momento habían cambiado de guantes al menos tres veces. Con la piel limpia y las heridas curadas, la enfermera 2 procedió a cubrir las piernas del P1 con compresas y red tubular elástica [...]*

*[...] En ese momento creí que el trabajo había acabado, pero ahora su preocupación era la posición del paciente P1. Colocaron una sábana doblada debajo de las caderas y la zona lumbar para facilitar la movilización, y pusieron almohadas, cuatro, en diferentes partes para corregir la postura fetal que el paciente P1 tendía a adoptar. Una en el costado, otra entre las piernas, otra para elevar la mano,... Finalmente lo cubrieron con la sábana... ¿Finalmente?,... No, el trabajo no había acabado. Ahora, solo, la enfermera 2 terminaba lavando la boca y los ojos del paciente P1 y peinándolo [...]*

*[...] Finalmente (ahora sí), cambió los sistemas de oxigenoterapia y aerosolterapia. Eran las diez y veinte de la mañana. Habían transcurrido unos 50 minutos. Pero ha sido un trabajo completo. Siento que habían integrado en el mismo momento numerosos cuidados. De hecho, al día siguiente, mientras la enfermera 3 me anticipaba lo que iba haciendo, denominó a este momento “hacer los cuidados al paciente P1” [...]*

*[...] En ese momento me di cuenta lo que estos cuidados hubiesen significado en la unidad de mi anterior observación (la región sur de España): posiblemente la auxiliar, junto a otra auxiliar, habría hecho la higiene, y después (no sabemos cuánto después), la enfermera habría curado sus heridas (o quizás las auxiliares habrían llamado al enfermero para realizar la cura al mismo tiempo, si estaba desocupado). Pero, seguramente, ambos hubiesen esperado al celador para levantar al paciente (PO)*

Era un claro ejemplo de enfrentamiento entre unos cuidados fragmentados y unos cuidados integrados.

*La división del paciente por órganos que realizan los médicos (neumólogo, endocrino, cardiólogo, traumatólogo,...) y que yo achacaba a la falta de esa perspectiva holística que tenemos las enfermeras, la estaban replicando las enfermeras de mi anterior observación (en la región sur de España) con las necesidades básicas del paciente. Fue un descubrimiento fascinante, a la vez que descorazonador [...]*

*[...] Me pregunto por qué esa parcelación, y no me cabe más respuesta que decir que es un signo más de la desmesurada división del trabajo de unos sistemas sanitarios cada vez más especializados (PO)*

## 2. La mirada más completa de los ECCi

La impresión descrita en el apartado anterior fue corroborada, de modo general, por las enfermeras de las UCC, o Equipos de Cuidados Continuados integrados (ECCi). Ellas identifican la perspectiva integradora como algo necesario en todos los contextos de práctica. No creen que sea una cualidad específica para trabajar en UCCs.

*Nós preocupamo-nos em tratar o doente como um todo. Vemos sempre a situação física, emocional, familiar, social, as condições da habitação, nós tentamos sempre fazer uma avaliação global e tentar dar o máximo de respostas para todas as situações. [...] Sempre foi uma forma de eu estar na prestação de cuidados no domicílio. Sempre tive a preocupação integral, ver o doente como um todo, sempre foi uma preocupação minha (PN2c)*

*Eu penso que a minha filosofia do cuidado vai muito ao encontro da PN2c, embora tenha muita experiência hospitalar, tentei perceber o contexto de quem era a pessoa que estava perante mim nos cuidados, mesmo em cuidados intensivos, porque é importante também perceber*

*o contexto familiar, as limitações que eles têm em termos económicos, sociais, a rede de apoio e, portanto, concordo com a PN2c, não é só por estarmos na UCCi e sermos enfermeiras e todos os dias em qualquer serviço hospitalar ou serviço na comunidade, nos confrontarmos com estes problemas (PN3c)*

Sin embargo, su mirada y su actuación es la más integral entre las observadas en los diferentes escenarios.

*Todavía recuerdo cuando realicé mi primera visita con el equipo de Cuidados Continuados Integrados (ECCi). El inicio de la observación no podía haber sido más oportuno. Coincidió con el día en el que el equipo de Cuidados Continuados Integrados (ECCi) tenía programadas las valoraciones de los nuevos pacientes. En estas ocasiones, se desplazaba al domicilio del paciente todo el equipo: un enfermero, un médico, un psicólogo, y un asistente social [...]*

*[...] PN1c tomaba los signos vitales, valoraba la movilidad (de las rodillas, de las manos,...), el estado de la piel, la presencia de heridas (úlceras por presión),... Era una valoración que seguía claramente unas pautas, un orden. No obstante, con la misma claridad que percibí un orden, pude percibir la flexibilidad con la que PN1c lo ponía en práctica. Por ejemplo, me llamó la atención cómo PN1c interrumpía la valoración (sin dudarle) cuando, revisando la piel de la zona sacra, vio que la Sra. P1 había defecado en el pañal. Hacer la higiene y cambiar el pañal a la Sra. P1 fue priorizado. Sólo después, PN1c continuó con la valoración. Además, antes de terminar, PN1c se aseguró que la postura de la Sra. P1 fuese la correcta. Utilizó varias almohadas para posicionar las piernas y brazos, y levantó la cabecera de la cama” (PO)*

### **2.3.8.3. El interés por lo cotidiano. Hablar (y utilizar) su realidad**

La tercera condición que propicia la acción comunicativa, es lo cotidiano, quizás porque el paciente se siente competente en este ámbito.



## 1. Prestar atención a lo cotidiano

Desde el primer momento, la observación realizada en el hospital portugués resultó diferente. “*Recuerdo haber recuperado la fascinación por la sencillez, lo cotidiano del cuidado (PO)*”. Las enfermeras preguntaban al paciente si quería comer sentado o en la cama, si iba a levantarse más al sillón o no (para retirarle la sábana), si le subían o no el cabecero de la cama, si quería ponerse del otro costado, o si le echaban la colcha para abajo (porque hacía calor),...

*También fue el primer día cuando pude ver cómo la enfermera 1 negociaba una cucharada más de crema (puré) con un paciente que no parecía estar demasiado orientado, pero al que interpelaba continuamente “¿cómo está la crema?, ¿quieres más?, mientras le mantenía la mano cogida en una actitud de diálogo abierto. Además, era gratificante ver cómo el paciente 2 respondía con gestos (con la mano, con la mirada) indicando que parara o que fuera más lento (PO)*

*En días posteriores pude comprobar que no era ninguna ocasión especial, al día siguiente pude observar cómo la enfermera 2 hacía algo parecido con otro paciente con estado de conciencia disminuido. Sabiéndose vigilante (una seguridad que le daba la cercanía al paciente), soltaba la sujeción al paciente 1 mientras le decía que no se tirara de la mascarilla de oxígeno, porque estaba descompensado y la necesitaba. Situaciones similares se repitieron continuamente hasta mi último día de observación (PO)*

La enfermera estaba negociando con el paciente. Quizás las acciones sobre que se estaba negociando (sentarse, comer,...) fueran sencillas, pero el paciente participaba en la negociación.

## 2. Lo cotidiano como base de la acción

Más allá de la atención a lo cotidiano, las enfermeras del ECCi eran grandes expertas en utilizar lo cotidiano, el mundo de la vida del paciente, como recurso para la intervención.

*Cuando llegamos, [y después del acostumbrado saludo, cariñoso y atento] PN2c le pidió el andador a la hija de Doña P7. Juntas [Doña P7 y PN2c] comenzaron un largo paseo. Mientras andaban [muy lentamente] por la casa, surgían temas de lo más cotidiano, conversaciones familiares [con ella, con la familia] [...]*

*[...] Llegaron a la cocina, donde la hermana estaba cocinando algo, al pasar junto al fregadero, PN2c dijo a Doña P7 que dejara el andador y se agarrara al filo de la encimera [...] “Ve, se apoya aquí en el fregadero y le da algo que pueda hacer [le decía a la hermana], [...] mientras no sea un cuchillo [bromeó]” [...]*

*[...] Después del descanso junto a fregadero, siguió el paseo y siguieron las conversaciones. PN2c verbalizó, ese día, lo que yo ya había observado antes. “Las ayudas técnicas son lo último, [le decía a la hija] porque al final se hacen dependientes” [...]*

*[...] Pero, además, pude palpar la familiaridad. Hablaron abiertamente sobre el carácter de Doña P7 [un carácter fuerte, decían], sobre la opción que adoptó [en un época en la que no era habitual] de tener una única hija [...]*

*[...] Nos mostraron una mesa sobre la que había multitud de portarretratos, cuadros de ellos en las paredes. Pude observar el valor que la familia daba [precisamente] a la familia. Todo hacía referencia a ellos. No había un paisaje, un bodegón. Sólo fotos y retratos familiares [...]*

*[...] Me fui sabiendo mucho más de Doña P7 y su familia (PO)*

No se trataba de ninguna excepción, esta forma de intervenir resultó ser frecuente en su práctica; Hubo numerosos ejemplos de ello.

*No sé bien cómo surgió una conversación sobre la necesidad de construir un escalón para subir a la cama. El yerno de Doña P7 era un “manitas”. El día anterior, nos había enseñado una mesa que había hecho para Doña P7. Antes de darnos cuenta, el hombre había salido de la habitación y había vuelto con una tabla larga pero algo estrecha [que le había sobrado de hacer la mesa]. PN2c la vio. La puso en el suelo y simuló el movimiento que tendría que hacer [Doña P7] en el escalón. Le pareció estrecha. Debía ser más ancha. Y así se lo dijo al yerno [...]*

*[...] No obstante, me pareció percibir que el hombre no estaba muy convencido de dicha opinión. A pesar de lo cual, siguieron hablando del tema. Entonces PN2c le pidió cinta métrica. Quería ver la altura de la cama para ver qué altura necesitaba el escalón. Fueron a la habitación de Doña P7. PN2c vio que era una cama con ruedas, ante lo cual se le ocurrió otra opción: retirar las ruedas (incluso cambiarla por la suya) y, de este modo, quizás no fuera necesario el escalón. Pero esa solución sí que no gustó nada al yerno. Consideraba que las ruedas eran más cómodas para hacer la higiene a Doña P7. Entonces PN2c le dijo que Doña P7 estaba ya mejor y que pronto no necesitarían hacerle la higiene en cama. Pero, el yerno seguía argumentando que era mejor para hacer la cama [...]*

*[...] En definitiva, pude comprobar varias negociaciones: sobre la posibilidad de quitar las ruedas a la cama, sobre la anchura del escalón,... Nada era impuesto. Todo eran sugerencias. Algunas mejor aceptadas que otras [Creo que al final, el hombre comprendió la necesidad de que el escalón fuera más ancho, pero creo que PN2c no le convenció para quitar las ruedas] [...]*

*[...] También pude ver una vez más cómo las indicaciones de PN2c tenían que ver con “volver a lo cotidiano” (su cama) y retirar ayudas técnicas (PO)*

Un último ejemplo de esta forma de intervención fue el protagonizado por el Sr. P4. En este caso, las medidas de intervención salieron del plano de habitacional para buscar cambios en la vida social del Sr. P4.

*Nos encaminamos hacia la casa del Sr. P4. Había que realizarle la cura diaria de las úlceras por presión que tiene en la zona sacra. Pero, como suele ocurrir, surgieron situaciones y conversaciones en paralelo: sobre la fecha de cambio de la sonda vesical, sobre las características concretas de la sonda que él tiene puesta (material, número de vías, etc.), sobre la evolución de las úlceras [...]*

*[...] Durante el tiempo que duró la cura, PN3c compartió con el Sr. P4 numerosa información clínica. Pero, además, entremedias, recomendó a la madre que en lugar de ir al bar los domingos toda la tarde, fuera menos rato un par de veces por semana (de esa forma evitaría estar toda una tarde sentado, presionando la zona sacra) [preocupada por su estado emocional] y preguntó al Sr. P4 si no conocía a otros que también estuvieran en su situación [algo por lo que el Sr. P4 no mostró demasiado interés] [...]*

*[...] Nuevamente comprobé cómo van más allá de la técnica (en este caso, de la cura) para ver qué cosas de su vida pueden cambiar para mejorar su problema [...] (PO)*

#### **2.3.8.4. La preocupación por la competencia. Dejar hacer**

Coherentemente con su mirada integradora, la práctica de las enfermeras del ECCi destaca por su preocupación por la competencia del paciente.

*La visita al Sr. P3 comenzó de forma inesperada, pues nada más llegar la hija del Sr. P3 salió a nuestro encuentro muy preocupada. Había notado que su padre respiraba peor. Sobre todo, decía, después del almuerzo. “No te preocupes [le decía PN3c] vamos a ver qué pasa”. Comenzó intentando provocarle la tos, pero el Sr. P3 no respondía.*

*Entonces, me pidió el fonendoscopio [aunque el gorgoteo era audible]. Auscultó ambos pulmones y, seguidamente, insufló aire por la SNG. Como sospechaba, la SNG estaba fuera de estómago y posiblemente la última (o últimas) comidas habrían sido introducidas en la vía aérea. Así que PN3c retiró la SNG y dijo a la hija que llamara al 112 [...]*

*[...] PN3c no hizo gestos de preocupación. A pesar de ello, el nerviosismo de la hija era evidente. Corría de un lado a otro preparando las cosas que se iba a llevar a urgencias. Mientras que otro de los hijos del Sr. P3 ayudaba a PN3c a cambiar los apósitos. “Son cosas que pasan [le decía PN3c]. Que no se culpe [su hermana] estas cosas nos pasan también a nosotros, ¿verdad Manuel?, [me interpelaba]”. Realmente, la hija del Sr. P3 era muy colaborativa e imagino que PN3c no quería que perdiera la confianza en sus capacidades. Creo que cuidan mucho este aspecto. De hecho, incluso en esta situación de cierta urgencia, ofrecí mi ayuda a PN3c para movilizar al Sr. P3 y PN3c la rechazó para que fuera la hija quién la ayudase. “Ya te pediré a ti que me pases cosas [me dijo]” (PO)*

Esta preocupación por mantener la competencia “sin restar” mediante intervenciones especializadas fue visible también en el médico perteneciente al equipo.

*Recuerdo que mientras miraba cómo PN1c trabajaba la movilidad articular de las piernas del Sr. P2. [...] De repente, escuché una conversación entre el Sr. P2 y el Dr. PP1. Hablaban de la actitud que la mujer del Sr. P2 tenía con él. El Sr. P2 se quejaba de su brusquedad en el trato. “Sólo quiero que entre con otra actitud [decía]”. [...] Pero, sabía que lo que pedía no era fácil. Se trataba de un viejo problema conyugal que ya existía antes del accidente, y que ahora la situación (la paraplejia del Sr. P2), había complicado aún más [...]*

*[...] El problema entre vosotros [le decía el Dr. PP1] es que vuestro “cuentakilómetros no está a cero. [...] Muchas cosas ya estaban*

*rotas y los fantasmas del pasado tienen que ser calmados. [...] Es conveniente que tomes la medicación que tienes para ver las cosas más tranquilo, pero tenéis que resolver los temas del pasado” [...]*

*[...] El Dr. PP1 estaba estimulando los recursos propios del Sr. P2. La medicación era importante, sí, pero el Dr. PP1 estaba diciendo que la solución a su problema no era la medicación sino “hablar con su mujer”. Realmente, estaba sorprendido por una actitud tan poco “intervencionista”, tan “empoderadora”. Aunque, es verdad que después descubrí que PS1, al que habíamos dejado al paso, en el domicilio del Sr. P2, el día anterior mientras visitábamos a la Sra. P9, era el psicólogo del equipo, y el Dr. PP1 sólo tuvo que continuar con un terreno que ya estaba labrado por PS1 (PO)*

Las entrevistas confirmaron esta percepción. Son conscientes de que, como decía PN2c, por más tiempo que quieran quedarse con ellos (en el domicilio) o alargar la relación, sólo pueden estar una parte del día y durante un tiempo determinado; pues después, ellos, los profesionales, se retiran y son los pacientes y familiares los que deben continuar los cuidados.

*Nós tentamos sempre que a família seja o mais colaborante possível, porque sabemos que nós, além de termos uma prestação limitada no tempo, por mais tempo que ficemos vamos dar alta e vamos numa parte do dia, vamos em determinados dias. O que se pretende é que haja uma continuidade assegurada e então tentamos fazer com que a família assumo logo o papel para ficar o máximo treinado possível e que a gente consiga assim explorar e dar respostas às outras coisas que nos surgem (PN2c)*

Incluso, como decía PN3c en su entrevista, intentan ponerlos a pensar, para que no sólo sepan realizar los cuidados aprendidos, sino que también sepan resolver situaciones.

*Também ponho às vezes eles a pensar, porque às vezes eles têm a solução à frente deles e isso também em lhes irá permitir no futuro quando nós dermos alta a estes utentes, a família perante um problema vai pensar: daquela vez resolvi assim, ¿será que desta resulta? Também começar a dotá-los de algum pensamento crítico, que eles consigam autonomamente mais para frente conseguir resolver alguns problemas, que se calhar que não foram confrontados, mas para frente sozinhos conseguiam resolvê-los (PN3c)*

#### **2.3.8.5. El paciente como protagonista de su vida. Acompañar**

La última de las condiciones apuntadas para facilitar la realización efectiva de la acción comunicativa, podría calificarse más como indicio que como prueba (debido la falta de profundidad en su estudio). No obstante, su carácter diferente y su efecto problematizador, nos impulsó a incluirla en nuestro estudio. El empoderamiento del paciente descrito por la enfermera inglesa no se acercaba ni de lejos con el tipo de relación vista hasta el momento. El paciente inglés era protagonista de su vida (durante la hospitalización).

Las razones pueden tener que ver con el conocimiento profundo que adquiere la enfermera del paciente desde el momento del ingreso.

*Al hacerle el ingreso tienes que hacer tal valoración que casi que te ha contado su vida. Claro, si el paciente quiere colaborar. A los pacientes que le haces el ingreso le has tenido que preguntar prácticamente todo, desde la parte médica de por lo que ha venido, qué le duele, historia médica y alergias entre otras cosas. Pero también tienes que preguntarle sobre las necesidades básicas diarias, si necesita ayuda para algo, tienen alguna dieta especial, problemas para dormir, si necesita inhaladores, cómo es su casa, dónde está, si tiene escaleras, si tiene algún escalón antes de entrar, si tiene animales... Todo eso lo tenemos que preguntar en el ingreso. Entonces a la persona que le hago el ingreso ya es casi mi amiga [risas] (EN1)*

O tal vez, tenga que ver con las frecuentes y largas conversaciones que la enfermera mantiene con los pacientes.

*[...] Ya te digo que hay muchas enfermeras que no hacen ni una sola técnica por lo que el día lo pasan estando con sus pacientes, hablando con ellos y detectando necesidades y planificando cuidados con el paciente, que aquí se hace mucho eso de incluir al paciente en su plan de cuidados. Eso se hace mucho aquí, mucho más que en España (EN1)*

La conversación con el paciente tiene entidad propia.

*[...] Aquí está todo muy enfocado al paciente, incluso pueden apuntar directamente a que no le han hecho la cura porque han estado teniendo una conversación con el paciente (EN1)*

Además, la información obtenida es tenida en cuenta, en todo momento, para la planificación de la atención. Se tienen en cuenta sus hábitos para respetarlos durante la hospitalización

*Hay gente que incluso cuando se le hace la valoración médica indican que su costumbre diaria es tomarse una copita de Sherry (vino de Jerez) y lo tienen prescrito y lo llevan en el carrito de las medicinas y se lo tienes que dar en lugar de la pastilla para dormir [...] un chupito de Tío Pepe [risas] Y el vino lo pido a farmacia cuando se me está acabando [...]*

*[...] Esto sucede porque lo piden cuando se le hace la valoración inicial, dicen que es su costumbre diaria y como le tienes que preguntar qué hacen para dormir ellos te dicen que acostumbran a tomarse una copita de Sherry. Entonces se lo prescriben (EN1)*

Cualquier hábito es respetado aunque los horarios no coincidan con los horarios de la unidad.



*[...] Por ejemplo si el baño le gusta a las diez en vez de a las ocho, aunque a ti te venga mejor bañarlo a las ocho, se hace a las diez. Si a ti te gusta comer e inmediatamente ir al baño voy a intentar tenerlo en cuenta [...]*

*[...] Hasta el orden de cómo quieren hacer las cosas. Tú te acercas a una persona preguntándole que si la bañas y te dice que no, que todavía es muy temprano, que ya para las diez o por ahí la bañas. En España, si yo voy a bañarte a las ocho y tú dices que no te quedas sin bañarte hasta mañana (EN1)*

Durante la hospitalización es frecuente consultar al paciente para tener en cuenta su opinión.

*[...] existen unas reuniones especiales que son solo para conocer la opinión y deseos del paciente. Es todo, sus inquietudes, lo que le asusta o las necesidades de enseñanza que tenga. Por ejemplo, al que tiene un estoma nuevo, aunque le hemos hecho entrenamientos en la planta de cómo se cambia la bolsa del estoma, siempre se le pregunta si cree que necesita más formación, si cree que necesita más formación de otra gente que no seamos nosotras o si quiere que le derivemos al especialista (EN1)*

Todo lo que se le hace al paciente debe ser consultado y consentido.

*Aquí va todo enfocado a los deseos del paciente. Entonces por supuesto va a ser como quiera aunque yo le explique que alguna cosa la debemos hacer de tal forma. Por ejemplo los cambios posturales, le tengo que explicar el por qué lo hacemos y conseguir el consentimiento informado. [...] Y tengo que documentar los procedimientos explicados, los consentimientos informados obtenidos, etc. En ese caso le tengo que indicar que yo creo que debemos cambiarle la postura cada cuatro horas porque tiene riesgos de tener úlcera, entonces cada cuatro horas la vamos a poner de lado y le vamos a poner una almohada para que no*

*ruedas para atrás. Y a lo mejor la abuela te dice que no, que para el lado derecho no se pone porque nunca ha dormido para ese lado y que los cambios posturales los va a hacer de estar acostada y después estar sentada en la silla. Tú le dices que puede ser de madrugada y a lo mejor ella te dice que no le importa y que prefiere hacerlo así. Entonces se planifica el plan de cuidados como ella quiera incluso si supone coger la grúa a la hora que sea y el cambio postural hacerlo con grúa (EN1)*

El paciente debe consentir (incluso en situaciones absurdas, como cuenta la informante) cualquier técnica que se le hace, por insignificante que parezca.

*Lo que sí se hace es conseguir el consentimiento informado para todo, incluso para sacar sangre. Yo para sacar sangre le tengo que explicar al paciente, aunque tenga demencia, que tengo que sacarle sangre, que le voy a clavar una aguja y que si me deja. Depende de la persona también, si es un adulto joven si te dice que no es que no (EN1)*

Incluso en caso de negarse a una acción, la enfermera respeta su decisión.

*Normalmente se va a intentar convencerlo para que sigamos las normas hospitalarias, aunque siempre se va a hacer como el paciente quiera [...] siempre y cuando no le vaya a causar un daño directo [...]*

*[...] Por ejemplo, para una colonoscopia, se le explica, acepta, luego le dices que le tienes que poner un enema y en el último momento no quiere, al final no se lo pones y probablemente vaya a la colonoscopia sin el enema. Cuando en realidad la política del hospital es tanto tiempo en ayunas y otro tanto tiempo antes de ir a realizar la colonoscopia un enema. Como él o ella diga que no, al final lo apuntas*

*e indicas que el paciente estaba muy nervioso y rechaza el enema y que por favor intenten hacer la prueba sin el enema [...]*

*[...] En España eso sería un circo y se comentaría que hay que ver fulanito que se niega. Aquí si el paciente no quiere es que no. Lo mismo para todo, incluso los baños. En España una auxiliar de estas mandonas, andaluza, nuestra, vieja, como el abuelo diga que no se baña le dice que cómo que no que va a ser un momento. Aquí no, si la persona te dice que hoy no tiene ganas no se baña [...]*

*[...] Es que en España no te dan la opción, se hace así y punto. ¡Hombre ya! [risas] Y si no, no hay prueba, alta voluntaria y punto, firme usted aquí y se va. Yo al menos estoy acostumbrada a eso: “- Pues yo no me quiero pinchar. - Mira pues yo no estoy para perder el tiempo, o te pinchas o te vas” [risas] Eso lo he visto yo muchas veces. O decirle a esa persona que ha venido por un dolor de muelas que si no quiere nolotil<sup>R</sup> que se vaya. Aquí no, aquí se le dice que tranquilo, que si él quiere un nolotil<sup>R</sup> yo voy a ir a hablar con el médico a ver si en vez de un inyectable te puedo poner una cremita y al final se irá con la cremita. Este país es distinto (EN1)*

La informante llega a ver en la relación cierta dosis de servidumbre.

*[...] también hay veces que me ha llamado mucho la atención porque un paciente ha tocado el timbre para que le haga un té, y le tienes que hacer un té [risas] Y como no [se lo hagas] te ponen una queja. Yo nunca me he negado porque no me ha costado trabajo pero está muy enfocado en... yo hay veces que me siento un poco Jeffrey [risas] (EN1)*

El paciente tiene incluso más poder que el profesional. Así se le hace ver en las dinámicas puestas a su servicio.

*Además tienen colgados por todos lados en todas las plantas cómo hacer comentarios o quejas de nuestro trabajo sin que pase por*

*su enfermera. Imagínate que quiere quejarse de mí y de esta forma no tiene que hacer una queja directamente a mí. Todos esos carteles están colgados en las entradas de las plantas, muy grande, “Cómo realizar una queja”, para que la gente lo vea, o cómo dejar sus comentarios y observaciones, creo que es. Tenemos mucho feedback de los pacientes [...]*

*[...] Aquí hay una chica española que la pobre se coge muchos sofocones porque su experiencia siempre la ha desarrollado en España y de vez en cuando responde como responderíamos allí y ya tiene unas cuantas reclamaciones por quejas de pacientes. Además son cosas absurdas que en España no tendrían cabida ninguna. Es que a veces pretenden que dejes de hacer lo que estás haciendo en ese momento para que les traigas un té y si no se lo traes van a volver a pulsar el timbre a los cinco minutos. Tú le puedes decir que tienes que poner una medicación pero te recriminan que es que ellos quieren un té. Esta chica ha respondido a cosas así diciendo que se esperasen, que estaba poniendo la medicación y que no estaba allí para hacerle un té y por eso le han puesto quejas. Esa situación no fue a mayores pero sí que la llamó su manager y le dijo que a los pacientes hay que hacerles el té si te lo piden [risas] Es anecdótico pero para que veas hasta qué punto está todo centrado en los deseos de los pacientes (EN1)*

Ante el cuestionamiento de las razones por las que están tan empoderados los pacientes británicos frente a los españoles o portugueses, la informante considera que responde a características culturales.

*Es que yo tampoco sabría explicar la diferencia. En parte no me cabe duda de que es cultural porque la personalidad inglesa es muy distinta a la nuestra. No sabría explicar muy bien cómo pero el español cuando está delante de alguien que supuestamente sabe, se lo cree todo. En cambio el inglés es muy prepotente y se cree que lo sabe todo. El paciente inglés quiere llevar la razón y saber de todo y “porque tú seas cirujano no tienes que decirme a mí lo que tengo que*

*hacer”. Quizás eso influyó en la manera de enfocar la asistencia sanitaria para que el paciente sea el centro. Es que si no el paciente no iba a sentirse a gusto [...]*

*[...] Es muy difícil generalizar aunque ya sé que he sido yo la que he generalizado anteriormente. Yo pienso que es más prepotencia que ganas de saber, aprender y cuestionar. Me da más esa sensación. También te vuelvo a repetir que mis pacientes son muy complicados (EN1)*

La síntesis del análisis de contenido realizado aparece en la siguiente tabla (tabla 2.13).

**Tabla 2.13. Condiciones propicias para la realización efectiva de la acción comunicativa. Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos**

temas	descriptores	ejemplos
<p><b>Presencia enfermera. Estar ahí</b></p>	<p>El espacio físico facilita la accesibilidad del paciente</p> <p>Los cuidados y los tratamientos mantienen a la enfermera junto al paciente</p> <p>La descarga administrativa libera para el cuidado</p>	<p><i>Normalmente son salas que tenemos entre 6 y 10 pacientes por sala [...] todo se hace enfrente de ellos (EN1)</i></p> <p><i>Fue algo que observe desde el primer día en el servicio 1, cuando [para mi sorpresa] entré a una habitación a las 9 de la mañana y no salí de ella hasta casi las 1 del mediodía [era la habitación de 6 camas]. Por primera vez, sentí que estaba cansado de estar de pie (PO)</i></p> <p><i>Durante las mañanas hay designada una enfermera como coordinadora en todas las plantas. [...] Ella teóricamente tiene que tener la información de todos los pacientes de la planta y va a intentar quitarte parte de ese trabajo de oficina. [...] Si durante la mañana tienes que hacer alguna llamada intentas que lo haga la coordinadora. [...] La coordinadora no tiene pacientes a cargo clínicamente por lo que se puede llevar todo el tiempo que quiera al teléfono (EN1)</i></p>
<p><b>La perspectiva holística. No fragmentar la realidad</b></p>	<p>Sólo existe una figura cuidadora cualificada</p> <p>La mirada más completa de los ECCi</p>	<p><i>En ese momento me di cuenta lo que estos cuidados hubiesen significado en la unidad de mi anterior observación [la región sur de España]: posiblemente la auxiliar [junto a otra auxiliar] habría hecho la higiene, y después, la enfermera habría curado sus heridas [o quizás las auxiliares habrían llamado al enfermero para realizar la cura al mismo tiempo, si estaba desocupado]. Pero, seguramente, ambos hubiesen esperado al</i></p>

		<p><i>celador para levantar al paciente (PO)</i></p> <p><i>Nós preocupamo-nos em tratar o doente como um todo. Vemos sempre a situação física, emocional, familiar, social, as condições da habitação, nós tentamos sempre fazer uma avaliação global e tentar dar o máximo de respostas para todas as situações (PN2c)</i></p>
<p><b>El interés por lo cotidiano. Hablar (y utilizar) su realidad</b></p>	<p>Prestar atención a lo cotidiano</p> <p>Lo cotidiano como base de la acción</p>	<p><i>También fue el primer día cuando pude ver cómo la enfermera 1 negociaba una cucharada más de crema (puré) con un paciente que no parecía estar demasiado orientado, pero al que interpelaba continuamente “¿cómo está la crema?, ¿quieres más? (PO)</i></p> <p><i>Llegaron a la cocina, donde la hermana estaba cocinando algo, al pasar junto al fregadero, PN2c dijo a Doña P7 que dejara el andador y se agarrara al filo de la encimera [...] “Ve, se apoya aquí en el fregadero y le da algo que pueda hacer [le decía a la hermana], [...] mientras no sea un cuchillo [bromeó]” (PO)</i></p>
<p><b>La preocupación por la competencia. Dejar hacer</b></p>		<p><i>La visita al Sr. P3 comenzó de forma inesperada, la hija del Sr. P3 salió a nuestro encuentro muy preocupada. Había notado que su padre respiraba peor [...] Como sospechaba PN3, la SNG estaba fuera de estómago “Son cosas que pasan [le decía PN3c]. Que no se culpe [su hermana] estas cosas nos pasan también a nosotros, ¿verdad Manuel?, [me interpelaba]”. La hija del Sr. P3 era muy colaborativa. [E imagino que] PN3c no quería que perdiera la confianza en sus capacidades [...] De hecho, [incluso] en esta situación [de cierta urgencia], ofrecí mi ayuda a PN3c para movilizar al Sr. P3 y PN3c la rechazó para que fuera la hija quien la ayudase. “Ya te pediré a ti que me pases cosas [me dijo]” (PO)</i></p>
<p><b>El paciente como protagonista de su vida. Acompañar</b></p>		<p><i>[...] existen unas reuniones especiales que son solo para conocer la opinión y deseos del paciente. Es todo, sus inquietudes, lo que le asusta o las necesidades de enseñanza que tenga [...] Aquí va todo enfocado a los deseos del paciente. Entonces por supuesto va a ser como quiera aunque yo le explique que alguna cosa la debemos hacer de tal forma (EN1)</i></p>

### **2.3.9. Diferencias relacionadas con el nivel de atención y el contexto geográfico**

Una vez concluido este apartado, es posible extraer una imagen de conjunto de cada uno de los entornos estudiados. Dicha imagen, aparece en la siguiente tabla (tabla 2.14, página siguiente)

Tabla 2.14. Diferencias relacionadas con el nivel de atención y el contexto geográfico

Acción /(tipo)	Hospital (ESP)	Hospital (POR)	Comunitaria (ESP)	Comunitaria (POR)	Hospital (ENG)
<b>Técnicas diagnósticas y tratamientos (AI)</b>	Frecuente, central, lejos del paciente	Frecuente, central, junto al paciente	Periférico	Central en USFs	Frecuente, central, junto al paciente
<b>Cuidados físicos (AI)</b>	Rol colaborador	Frecuente, central, junto al paciente	(Cuidador familiar/ allegado)	(Cuidador familiar/ allegado)	Frecuente, central, junto al paciente
<b>Trabajo administrativo (AI)</b>	Papeleo frecuente, central, pesado, registro orientado a la auditoria	Trámites aligerados, figura administrativa, registro orientado a la auditoria	Moderado, orientado a la auditoria	Moderado, registro de la técnica	Trámites aligerados, figura administrativa
<b>Información (AE)</b>	Sistemática, condicionada por el tiempo	Sistemática, condicionada por el tiempo	Frecuente	Frecuente	Frecuente, requisito institucional-cultural
<b>Enseñanza (AE)</b>	Descontextualizada, estratégica, condicionada por el tiempo	Adaptada, estratégica, condicionada por el tiempo	Central, criterios universalistas, estratégica	Central, criterios universalistas, estratégica Encarnada en la vida (UCCs)	Frecuente, requisito institucional-cultural
<b>Conflictos de interés (AE/C)</b>	Imposición de la norma	Imposición de la norma	Imposición de la norma	Imposición de la norma (USFs) Deseos del paciente en UCCs	Deseos del paciente
<b>Apertura al contexto (AE/C)</b>	El paciente “deja la vida en la taquilla”	Interés por el contexto al alta	Conocimiento profundo de la vida del paciente	Conocimiento profundo de la vida del paciente	La vida continúa antes y después del hospital
<b>Acuerdos (AE/C)</b>	No manifiestos	Acciones cotidianas	Adaptación del paciente a las propuestas del profesional	Adaptación del profesional a la vida del paciente (UCCs)	Adaptación del profesional a la vida del paciente



## 2.4. Discusión

En el capítulo de resultados, se ha descrito la profesión enfermera en términos de actividad, se ha analizado el medio social para descubrir cómo influye en ella, y finalmente, se han descrito las condiciones favorables para una práctica que permita el protagonismo del paciente.

En este capítulo se discutirán los resultados, es decir, se situarán en el marco local, se relacionarán con discursos existentes y se interpretará el “por qué” de los discursos surgidos. Además, se recogerán las principales implicaciones teóricas y prácticas de dichos resultados; se señalarán las principales limitaciones del estudio y se darán las claves orientadoras para la investigación futura.

### Síntesis del apartado

#### 2.4.1. Descripción de la práctica enfermera

#### 2.4.2. Las razones de la práctica

2.4.2.1. Falta de tiempo y sobrecarga

2.4.2.2. Papeleo

2.4.2.3. Rigidez institucional

2.4.2.4. Elevada frecuencia de trabajo prescrito (unido a unas relaciones enfermera-médico no-del todo fluidas)

2.4.2.5. Nuevas respuestas desde el marco habermasiano

2.4.2.6. Condicionantes externos

1. La primacía de la racionalidad instrumental en la socialización profesional

2. La sacralización de la ciencia y la medicina

#### 2.4.3. Condiciones que existen en la práctica enfermera para la realización efectiva de la acción comunicativa

#### 2.4.4. De las hipótesis a los resultados

#### 2.4.5. Principales implicaciones teóricas y prácticas

#### 2.4.6. Principales limitaciones del estudio

#### 2.4.7. Claves orientadoras para la investigación futura

### 2.4.1. Descripción de la práctica enfermera

Según, Carvalho et al (2012), se distinguen dos dimensiones inextricables en la práctica enfermera: la acción productiva (más técnica) y la interacción (más humanista). Los resultados de este estudio dejan ver, sin duda, la preminencia de la parte técnica o productiva en la práctica enfermera.

Las acciones instrumentales ocupan un lugar relevante en la práctica de todas las unidades de hospitalización estudiadas: la administración de medicamentos, los cuidados físicos, la vigilancia de signos vitales y el registro de la actividad son las acciones más frecuentes. En este sentido, nuestro estudio coincide con numerosos estudios previos (Bjornsdottir, 1998; Hyde et al, 2005; Korndörfer & Xavier, 2006; Randall, Burr & Bushy, 2011; Rich, 2011) que señalan los cuidados físicos y la colaboración en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como las principales actividades de la práctica enfermera.

No obstante, y dentro de esta generalización, el estudio ha identificado diferencias asociadas a los entornos estudiados. Mientras que en las unidades de hospitalización portuguesas y británica los cuidados físicos (del tipo higiene, vestido, alimentación, movilización, etc.) ocupan un lugar destacado en términos de tiempo, e incluso de importancia; la unidad española ha abandonado este tipo de cuidado (el cuidado básico) en otra figura profesional, la auxiliar de enfermería.

Esta situación tiene que ver, sin duda, con la historia propia de la Enfermería española que, desde finales del siglo XIX, adoptó un papel técnico como ayudante del médico que no abandonó desde entonces. Es más, según algunos autores (Siles, 1999), este rol se agudizó con la figura del Ayudante Técnico Sanitario (ATS), llegando indemne hasta nuestros días. Así, mientras que la década de los 50-60 supone una reivindicación del cuidado (a nivel internacional), la Enfermería española sigue su derrotero técnico, abandonando los cuidados más básicos en otra figura diferente.

Posiblemente, este abandono de los cuidados básicos haya sido una de las razones que justifican el menor contacto con el paciente que evidencian las participantes españolas en nuestro estudio.

En su lugar, las enfermeras de la unidad de hospitalización española dedican una gran parte del tiempo a la gestión de tareas burocráticas. Su realización es larga y difícil. Para muchas de las participantes, el trabajo más desagradecido. Esta percepción es (sin embargo) diferente en el entorno portugués y británico.

En primer lugar, porque en ambos hospitales, existe una enfermera administrativa. En el caso de Portugal, la enfermera subjefe (adjunta a la enfermera jefe), y en el caso inglés, la enfermera coordinadora (una labor desarrollada habitualmente por la manager). Esta solución coincide con propuestas como la de Phillips et al. (2007) que defienden la necesidad de crear figuras enfermeras administrativas o la apuntada por Lomas (2012), que propone descargar el trabajo en otras figuras no enfermeras, o 'Flow techs' (No-autor, 2006).

Pero además, en segundo lugar, porque la práctica observada en el hospital portugués solventa dicha situación mediante aplicaciones informáticas (que permiten mantener a la enfermera más tiempo junto al paciente). Esta solución también encuentra apoyos en la bibliografía (Dagnone et al., 2006; Thompson, 2005).

No obstante, el hallazgo de una importante práctica burocrática es algo previsible si tenemos en cuenta que nuestro pasado nos sitúa como ayudantes del médico (Domínguez-Alcón, 1986) y que una de las tareas fundamentales ha sido la de servirles como secretarias (Fernández & Pérez, 2005). La imagen de una enfermera cumplimentando o, cuando menos, tramitando los volantes del médico no es una imagen tan lejana ni tan extinta como pudiera parecer (en nuestros hospitales).

Si nos situamos, en cambio, en la atención comunitaria, observamos una práctica muy diferente. Por un lado, las técnicas instrumentales aparecen reunidas en cortos espacios de tiempo (y en lugares concretos), en lo que se viene a llamar la consulta de “servicios comunes” o de tratamientos; y por

otro lado, la separación de consultas médicas y enfermeras ha hecho que cada cual cargue con sus tareas administrativas.

No obstante, en el ámbito comunitario también se han encontrado diferencias entre los entornos estudiados (España y Portugal). Mientras que en España la acción instrumental ocupa un lugar periférico, en Portugal, este tipo de acción sigue siendo central en la atención de la USFs. Las razones pueden ser muchas, pero es indudable que el recorrido del sistema comunitario portugués es considerablemente más corto que el español. Mientras que primeras USF aparecen por Decreto-Ley n.º 298/2007, de 22 de Agosto, y sus primeras UCC por Decreto-Ley n.º 28/2008, de 22 de Febrero, en España las primeras consultas de Enfermería fueron reguladas en el año 1985 (Guirao, 1998).

Una vez analizado el contenido de las acciones instrumentales en los diferentes entornos, centraremos nuestra atención en sus modo de realización y, a este respecto, hay que decir que estas acciones se realizan (uniformemente) de forma sistemática, lo que provoca en aquellos entornos en los que son comunes (la práctica hospitalaria) una imagen general muy mecánica del trabajo de la enfermera (Everett, 1993; Porter, 1988).

No obstante, la realización sistemática de estas acciones no es de extrañar si tenemos en cuenta que técnicas diagnósticas y tratamientos médicos tienen por objeto fundamental el elemento corporal y que dicho componente facilita la intervención técnica y, hasta cierto punto, mecánica (Colliere, 1993). Esto es así, y no ocurre nada mientras no convirtamos a los pacientes en objetos orgánicos (Hamilton & Manias, 2006; Henderson, 1994; Lawler, 1991; May, 1992; Parker, 2004, citados en Miró 2008)

Tampoco debe extrañarnos la actuación sistemática en el ámbito español pues, como dice Miró (2008), nuestra formación más reciente ha encaminado nuestra práctica hacia la realización de trabajos “según unos criterios preestablecidos, sin pensar y sin saber por qué lo hacíamos de ese modo”.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que con nuestro pensar sistemático estamos impidiendo el pensamiento crítico, tan necesario en la

profesión enfermera (Medina, 2005); y que con nuestro actuar mecánico no estamos sino perpetuando la tradicional imagen del médico realizando los trabajos más intelectuales mientras las enfermeras se dedican a aquellos más manuales (Fealy & McNamara, 2007).

Respecto a la ubicación de las acciones instrumentales en las dinámicas de trabajo, representan, en muchos casos, la estructura en torno a la cual se articula el resto de la práctica.

Los resultados del estudio sitúan la administración de medicamentos en el lugar central y alrededor del cual se organizan el resto de actividades en el hospital. Aunque en el caso del hospital portugués y británico, los cuidados de higiene, posturales y la alimentación son igualmente centrales. Pero, incluso en espacios esencialmente relacionales como las consultas enfermeras del entorno comunitario español, resulta interesante comprobar cómo rutinas de trabajo técnico-instrumentales (determinación de la tensión, el pulso, la glucemia, el peso, la talla, etc.) constituyen el armazón del encuentro.

Las razones para ello pueden ser varias e ir desde planteamientos internos, como que los profesionales a la hora de prestar cuidados priorizan lo más fácil y lo más rápido (Alberdi, 2006) (y eso es la administración de medicamentos y los cuidados físicos), hasta razones externas al profesional como el hecho de que las instituciones educativas y sanitarias dan prioridad a una correcta aplicación de procedimientos técnicos (Cánovas, 2008)

En caso de ser esta segunda razón cierta, esta realidad estaría respondiendo a la siguiente de nuestras preguntas. El grado de cumplimiento de las acciones instrumentales es tan alto porque estas acciones tienen la consideración de trabajo que “debe ser hecho y hecho en su momento” (Bermejo, 2003 citado en Cánovas, 2008; Hospital & Guallar, 2004).

Respecto a la acción social, se puede concluir su escasa frecuencia. No obstante, los resultados revelan diferencias claras entre los entornos español, portugués y británico siendo mayor en el segundo y tercer caso. Estas diferencias están relacionadas, fundamentalmente, con dos realidades: el entorno físico y el tipo de actividad.

Respecto al entorno físico, los hospitales portugués y británico disponen de salas de entre 6 y 10 camas, lo que permite un contacto visual permanente. Pero además, en su estructura, no contemplan la sala de medicación. La sala de medicación es, en ambos casos, un trolley que desplazan de sala en sala y les permite estar continuamente en contacto con el paciente.

Este entorno físico hace que las enfermeras pasen gran parte del tiempo junto al paciente. En el caso del hospital británico, resulta imposible “escondarse” del paciente (como afirma la enfermera participante). Aunque, como recogen los resultados del estudio, esta actitud no es natural en estos entornos (Baer & Gordon, 1994).

En cuanto al tipo de actividad, nos estamos refiriendo a la permanencia de los cuidados físicos como actividad enfermera (en los entornos portugués y británico), y a la importancia que tiene la realización de los cuidados físicos a la hora de establecer, como apunta Conder & Mirfin-Veitch (2008), una conexión emocional con la persona cuidada.

No estamos hablando, por tanto, simplemente de mayor proximidad o accesibilidad física sino también de conexión con el paciente, una conexión derivada de este contacto (Gramling, 2004). Las enfermeras españolas estarían perdiendo, de este modo, la posibilidad compartir con el paciente emociones significativas e intentar descubrir el significado de las experiencias de salud y enfermedad del paciente (Boykin & Schoenhofer, 1993; Dombeck, 1991; Eriksson, 1992; Fuller, 1991; Green-Hernandez, 1991; Mohnkern, 1992; Ray, 1994; Swanson-Kauffman, 1991, citados en Covington, 2003). En definitiva, estarían perdiendo la esencia del cuidado.

Pero, junto a esta pérdida, las enfermeras españolas estarían “hiperdesarrollando” el componente técnico de su actividad, algo que las distanciaría aún más del paciente pues, como apuntan diversos autores (O’Keffe-Mccarthy, 2009), a medida que la actividad se tecnifica, se abre una brecha en la relación íntima con el paciente; hasta el punto de que, en los entornos más fuertemente tecnologizados, los pacientes se sienten, a

menudo, deshumanizados. Este es un tema ampliamente tratado por la bibliografía (Barnard, 1996; Sandelowski, 1988).

En lo que respecta al tipo de comunicación que surge (cuando sucede), suele adoptar dos formas básicas. Por un lado, *small talks* o conversaciones banales, sobre cualquier tema; y por otro lado, acciones de información y enseñanza.

Ambos tipos de comunicación están fuertemente presentes en todos los ámbitos y todos los entornos. Es necesario hablar con ellos (con los pacientes) de “otras cosas” para hacerles más llevadera la enfermedad; y es necesario ofrecerles información para evitarles problemas “cuando nosotras (las enfermeras) no estemos”. Fueron dos ideas centrales en la intención comunicativa de las enfermeras participantes.

Respecto a las conversaciones banales, diversos estudios exponen cómo los pacientes prefieren conversaciones normales y no profundas sobre su situación incluso cuando se enfrentan a situaciones emocionalmente complicadas (Hunt, 1991) o cómo incluso prefieren centrarse en la parte técnica en lugar de hacerlo en sus experiencias vividas (Larson, 1986; Larsson et al., 1998; von Essen & Sjoden, 1991) para escapar de su situación. Ambas referencias estarían apoyando las impresiones de las enfermeras de nuestro estudio.

Respecto a las acciones informativas aparecen en el estudio como una preocupación general de todas las enfermeras de hospitalización. Estos datos concuerdan con el estudio de Zaforteza et al (2004) que apuntan resultados similares. No obstante, nuestro estudio no evidenció las resistencias que Zaforteza et al (2005) describen, por parte de médicos, a ceder la centralidad en el proceso de información al paciente, o las penalizaciones que describen otros estudios cuando la enfermera informa sobre aspectos referidos al proceso clínico o el tratamiento (Gordon & Nelson, 2006; McBride & Clark, 2006; Pattison, 2006, en Miro, 2008). Las respuestas a las preguntas del paciente sobre la terapéutica prescrita o las pruebas diagnósticas realizadas fueron (durante todo el estudio) comunes y aproblemáticas.

Por su parte, el gran número de episodios de educación sanitaria observados en nuestro estudio confirman la importancia que la profesión ha otorgado a este tipo de actividad. La competencia del paciente para su autocuidado se ha convertido en uno de los objetivos más comunes de la práctica enfermera (Whitehead, 2005, 2006).

Este resultado parece contradecir a estudios previos que describen el área de la salud (y concretamente a los médicos) como prototipo de agentes causantes de empobrecimiento cultural, es decir, como ejemplo de cultura experta que fragmenta la vida y extrae los problemas cotidianos de su contexto para apropiarse de las soluciones (Barry et al., 2001; Fredriksen, 2003; Illich, 1975; Sveaneus, 2009).

En cuanto al momento en el que surgen estas conversaciones, en el entorno hospitalario se sitúan, fundamentalmente, en los momentos en los que la enfermera se dirige a la habitación del paciente para hacer cualquiera de las numerosas acciones instrumentales. Entremezcladas (solapadas) con ellas. Parecen necesitar la realización de una acción instrumental. De hecho, existen estudios que informan que aquellos pacientes que no padecen malestares físicos (extendamos este concepto al de acción instrumental) tienen menos posibilidades de interactuar con la enfermera. (Peterson, 1988)

Esto, en cambio, no ocurre en la atención comunitaria, donde la comunicación tiene espacios especialmente diseñados en las consultas de enfermería, a través de las cuales se prestan cuidados, en la mayoría de los casos, en un sistema de apoyo-educativo que exige de la acción social por definición (Guirao, 1998).

Aparte de las acciones de información y enseñanza (que en el marco de Habermas serían definidas como acciones estratégicas) y de las conversaciones banales destinadas a “entretener”, el estudio no descubre acciones comunicativas, en el sentido habermasiano del término, más allá de pequeños acuerdos sobre aspectos de la alimentación, el sueño o el baño, por otro lado, algo esperado, pues como informan estudios previos (Dennis, 1990;



Biley, 1992), son las cuestiones cotidianas aquellas en las que los pacientes parecen sentir más autoridad.

Las razones de esta carencia tienen que ver (posiblemente) con la cultura institucional, profesional e, incluso, con las propias características particulares de las personas que ejercen la enfermería.

Entenderse con el paciente como pre-requisito para la acción no-es claramente un objetivo institucional en los entornos español y portugués. A pesar de la existencia de políticas institucionales que afirman que el paciente debe ser el centro de todas las políticas sanitarias (pe. Plan de Calidad del SNS, 2010), dichas afirmaciones no dejan de ser “políticas” que no encuentran elementos reales para su realización efectiva.

Tampoco parece ser un objetivo profesional pues, a pesar de que la idea de pacto es central en muchos modelos teóricos de la Enfermería (Alligood & Marriner-Tomey, 2011), la realidad es que las enfermeras toman decisiones por los pacientes sin considerar los deseos de este (Everett, 1993; Martin, 1998; Nordgren & Fridlund, 2001; Porter, 1988; Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005).

De esta forma, la acción estratégica se convertiría en la acción social mayoritaria, Así ocurre en este estudio. No obstante, no se evidencia en la actitud de las enfermeras participantes una intención explícita de mantener el poder y el control como informan Sahlsten et al (2005). Los motivos más repetidos son la falta de tiempo, que les impide parar a escuchar y hablar con el paciente (Nordgren & Fridlund, 2001) y, sobre todo, que los pacientes carecen del conocimiento y son ellas las que saben lo que es mejor para el paciente (Everett, 1993; Porter, 1988; Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005). Simplemente, “ellas saben más”. No se trata de una imposición intencionada. Realmente, su posición estratégica es inadvertida por ellas.

No son conscientes de que con esta actuación están haciendo al paciente dependiente de la intervención profesional y disminuyendo su confianza en la competencia propia y del entorno de cuidados, en definitiva, están empobreciendo culturalmente al paciente (una de las precondiciones para la colonización de su mundo de la vida) (Fredriksen, 2003).

El ejemplo más representativo (en el estudio) de esta posición estratégica inadvertida fue el de las enfermeras comunitarias españolas. Las enfermeras españolas han ampliado su visión para dejar entrar la vida del paciente, y han interiorizado la importancia de la autonomía para la acción. Sin embargo, su visión de la relación con el paciente está mediatizada por la ciencia. Se obvia su participación en la definición de la situación (la enfermera emite un juicio, unilateral, de espaldas al paciente, pe. “incumplidor”); y se obvia, ni tan siquiera se imagina, la posibilidad de que el paciente sugiera cursos de acción posibles.

De esta forma, la participación del paciente se reduce a exponer su perspectiva, para que sea usada por otros; decidir su adherencia o no a un curso de acción, también decidido por otros; y, por supuesto, a hacer la acción, bajo la amenaza de ser calificado como incumplidor, en el caso de no hacerla.

Pero, si esta actitud impositiva puede ser calificada como no-intencionada, es imposible calificar de este modo las imposiciones que se producen ante la divergencia de intereses entre enfermera y paciente (Greenhalgh, Robb & Scambler, 2006).

Esta situación no ha sido frecuente en nuestra investigación. De hecho, encontramos estudios que restan importancia a la situación, argumentando cómo las divergencias son poco frecuentes (Bury, 2001) y cómo, posiblemente, la constante negociación resultaría artificial, teniendo en cuenta la mencionada coincidencia entre los intereses del paciente y del profesional. No tendría sentido consensuar (continuamente) situaciones aporoblemáticas.

No obstante, y contrariamente a estos hallazgos, algunos estudios como el de Nordgren & Fridlund (2001) refieren la frecuente existencia de divergencias entre enfermera y paciente. Otros como los de Fontana (2008) y Solum, Slettebø & Hauge (2008) señalan (incluso) cómo las enfermeras, a menudo, actúan de forma contraria a los intereses del paciente; y otros como el de Coyle (1999) añaden cómo el paciente siente dañada su integridad cuando no se cuenta con él

Pero, una vez más, describir este reparto de acciones estratégicas y comunicativas en el estudio de forma general sería simplificar los resultados pues, aunque es cierto que los entornos español y portugués evidencian un persistente y uniforme modelo paternalista (Campos Pavone Zoboli, 2010), hostil a la acción comunicativa, nuestro estudio revela situaciones de acción social muy equilibradas en las UCCs portuguesas, donde los cursos de acción coinciden, en numerosas ocasiones, con acciones habitualmente extraídas de la vida cotidiana de las personas (con recursos de la vida cotidiana de las personas), algo que, por otro lado, no resulta extraño si tenemos en cuenta que el Decreto-Ley n.º 28/2008, de 22 de Febrero por el que se constituyen las UCCs, las sitúan en el entorno más próximo a las personas y utiliza la palabra acompañamiento para designar su función.

Aunque, la incorporación más completa del paciente en la atención parece estar representada por el discurso de la enfermera del National Health System (NHS), que identifica, claramente, el poder del paciente, llegando a situarlo, incluso, por encima del poder del profesional. Este hallazgo parece justificar la tan nombrada figura de la “advocacy” del mundo anglosajón (Vaartio et al, 2006; Zomorodi & Foley, 2009)

En definitiva, los resultados del estudio describen dos entornos muy diferentes. El entorno español y portugués, representantes de la situación más alejada de la acción comunicativa, influidos por una importante visión estratégica; y el hospital británico, que parece revelar, según los indicios del estudio, el uso intencionado de la comunicación para la negociación de sentidos compartidos/ co-creados que caracteriza la acción comunicativa.

#### **2.4.2. Las razones de la práctica**

Respecto a las razones que explican, al menos en parte, esta práctica, ocupan un lugar relevante, en las unidades de hospitalización de todos los entornos: la falta de tiempo y la sobrecarga, el papeleo (en diferente intensidad), la rigidez institucional, y la elevada frecuencia de trabajo prescrito (unido a unas relaciones enfermera-médico no-del-todo-fluidas).

#### 2.4.2.1. Falta de tiempo y sobrecarga

Los resultados del estudio señalan la sobrecarga de trabajo y falta de tiempo como el principal factor condicionante de la falta de comunicación.

Estos resultados coinciden con estudios como los de Cornell et al (2010) o Westbrook et al (2011) que describen los exiguos tiempos en los que las enfermeras tienen que encajar su práctica; o estudios como los de Choi et al. (2011), Gugerty (2008), Kaddourah et al. (2013) y Randall, Burr & Bushy (2011), que describen cómo la presión del tiempo impiden la interacción social más allá de la tarea, hasta el punto de hacer de la interacción con el paciente un lujo para las enfermeras (Daniels & Kydd, 2007).

Además, tales resultados son consistentes con la panorámica dibujada por la literatura sobre intensificación del trabajo (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2007; Blanch, 2012; Gallie, 2005), sobre work overload (Bawden & Robinson, 2008; Samia et al., 2012), y, finalmente, burnout en la profesión enfermera (Abad-Corpa et al, 2013; Schmidt et al., 2013).

Los “¿cómo está usted hoy? evitados” de las enfermeras españolas para impedir interrupciones en el trabajo programado, fueron claros ejemplos de esta realidad. Es necesario rentabilizar el tiempo, y ello supone optar por el trabajo sistemático, un trabajo que perjudica claramente la comunicación.

Pero además, la cronificación de esta sobrecarga laboral empieza amenazar seriamente las formas de relación entre la enfermera y el paciente. Estas observaciones inducen a pensar que la sobrecarga de trabajo constituye un factor que está pasando a formar parte del componente central del significado del trabajo sanitario (Ochoa, 2012).

#### 2.4.2.2. Papeleo

El papeleo es una causa habitual de queja por parte de las enfermeras (Vere-Jones, 2007; Randall, Burr & Bushy, 2011; Lomas, 2012). Su gestión ocupa una gran parte de la jornada laboral de las enfermeras. Pero además,

en el caso del hospital español, el tiempo que las enfermeras dedican al papeleo y el teléfono es especialmente grande.

Sin duda, se trata de una realidad local, pues las propias informantes del estudio identifican diferencias con respecto a otras unidades en las que trabajaron anteriormente. Pero además, la elevada carga del hospital español está relacionada con unos procesos diagnósticos o terapéuticos ineficaces donde los constantes fallos del proceso de farmacia obligaban a las enfermeras a hacer continuas llamadas telefónicas y continuos reenvíos de prescripciones. Y es que, la “organización” no sólo espera que la enfermera realice el trámite, también espera que resuelva cualquier incidencia en el proceso.

Las razones de ello pueden estar relacionadas, nuevamente, con la tradicional división del trabajo médico-enfermera. El médico “ordenaba” el tratamiento y la enfermera lo ejecutaba, y entre ambas acciones no mediaba gran complicación. El problema es que ahora los hospitales se han convertido en estructuras muy complejas, en las que una “orden” supone el desencadenamiento de una larga cadena de acciones administrativas, hasta que la prescripción es ejecutada, y la enfermera ha asumido esta nueva función sin ampliar su poder, lo que genera, en no pocas ocasiones, sentimientos de impotencia.

#### **2.4.2.3. Rigidez institucional**

En cuanto a la imposición derivada de la necesidad de adaptación a la estructura sanitaria, las enfermeras describen el hospital como algo rígido y pesado que les obliga a actuar según la norma. Las enfermeras no ofrecen libertad a los pacientes porque sienten que ellas no tienen libertad de acción en la pesada maquinaria hospitalaria.

Se trata de un asunto ampliamente descrito en la bibliografía. Fredriksen (2003) sitúa la rigidez de las normas y rutinas de las unidades de hospitalización como un elemento tradicional de coerción en los sistemas sanitarios. No obstante, estudios recientes, como el de Barbosa & Silva

(2007), la siguen situando como un factor presente en los sistemas sanitarios actuales. Nuestro estudio así lo confirma.

#### **2.4.2.4. Elevada frecuencia de trabajo prescrito (unido a unas relaciones enfermera-médico no-del-todo-fluidas)**

La última de las razones argumentadas tiene que ver con el elevado número de prescripciones de las que se compone el trabajo enfermero, y su carácter obligatorio ante la posible “reprimenda por el trabajo no-realizado”.

A este respecto, diversos estudios describen cómo las relaciones profesionales entre enfermeros/as y médicos, a pesar de que han cambiado considerablemente en los últimos treinta años, siguen manteniendo desequilibrios históricos de poder y autoridad (Casanova et al, 2007; Miró, Gastaldo & Gallego, 2008; Reeves, Nelson & Zwarenstein, 2008)

El problema, como indica McLain (1988), es que el cambio sólo es posible si enfermeras y, sobre todo, médicos tienen la voluntad de crear las condiciones necesarias en la práctica, porque el sistema económico y político no puede legitimar una práctica colaborativa si no existe previamente colaboración a nivel sociocultural. Se trata, por tanto, de un problema de ideologías y, en consecuencia, difícil de sustituir mediante argumentos científicos.

De hecho, la literatura ha evidenciado que unas buenas relaciones interprofesionales contribuyen a promover prácticas clínicas seguras, a alcanzar de forma eficiente los objetivos de salud y a disminuir la ocurrencia de errores o incidentes adversos en el cuidado (Lingard et al., 2004; McCallin, 2005; Sirota, 2007, 2009; Zwarenstein & Reeves, 2000). Sin embargo, la práctica colaborativa sigue siendo minoritaria en el campo de las relaciones médico-enfermera.

#### **2.4.2.5. Nuevas respuestas desde el marco habermasiano**

Sin embargo, si atendemos al marco de referencia elegido para el estudio, se hace necesario traspasar los tradicionales argumentos de “no

tengo tiempo” o de “las organizaciones o los médicos no me permiten hacer nada”. Como dice Fredriksen (2003): “Los profesionales ya eran arrogantes y las normas hospitalarias ya eran rígidas hace 30 años”. Si la deshumanización es un problema más grave hoy en día debe ser por la acción de un mecanismo diferente.

Es necesario mirar con una perspectiva nueva hacia la burocratización (el sistema burocrático) y la monetarización (el sistema económico) propuestos por Habermas como los principales procesos que distorsionan el mundo de la vida.

Al hacerlo de este modo, encontramos dos grandes motivos comunes en ambos ámbitos (hospitalario y comunitario): 1) la excesiva burocratización en términos de eficiencia; y 2) la excesiva protocolización en términos científicos.

Ambos sistemas habermasianos pueden ser fácilmente identificados dentro de los sistemas de salud, sin embargo es más difícil justificar su influencia en la falta de acción comunicativa.

El análisis del sistema económico podría, incluso, ser obviado en esta tarea, pues el estudio ha sido realizado en tres países con sistemas públicos de salud. Es decir, no parece coherente utilizar el argumento dinero en estos entornos, pues las prestaciones y servicios más importantes suelen ser gratuitos o, al menos, los pacientes no tienen que pagar el precio real del servicio. Pero el dinero participa en esta colonización de nuestros sistemas a través del “new management”, un sistema de gestión que prima criterios mercantilistas sobre los tradicionales valores humanistas (Allen, 2007; O’Keefe-McCarthy, 2009).

En los últimos tiempos, el new management ha introducido en las organizaciones sanitarias una cultura y herramientas empresariales que la organización ha asumido en mayor o menor medida. Los viejos valores humanistas propios de la enfermería, quedan en parte relegados al nivel individual y en parte subordinados a la axiología de la eficiencia y la eficacia (Hernández-Yáñez, 2010; Sellman, 2011). La búsqueda de la eficiencia está produciendo cambios en la gestión y organización del trabajo.

Estudios recientes (López-Crespo, 2012) enfatizan los efectos perversos de la primacía dada a los criterios mercantilistas en la puesta en marcha de medidas de modernización de los sistemas sanitarios.

Las enfermeras de todos los entornos estudiados hacen referencia al cumplimiento de objetivos (aunque con diferente grado de preocupación o, incluso, de angustia). Es un tema fácilmente observable en sus discursos: hay que producir, pero además, hay que medir lo que se ha producido (para recibir financiación en función de los logros conseguidos).

El problema es que producir cuidados no es difícil, pero sí lo es medirlos: hablar con las personas (pe.) no es exactamente un producto que se pueda medir; mientras que sí lo son todo un ramillete de acciones técnicas realizadas sobre el componente más objetivo de las personas: la biología.

La consecuencia de esta dinámica es clara: las enfermeras se reparten entre la realización de técnicas sobre el componente corporal (objetivable y medible) y la pantalla del ordenador (para dejar constancia de las mismas). El paciente, mientras tanto, espera que la enfermera se pare a mirarle a los ojos o a dirigirle alguna palabra. Esta situación es descrita en estudios como los de Evetts (2009) y Thomas & Hewitt (2011).

Algunos estudios describen, incluso, el surgimiento de una subjetividad laboral distinta (Halford y Leonard, 2006). La experiencia de trabajo en hospitales reorganizados empresarialmente da lugar a ciertas formas de pensar, sentir y actuar con respecto a uno mismo, a las demás personas y a la organización (Crespo, 2009).

No obstante, los profesionales se están mostrando críticos con respecto a los procesos de mercantilización de la profesión, contra las políticas que la deshumanizan y contra la planificación de los servicios que prioriza los objetivos mercantiles sobre los objetivos clínicos. Estos resultados también coinciden con los datos aportados por otros estudios (Edwards et al., 2002; Smith, 2001). A pesar de ello, los resultados del estudio también describen unos profesionales considerablemente adaptados a las políticas del centro y a la adecuación a la organización.



Respecto a la excesiva protocolización en términos científicos, podríamos llamarla “el exceso de encoded knowledge”, representante de las “acciones del habla instrumentales” propuestas por Fredriksen como tercera forma de “hacer cosas con palabras” (junto a las acciones comunicativas y estratégicas propuestas originalmente por Habermas).

El encoded knowledge representa el afán por protocolizar todo en torno a la “evidencia”, una tendencia que está produciendo una expulsión del paciente en la atención.

Los resultados del estudio apuntan hacia un uso excesivo de la evidencia en términos universalizadores que “aplantan” los criterios particulares emanados de la práctica (del paciente particular). Estos resultados coinciden con estudios etnográficos como los de Cruces (2006) en hospitales de Madrid que evidencian procesos cada vez más protocolizados. La tendencia a la acción regulada es una constante en las profesiones sanitarias actuales.

Respecto a este tema, las enfermeras del estudio dejan ver un uso de la norma (expresada en este caso en forma de protocolos y planes de cuidados) similar al que la enfermería ha venido haciendo de las órdenes médicas: para su cumplimiento. Lejos de un hábito de cuestionamiento, los protocolos son ejecutados por las enfermeras como lo fueron siempre las acciones prescritas. Hernandez-Yañez (2010) destaca este aspecto como especialmente importante en enfermería:

[En la cultura enfermera] “no hay prácticamente lugar para el pensamiento tácito, porque la disciplina enfermera es básicamente metodológica y en su praxis está acostumbrada a trabajar disciplinadamente con sujeción a órdenes, protocolos y planes de cuidados”.

Diversos autores (Hernández-Conesa, 2003) asocian esta tendencia a trabajar sujeto a normas con elementos históricos como la tradicional separación de técnica y conocimiento existente en la práctica enfermera. Aunque también se ha asociado con la relación mantenida por la enfermería

con la religión (Collière, 1993), que ha condicionado una actitud dogmática que no implica “cuestionamiento”.

Los resultados del estudio de los registros son especialmente relevantes a este respecto, pues revelan cómo las notas narrativas de la enfermera no son sino un simple listado de acciones que no sugieren ningún proceso reflexivo.

El problema es que, la tradición dogmática se ve reforzada hoy día por unas instituciones que solicitan (equivocadamente) el seguimiento acrítico de normas científicas (Bermejo, 2003 citado en Cánovas, 2008; Hospital, 2004), de modo que dicho estilo de hacer enfermería se ve legitimado por el marco normativo organizacional.

#### **2.4.2.6. Condicionantes externos**

Pero más allá de condiciones organizacionales de las instituciones en las que trabajan las enfermeras, destacan otros aspectos que se sitúan fuera de las estructuras hospitalarias, en los procesos de formación y socialización profesional y, aún más allá, en la propia sociedad. Aunque ambos elementos no dejan de ser sino diferentes expresiones de una misma realidad: la hegemonía de la racionalidad instrumental.

#### **1. La primacía de la racionalidad instrumental en la socialización profesional**

Los profesionales participantes representan el prototipo de formación profesional orientada a la búsqueda de la objetividad y la evidencia. Esta interpretación coincide con las conclusiones obtenidas en otros estudios como el de Watt, Nettleton & Burrows (2008), según el cual, el proceso de formación y socialización médica supone una experiencia “desconectada de las relaciones personales” y con poco espacio para la expresión y manejo de sentimientos o emociones; una característica que parece repetirse en la formación médica, pues otros estudios (Álvarez & Álvarez, 2011) detectan, igualmente, una práctica médica que aísla al paciente de su contexto.

En el campo de la enfermería los resultados no difieren mucho, pues a pesar de la existencia de modelos más integradores, la práctica sigue dominada por el modelo biomédico (Bjornsdottir, 1998; Hyde et al, 2005; Korndöfer & Xavier, 2006) y el ámbito académico por el predominio de la racionalidad instrumental (McLean, 1992; Rocco & Stievano, 2007).

## **2. La sacralización de la ciencia y la medicina**

En cualquier caso, no resulta extraña esta orientación de la formación profesional si tenemos en cuenta que la sociedad ha sacralizado la ciencia y, con ella, la medicina:

Mientras que los sacerdotes de las religiones tradicionales han ido perdiendo influencia en unas sociedades cada vez más laicas y pluralistas, el médico ha ido asumiendo funciones que le confieren un nuevo tipo de rol sacerdotal, sociológicamente hablando. Los valores de virtud y pecado han ido perdiendo terreno, a la vez que lo han ganado los valores de salud y nocividad. Como consecuencia de ello puede decirse que el médico se ha ido convirtiendo en el nuevo sacerdote de la sociedad del bienestar (Lázaro & Gracia, 2006)”.

### **2.4.3. Condiciones que existen en la práctica enfermera para la realización efectiva de la acción comunicativa**

El último de los aspectos tratados por el estudio es la identificación de condiciones favorecedoras de la acción comunicativa en la práctica enfermera. A este respecto, los resultados identifican, en diferentes entornos, la presencia enfermera, la perspectiva holística, el interés por lo cotidiano, la preocupación por la competencia y el acompañamiento como factores presentes en situaciones próximas a la acción comunicativa.

Estos factores son destacados por diversos autores como elementos presentes en la ideología del cuidado. La presencia es citada por un amplio número de ellos (Boykin & Schoenhofer, 1993; Dombeck, 1991; Eriksson, 1992; Green-Hernandez, 1991; Ray, 1994; Swanson-Kauffman, 1991). La perspectiva

holística llega a identificarse como elemento diferenciador de la Enfermería (Betts, 2005) en su reconocido compromiso con el paciente (Cody, 2003; Cook & Cullen, 2004; Cumbie, 2001; Engebretson, 2002). El interés por lo cotidiano es descrito como una conexión con el paciente que convierte lo ordinario en extraordinario (Hinds, 2011). Y por último, la preocupación por la competencia y el acompañamiento son identificados por otros (Fagermoen, 1997; Badcott, 2011; Sellman, 2011) como elementos que definen el hacer colaborativo de la Enfermería

Por tanto, acción comunicativa y cuidado parecen ir de la mano. De ahí nuestra propuesta de utilizar la acción comunicativa para hacer efectivo el cuidado en la práctica enfermera. Haciendo efectiva la acción comunicativa haremos efectiva la ideología del cuidado.

#### **2.4.4. De las hipótesis a los resultados**

Los resultados obtenidos describen una clara hegemonía de los sistemas (la tecnología médica) sobre el mundo de la vida (las biografías de los pacientes) en el medio hospitalario. El paciente parece “dejar su vida en la

taquilla” para identificarse con partes corporales, o alteraciones, propicios para la atención tecnológica que se convierte, de este modo, en la intervención estándar. Mientras tanto, la acción social aparece de forma periférica.

En la atención comunitaria, en cambio, la acción instrumental deja el protagonismo a la acción social. No obstante, se observa un predominio de acciones estratégicas caracterizadas por la intención de influir en el paciente.

Por tanto (en uno y otro entorno), los resultados del análisis “desvelan” la colonización de ámbitos de la práctica enfermera que demandan el entendimiento lingüístico por mecanismos impersonales propios de los medios sistémicos.

En este sentido, “descubren” a los sistemas burocrático, económico y científico cómo agentes de dicha colonización. Pero lo hace con matices

nuevos en forma de gestión clínica (new management) y evidencia clínica (encoded knowledge).

Este aspecto es especialmente visible en el ámbito comunitario, donde, a pesar de que las conversaciones son frecuentes, la enfermera no demuestra ni ofrece libertad de acción, sujetándose a rígidas estructuras conceptuales (guías y procesos).

En términos disciplinares, estos resultados se traducen en una ausencia en la práctica de la ideología del cuidado. No obstante, también es cierto que los resultados del estudio revelan una especial sensibilidad de las enfermeras hacia los valores humanistas.

Los valores humanistas son percibidos por las enfermeras como algo propio, incluso diferenciador de su práctica y cuando faltan, cuando no tienen tiempo para escuchar y hablar con el paciente, experimentan una preocupación por la pérdida del vínculo personal, íntimo y de confianza con el paciente.

#### **2.4.5. Principales implicaciones teóricas y prácticas**

Los resultados descritos podrían contribuir a una nueva comprensión de la práctica enfermera, donde sean considerados los fuertes sistemas en los que se encarna.

Además, sería necesario que políticos e instituciones escucharan las demandas enfermeras de menores cargas, liberación de determinadas tareas, etc., para permitirles atender las experiencias de salud-enfermedad de las personas.

No obstante, los resultados también dejan importantes preguntas y dudas sobre la posibilidad de una atención más cálida, humana y personal vista la desmedida confianza depositada por los pacientes, pero sobre todo por profesionales, en la ciencia clásica, fría e indiferente. El mundo académico debe tenerlo en cuenta e incluir formación específica (la racionalidad comunicativa) dentro de los currículos.

Por último, creemos que el marco propuesto (la TAC) es una perspectiva adecuada para el ámbito profesional enfermero, y un paradigma prometedor para la investigación o el desarrollo disciplinar.

#### **2.4.6. Principales limitaciones del estudio**

Las informaciones incluidas en el análisis de este estudio están sujetas a varias limitaciones. Es preciso señalar que los datos que se aportan en esta tesis fueron obtenidos al principio o incluso ya desatada la ola singular de recortes presupuestarios sufrida en España y Portugal desde el año 2010 aproximadamente.

No obstante, los resultados dejan ver un valor endémico en los sistemas de salud occidentales: el mercantilismo; un valor que se sitúa más allá de los actuales procesos europeos de restricción de recursos para la sanidad que actualmente vive de modo agudo el sistema sanitario español y portugués.

Por otro lado, las limitaciones de tiempo a la estancia financiada (en el caso de informantes portugueses) y tecnológicas (en el caso de los informantes británicos) han condicionado la profundidad del estudio en dichos entornos. En el caso del Reino Unido la riqueza de la información está muy limitada, de ahí su identificación con una prospección temática.

Por último, señalar que las perspectivas ofrecidas están relacionadas con sistemas sanitarios específicos, en un momento determinado, y sujetas a las influencias sociales internas y externas del momento. En ningún momento el estudio pretende su generalización abierta.

#### **2.4.7. Claves orientadoras para la investigación futura.**

El estudio descubre numerosos problemas sobre los que no ha podido profundizar:

Desde el marco teórico elegido, la TAC, consideramos interesante profundizar en la necesidad de creer en la idea de realidad compartida (de

diagnóstico compartido) y de acción negociada (con la inclusión de cursos de acción propuestos por el paciente).

Por lo que respecta a los planteamientos disciplinares, consideramos que la inexistencia de la ideología del cuidado en la práctica, lejos de ser interpretada como una fuente potencial de frustración profesional, debe considerarse una oportunidad para despertar la consciencia sobre las contradicciones e incongruencias que generan las condiciones del entorno en su ejercicio profesional (Irigoyen, 2011). Este es un campo de investigación por descubrir.

Además, y de acuerdo con Ochoa (2012) consideramos que es necesario establecer nuevas formas de resistencia ante las presiones economicistas e incluso exigir la desobediencia a leyes que van en contra de los principios deontológicos de la profesión (Orozco, 2010). La defensa de valores profesionales esenciales amenazados por las tendencias mercantilistas en salud es otro campo inexplorado en nuestro estudio.

Por último, los resultados observados nos han llevado a considerar la importancia de los microentornos como espacios facilitadores del cambio. Esta línea también queda sin desarrollar en el presente trabajo.

## **2.5. Conclusões**

Os resultados do estudo da prática enfermeira no hospital descrevem uma realidade que compreende, basicamente, uma sucessão de ações técnicas levadas a cabo em um paciente que deixa a sua vida "atrás" para ser identificado com um conceito favorável à intervenção tecnológica (normalmente, com partes corporais ou alterações).

Estas ações técnicas aparecem acompanhadas por um número importante de tarefas organizacionais e trabalho burocrático que é resolvido de modos diferentes nos diferentes ambientes estudados.

Também, no caso do hospital português e britânico, a prática inclui uma quantidade importante de cuidados físicos do tipo da higiene, vestido, alimentação ou mobilização.

Entre as ações sociais, aparece um tipo de comunicação dirigida a fins (estratégica) que compreende a transmissão de informação e o ensino, uma comunicação como meio para influenciar comportamentos.

No caso da atenção à comunidade, estes dois tipos de ação social usurpam o papel principal às ações técnicas que são limitadas em espaços temporários reduzidos.

De qualquer maneira, o componente teleológico da ação, e concretamente a utilidade clínica, convertendo-se em elemento central do significado da ação para as enfermeiras.

O conhecimento largo que muitas enfermeiras demonstram ter sobre as biografias das pessoas, as experiências vitais ou os significados particulares perdem toda a sua intenção comunicativa para ser posto ao serviço de um fim, a utilidade clínica.

Em termos disciplinares, estes resultados significam a ausência (ou pelo menos deficiência) da ideologia do cuidado na prática.

Entre os fatores que condicionam esta situação aparecem razões tradicionais como a existência de umas estruturas sanitárias rígidas e pesadas contra as que as enfermeiras não podem fazer nada, ou o tradicional domínio médico.

Mas também os dados revelam duas novas razões: Uma primeira razão é a escalada de uma cultura e ferramentas administrativas (a "administração nova") que predominam valores mercantilistas sobre os tradicionais valores humanistas.

As enfermeiras de todos os ambientes estudados fazem referência à submissão a objetivos. É um tópico central. É necessário produzir. Mas também, é necessário medir isso produzido; algo que, levando em conta a natureza da ação social, não faz sino inclinar a atenção para o componente bio-tecnológico, claramente tangível.

A segunda razão é o "conhecimento codificado", uma corrente que, em seu desejo para protocolizar tudo ao redor da "evidência" e com o pretexto de



assegurar os resultados clínicos, está produzindo a expulsão do paciente na atenção.

Esta situação é, ademais, especialmente perigosa no caso de enfermagem, porque acostumadas a trabalhar disciplinadamente, com sujeição a ordens, as enfermeiras parecem obedecer às encomendas da ciência como tradicionalmente elas obedeceram aos doutores. Ordens, protocolos e planos de cuidados marcam o dia a dia das enfermeiras.

Relativo ao estudo da ação comunicativa como elemento liberalizante é possível distinguir lampejos de presença enfermeira, perspectiva holística, interesse por o cotidiano, ou acompanhamento (em alguns dos ambientes estudados e com intensidade diferente). Não obstante, estes indícios de ação comunicativa distam muito (em todos os casos) de constituir um elemento liberalizante contra a cosificación ou a coerção social porque as enfermeiras não parecem ter intenção de problematizar a realidade como uma colonização do mundo da vida por os sistemas.

### Capítulo 3. Referencias bibliográficas

Abad-Corpa, E., Molina-Durán, F., Vivo-Molina, M.C., Moya-Ruiz, B., Martínez-Hernández, A., Romero-Peigrín, J.M., Leal-Llopis, J., Hernández-Méndez, S., García-Arsac, I., Muñoz-Sánchez, M., Rodríguez-Ródenas., J.M., Iniesta-Sánchez, J., García-Jiménez, C., Caravaca-Alcaraz, B., Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., González-María, E. (2013) RN4CAST Study in Murcia: Hospital organizational characteristics and nursing staff profiles. *Rev Calid Asist.* Jul 25.

Abdel-Halim, A.A. (1983). Power equalization, participative decision making and individual differences. *Human Relations.* 36(18), 683-704

Adams, A. et al. (2000). Prescribing in Ireland: the national implementation framework. *Nurse Prescribing.* 8(4), 182,189.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2007). Riesgos emergentes. Observatorio Europeo de Riesgos. <http://www.osha.europa.eu>.

Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *J Nurs Adm.* 42(10 Suppl), S10-6.

Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R.B., Sloane, D., Silber, J. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association.* 290, 1617-1623.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA.* 288(16), 1987-1993.

Alberdi, R.M. (2006). La ética del cuidado. Una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias. *Rol de Enfermería.* 29 (3), 31-8

Aldridge, M. (1994) Unlimited liability? Emotional labour in nursing and social work. *Journal of Advanced Nursing.* 20, 722-728.

Alonso, L.E. (2002). Los mercados lingüísticos o el muy particular análisis sociológico de los discursos de Pierre Bourdieu. *Revista de Estudios de Sociolingüística*. 3(1), 111-132.

Alonso, L.E. & Callejo, J. (1999). El análisis del discurso: del postmodernismo a las razones prácticas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 88, 37-74.

Alonso, LE. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.

Álvarez, J. & Álvarez, G. (2011). Las percepciones sobre la práctica médica en la región fronteriza de Chiapas. Andamios. *Revista de Investigación Social*, 8(16), 287-321

Allan, H. & Barber, D. (2005). Emotional boundary in advanced fertility nursing roles. *Nursing Ethics*. 15(4), 392-403.

Allen, D. (2007). What do you do at work? Profession building and doing nursing. *International Nursing Review*. 54 (1), 41-48.

Allen, D. (2004) Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*. 11 (4), 271-283.

Allgood, M.R. & Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Harcourt-Brace.

Allmark, P. (1995). Can there be an ethics of care? *Journal of Medical Ethics*. 21(1), 19-24.

Amezcu, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index Enferm*. 9 (30), 30-35

Anderson, R., Issel, L.M. & McDaniel, R.R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems. Relationships between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*. 52, 12-21.

Arksey, H. (1994). Expert and lay participation in the construction of medical knowledge. *Sociology of Health and Illness*. 16 (4), 448-68.

Arslanian-Engoren, C., Hicks, F.D., Whall, A.L., Algase, D.L. (2005) An ontological view of advanced practice nursing. *Res Theory Nurs Pract*. 19(4), 315-22.

Asensio, M. (2008). El debate sobre la sanidad en Portugal: entre lo público y lo privado, la solidaridad y la gestión empresarial. *Revista Panorama Social* ,7.

Attree, M. (2001). Patients´ and relatives´ experiences and perspectives of good and not so good quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 33, 456-466.

Badcott, D. (2011). Professional values: introduction to the theme. *Med Health Care Philos*. 14(2),185-6.

Baer, E. D., & Gordon, S. (1994). Money managers are unraveling the tapestry of nursing. *American Journal of Nursing*. 94(10), 38-40

Barbosa, I.de A. & Silva, M.J. (2007). Humanization in nursing care: acting with respect in a school hospital. *Rev Bras Enferm*. 60(5), 546-51.

Barker, P.J. & Reynolds, W. (1995). The proper focus of nursing: a critique of the ‘caring’ ideology. *International Journal of Nursing Studies*. 32(4), 386-397.

Barnard, A. (1996). Technology and nursing: an anatomy of definition. *Int J Nurs Stud*. 33, 433-41

Barnes, M. (2008). Passionate participation: emotional experiences and expressions in deliberative forums. *Critical Social Policy*. 28(4), 461-481

Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Barber, N., Bradley, C.P. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med*. 53(4),487-505.

Bartholome, W.G. (1992). A revolution in understanding: how ethics has transformed healthcare decision making. *QRB Qual Rev Bull.* 18(1), 6-11.

Baur, V., Abma, T., & Baart, I. (2012). I Stand Alone. An ethnodrama about the (dis)connections between a client and professionals in a residential care Home. *Health care analysis: HCA: journal of health philosophy and policy.*

Bawden, D. & Robinson, L. (2008). The dark side of information: overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *Journal of Information Science,* 35(2), 180-191.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2009). Principles of biomedical ethics, Respect for Autonomy. New York: Oxford University Press.

Ben-Zur, H., Gilbar, O., Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosom Med.* 63, 32-39.

Bermejo, J.C. (2003) *Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana.* Santander: Sal terrae.

Betts, C.E. (2008). Do we need to redefine caring? How about re-finding it? A response to Mochan's Query. *Nurs Philos.* 9(4), 288-90.

Betts, C.E. (2005). Progress, epistemology and human health and welfare: what nurses need to know and why. *Nursing Philosophy.* 6 (3), 174-188.

Bezreh, T., Laws, M.B., Taubin, T., Rifkin, D.E., & Wilson, I.B. (2012). Challenges to physician-patient communication about medication use: a window into the skeptical patient's world. *Patient preference and adherence.* 6, 11-18

Biley, F. C. (1992). Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. *Journal of advanced nursing,* 17(4), 414-421.

Bishop A.H. & Scudder J.R. (1990). *The Practical, Moral, and Personal Sense of Nursing: A Phenomenological Philosophy of Practice.* Albany, NY: State University of New York Press.

- Björnsdóttir, K. (1998). Language, ideology, and nursing practice. *Sch Inq Nurs Pract.* 12(4), 347-62.
- Blanch, J. M. (2012). Trabajar y Bienestar. En Blanch, J. M. (Coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales.* (4-101). Barcelona: UOC.
- Blasco, M.C. (1990) *Cuidado y cuidadores en la historia de Córdoba.* Córdoba: Colecciones de la Excma. Diputación Provincial.
- Bodenheimer, T. et al. (2005). Nurses as leaders in chronic care. *British of Medical Journal.* 330, 1394-96.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice.* New York: National League for Nursing
- Bradshaw A. (1995) What are nurses doing to patients? A review of theories of nursing past and present. *Journal of Clinical Nursing.* 4(2), 81-92
- Bramall, S. (2000), Opening up open-mindedness. *Educational Theory.* 50(2), 201-212.
- Brearley, S. (2008). The cost of caring: commentary on Corbin (2008). *International journal of nursing studies.* 45(5), 805-806.
- Brilowski, G.A. & Wendler, M.C. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *J Adv Nurs.* 50(6), 641-50.
- Brown, M.A., & Draye M.A. (2003). Experiences of pioneer nurse practitioners in establishing advanced practise roles. *Journal of Nursing Scholarship.* 35, 391-397.
- Brown, P.R. (2008). Trusting in the New NHS: instrumental versus communicative action. *Sociology of health & illness.* 30(3), 349-363.
- Buendía, L., Colás-Bravo, P. & Hernández-Pina F. (1999): *Métodos de investigación en psicopedagogía.* Madrid: McGraw-Hill, España.

Bury, M. (2001) *Illness Narratives: Fact or fiction. Sociology of Health and Illness.* 23, 263-283.

Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública.* 76 (5), 409-422.

Callejo, J., (2001). El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel.

Campos Pavone Zoboli, E.L. (2010). Clinical relationships and ethical problems in primary care, Sao Paulo, SP, Brazil. *Aten Primaria.* 42(8), 406-12.

Cánovas, M.A. (2008) *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión.* Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Murcia, Murcia, España.

Caramés, MT. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En *Salud e Interculturalidad en América Latina.* Quito: Ed. Abya-Yala.

Carvalho, B.G., Peduzzi, M., Mandú, E.N., Ayres, J,R. (2012) Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev Lat Am Enfermagem.* 20(1), 19-26.

Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., Wiesman, S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *J Nurs Adm.* 37(2), 68-70.

Castledine, G. (2004). It is time for the nursing profession to get serious. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing).* 13(10), 635

Cody, W.K. (2003a) Diversity and becoming: implications of human existence as coexistence. *Nursing Science Quarterly.* 16(3), 195-200

Cody, W.K. (2003b). Nursing theory as a guide to practice. *Nursing Science Quarterly.* 16(3), 225-231.

Cohen, S. (2004). *Technology's important, but nursing's irreplaceable. Nursing management. 35(12), 12.*

Collière, MF. (1993). *Promover la vida. México: Mc Graw-Hill Interamericana*

Colliere, M.F. (1986). Invisible care and invisible women as health care-providers. *Int J Nurs Stud.23(2), 95-112.*

Collins, S.S., Henderson, M.C. (1991). Autonomy: part of the nursing role? *Nurs Forum. 26(2), 23-29.*

Comelles, J.M. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: Ed. Abya-Yala.

Conde, F. (2009). *Análisis Sociológico del sistema de discursos, Madrid: CIS.*

Conde, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp Salud Pública. 76, 395-408.*

Conder, J., Mirfin-Veitch, B. (2008). Giving and receiving personal care. What does it mean for clients and carers? *Nurs N Z. 14(10), 20-2.*

Cook, P.R. & Cullen, J.A. (2004). Caring as an imperative for nursing education. *Nursing Education Perspective. 24(4), 192-197*

Corbin, J. (2008). Is caring a lost art in nursing? *Int J Nurs Stud. 45(2), 163-5.*

Cornell, P., Herrin-Griffith, D., Keim, C., Petschonek, S., Sanders, A.M., D'Mello, S., Golden, T.W., Shepherd, G. (2010). Transforming nursing workflow, part 1: the chaotic nature of nurse activities. *J Nurs Adm. 40(9), 366-73.*

Corral, C. (1994). *El razonamiento médico. Madrid: Díaz de Santos.*



Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*. 35, 59-68.

Coupland, J., Robinson, J.D. & Coupland, N. (1994). Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations. *Discourse and Society*. 5, 89-124.

Covington, H. (2003). Caring Presence. Delineation of a Concept for Holistic Nursing. *Journal of holistic nursing*. 21 (3), 301-317

Coyle, J. (1999). Exploring the meaning of dissatisfaction with health care : the importance of personal identity threat. *Sociology of Health and Illness*, 21 (1), 95-123.

Crespo, J. L. (2009, octubre). *Subjetividad laboral del profesional sanitario en hospitales de Barcelona*. Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de Psicología Social, Tarragona, España.

Crouch, M., McKenzie, H. (2006). The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Social Science Information*. 45(4), 483-499.

Crowe, M. (2005). Discourse analysis: towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 55-63.

Cruces, F. (2006). Saber clínico y crítica médica. Un servicio intensivo de neonatología. En Velasco, H. et al (2006). *Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Madrid: Universidad Centro de Estudios Ramón Areces

Cruess, S. & Cruess, R. (2000). Professionalism: a contract between medicine and society. *Canadian Medical Association Journal*. 162, 668-669

Cuevas, H. (2008). Using reflection as a nursing intervention. *Clinical nurse specialist CNS*. 22(3), 122-123.

Cumbie, S. A. (2001). The integration of mind-body-soul and the practice of humanistic nursing. *Holistic nursing practice*. 15(3), 56-62

Cutcliffe, J.R. & Wieck, K.L. (2008). Salvation or damnation: Deconstructing nursing's aspirations to professional status. *Journal of Nursing Management*. 16, 499-507.

Chalco, K., Wu, D.Y., Mestanza, L., Munoz, M., Llaro, K., Guerra, D., Palacios, E., Furin, J., Shin, S. & Sapag, R. (2007). Nurses as providers of emotional support to patients with MDR-TB. *International Journal of Nursing Review*. 55, 253-260.

Chandratilake, M., McAleer, S., Gibson, J., & Roff, S. (2010). Medical professionalism: what does the public think? *Clinical Medicine*. 10, 364-369.

Charmaz, K. (1990). "Discovering" chronic illness: using grounded theory. *Social Science and Medicine*. 30 (11), 1161-1172.

Choi, S.P., Pang, S.M., Cheung, K., Wong, T.K. (2011). Stabilizing and destabilizing forces in the nursing work environment: a qualitative study on turnover intention. *Int J Nurs Stud*. 48(10), 1290-301.

Dagnone, R.V., Wilson, R., Goldstein, D.H., Murdoch, J., Rimmer, M.J., VanDenKerkhof, E.G. (2006) How do patients perceive electronic documentation at the bedside? *J Healthc Qual*. 28(4), 37-44.

Daniels, S., Kydd, A. (2007). Should administration be reduced so nurses can have more patient contact? *Nurs Times*. 103(40), 12

Danielson, J. (1996). Mum died in a nursing home...thank God. *J Pract Nurs*. 6(1), 28-9.

De la Cuesta, C. (2006). Teoría y método. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de Cuidados*. 2º, 136-140.

De La Cuesta, C. (1983). The 'Nursing Process' from development to implementation. *Journal of Advanced Nursing*. 8, 365-371.

De Ruiter, H.P. (2008). Defining nursing: a linguistic view. *Creat Nurs*. 14(4), 186-7.

Dean, B. (1998). Reflections on technology: increasing the science but diminishing the art of nursing? *Accident and Emergency Nursing*. 6, 200-206

Debout, C. (2006). Quel avenir pour la profession infirmière? *Soins*. 711, 90-91.

Dempster, J.S. (1994). Autonomy: a professional issue of concern for nurse practitioners. *Nurse Pract Forum*. 5(4), 227-32.

Dennis, K. E. (1990) Patients' control and the information imperative: clarification and confirmation. *Nursing Research*. 39(3), 162-166.

Denzin N. (2010). Moments, Mixed Methods, and Paradigm Dialogs. *Qualitative Inquiry*. 16(6), 419-427.

DiCenso, A., Auffrey, L., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Martin-Misener, R., Matthews, S., & Opsteen, J. (2007). Primary health care nurse practitioners in Canada. *Contemporary nurse*. 26(1), 104-115.

Dingwall R. (1997). Accounts, Interviews and Observations. En: Miller G, Dingwall. R, editores. *Context & Method in Qualitative Research*. Londres: Sage.

Dingwall, R. & Allen, D. (2001). The implications of healthcare reforms for the profession of nursing. *Nursing Inquiry*. 8 (2), 64-74.

Dombeck, M. T. (1991). The contexts of caring: Conscience and consciousness. En D. A. Gaut (Ed.), *Caring: The compassionate healer* (pp. 19-35). New York:

Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide

Domínguez-Alcón, C. (1979). Para una sociología de la profesión enfermera en España. *Revista española de investigaciones sociológicas*. 8/79, 103-129

Dossey, L. (2006). *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona: Ed. Kairós.

Draucker, C., Martsolf, D., Ross, R., Rusk, Th. (2007). Theoretical sampling and category development in Grounded Theory. *Qual Health Res.* 17(8), 1137-1148.

Drummond, J.S. (2009). Identity and difference in health and healthcare. *Nurs Philos.* 10(1), 1-3.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., Aisbett, K. Nursing, the work environment and patient outcomes. *App Nurs Res.* 24(4), 244-55

Dwyer, D.J., Schwartz, R.H. & Fox, M.L. (1992). Decision-making autonomy in nursing. *J Nurs Adm.* 22(2), 17-23.

Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: What are the causes and what can be done? *British Medical Journal*, 324, 835-6.

Edwards, S., Liaschenko, J.. (2003). On the quest for a theory of nursing. *Nurs Philos.* 4(1), 1-3.

Engebretson, J. (2002). Hand-on: the persistent metaphor in nursing. *Holistic Nursing Practice.* 16(4), 20-35.

Eriksson, K. (1992). Nursing: The caring practice of "being there." En D. Gaut (Ed.), *The presence of caring in nursing* (pp. 201-210). New York: National League for Nursing.

Everett, I. (1993). Autonomy and paternalism: an ethical dilemma in caring for the elderly. *Perspectives.* 17(3), 2-5.

Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: changes, continuities and consequences. *Comparative Sociology*, 8, 247-266.

Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *J Adv Nurs.* 25(3), 434-41.

Fealy, G.M., McNamara, M.S. (2007). A discourse analysis of debates surrounding the entry of nursing into higher education in Ireland. *Int J Nurs Stud.* 44(7), 1187-95.

Fernández de Sanmamed Santos, M.J. (1999). Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria. *Aten Primaria.* 23 (7), 453-4.

Fernández, C. & Pérez, M.L. (2005). Así nos muestran, ¿así somos?. *Cultura de los Cuidados.* 18, 98-101

Fernández, C., Gusiñé, F., Pardo, A., Sales, D. (1986). The model of Florence Nightingale. *Rev Enferm.* 9 (1), 35-9.

Fernández, S.P. (1997). Habermas y la Teoría Crítica de la Sociedad. Legado y Diferencias en Teoría de la Comunicación. Documento no publicado. Universidad SEK

Fontana, J.S. (2008). The social and political forces affecting prescribing practices for chronic pain. *J Prof Nurs.* 24(1), 30-5

Foucault, M. (1989). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Méjico: Siglo XXI.

Frazee, S. (2011). Goal of the day: initiating goal of the day to improve patient- and family-centered care. *Dimens Crit Care Nurs.* 30(6),326-30

Fredriksen, S. (2003). Instrumental colonisation in modern medicine. *Med Health Care Philos.* 6(3), 287-96.

Freire, J.M. (2006). El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Documento de trabajo. *Claridad-verano 2006-cuarta etapa*,31-45

Fulton, Y. (1997). Nurses' views on empowerment: a critical social theory perspective. *Journal of advanced nursing.* 26(3), 529-536

Fuller, J. G. (1991). *A conceptualization of presence as a nursing phenomenon*. Unpublished doctoral dissertation, University of Utah, Salt Lake City.

Furth, H. (1984). A developmental interpretation of Habermas' concept of communicative action. *Human Development*. 27, 183-188

Galvin, K.T. (2010). Revisiting caring science: some integrative ideas for the head, hand and heart of critical care nursing practice. *Nursing in critical care*. 15(4), 168-175.

Gallie, D. (2005). Work Pressure in Europe 1996-2001: Trends and Determinants. *British Journal of Industrial relations*, 43(3), 351-75.

Gimeno, J.C. (1995) *Antropología y medicina: una revisión de sus relaciones en el siglo XX*. Ponencia presentada en la II Reunión Científica de antropología y Ciencias Sociales en Castilla-León, Palencia, España.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Glover, D. (2008). Advanced practitioner roles have failed to benefit the nursing profession as a whole. *Nursing times*. 104(30), 14.

González, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *ISLAS*, 45(138),125-135

Gordon, S., Nelson, S. (2006). Moving beyond the Virtue Script in Nursing. En: Nelson, S.,Gordon, S. (2006). *The complexities of care. Nursing reconsidered (pp.13-30)*. USA: Cornell University Press

Gracia, D. (2006). Ética profesional y ética institucional: ¿Convergencia o conflicto? *Rev. Esp. Salud Publica*. 80(5), 457-467

Gracia, D. (2001). La deliberación moral. El método de la ética clínica. *Medicina Clínica*.117, 18-23

Gracia, D. (1987). *De la higiene privada a la salud pública. Beneficios y riesgos de las políticas de salud*. Ponencia presentada en las II Jornadas de Salud Pública y Administración, Granada, España

Graham, K.Y., Shamansky, S. (1996). Building castles and providing foundations. *Public Health Nurs.* 13(1),1-2

Gramling, K.L. (2004) A narrative study of nursing art in critical care. *J Holist Nurs.* 22(4), 379-98.

Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing. Defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Educ Today.* 29(2),168-75.

Greener, I. (2003). Patient choice in the NHS: the view from economic sociology. *Social Theory and Health.* 1(1), 72-89.

Greenhalgh, T., Robb, N., Scambler, G. (2006). Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective. *Soc Sci Med.* 63(5), 1170-87

Green-Hernandez, C. (1991). A phenomenological investigation of caring as a lived experience in nurses. En D. Gaut (Ed.), *Anthology on Caring (pp. 111-131)*. New York: National League for Nursing

Guasch, O. (1997). *Observación Participante. Cuadernos metodológicos N° 20*. Madrid: CIS

Guba, E.G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno Sacristán y A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica (3ª ed)*. Madrid: Akal

Gugerty, L. (2008). Said another way. Nursing care: a lost art. *Nurs Forum.* 43(3),160-1.

Guirao, A. (1998). *La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España*. Ponencia presentada en la I Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Arnedillo, España

- Gullo, SM. (1998). Masters in the art of caring. *Nursing* 28(5),10.
- Guy, M.E. & Newman, M.A. (2004). Women's jobs, men's jobs: sex segregation and emotional labor. *Public Administration Review*. 64(3), 289-298.
- Habermas J. (1990). *Pensamiento posmetafísico*. Madrid: Editorial Taurus.
- Habermas, J. (1989) Teoría de la Acción Comunicativa: Complementos y Estudios previos. Madrid: Cátedra.
- Habermas J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Editorial Taurus.
- Hader, R. (2004). Technology useful only with human touch. *Nursing Management*. 35, 12.
- Halford, S. & Leonard, P. (2006). Place, Space and Time: Contextualizing workplace subjectivities. *Organization Studies*. 27 (5), 657-676.
- Halldórsdóttir, S., Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nurs*. 20(2), 120-8.
- Hamilton, B. & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': a critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *Int J Ment Health Nurs*. 15(2), 84-92.
- Hammersley, M. (1997). On the foundations of critical discourse analysis. *Language and Communication*, 17, 237-248.
- Hammersley, M.& Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with ethnography?* Londres: Routledge.
- Hanevy, A.E. (2011). *Sobre el proceso de colonización del mundo de la vida en Teoría de la Acción Comunicativa, de J Habermas*. Ponencia presentada en las VIII Jornadas de Investigación en Filosofía de La Plata, Argentina.



Hare, W. & McLaughlin, T. (1994). Open-mindedness, commitment and Peter Gardner. *Journal of Philosophy of Education*. 28(2), 239-244

Hartman, R.L. (1998). Revisiting the call to care: an ethical perspective. *Adv Pract Nurs Q*. 4(2), 14-8

Hartrick, G. (1997). Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *J Adv Nurs*. 26(3), 523-8

Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *J Adv Nurs*. 24(1), 98-103.

Heidegger, M. (1999). *Conceptos fundamentales*. Madrid: Alianza.

Henderson VA. (1980). Preserving the essence of nursing in a technological age. *J Adv Nurs*. 5(3), 245-60

Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*. 8(2), 130-138.

Henderson, A. (1994). Power and Knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*. 20, 935-939

Hennig-Thurau, T., Groth, M., Paul, M. & Gremler, D.D. (2006) Are all smiles created equal? How emotional contagion and emotional labor affect service relationships. *Journal of Marketing*. 70(3), 58-73.

Henning Jensen, P. (1984). Psicoanálisis y hermenéutica en Alfred Lorenzer. La metateoría del proceso psicoanalítico y su relación con la lógica de las ciencias sociales. *Rev Cost De Psic*. 4-5, 27-35

Hernández-Conesa, J.M., Moral de Calatrava, P., Esteban-Albert, M. *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.

Hernández-Martín, F. (1996). *Historia de la Enfermería en España. (Desde la Antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Editorial Síntesis.

Hernández-Yañez, J.F. (2010). La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Madrid: Fundación Alternativas.

Hess, U. (2003) Les Emotions au Travail. Université de Quebec. Montreal: ON.

Hessel, J.A. (2009). Presence in nursing practice: a concept analysis. *Holist Nurs Pract.* 23(5), 276-81.

Hibbert, D., Bissell, P. and Ward, P.R. (2002). Consumerism and professional work in the community pharmacy. *Sociology of Health and Illness.* 24 (1), 46-65.

Hinds, P. S. (2011). Studying the ordinary to know the extraordinary. *Cancer nursing.* 34(6), 427

Hoffman, C. (1994). Medical payment for non physician practitioners: An access issue. *Health Affairs.* 13(4), 140-152.

Horkheimer, M. & Adorno, T. (1998). *Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos Filosóficos.* Madrid: Ed. Trotta

Hospital, M. & Guallar, R. (2004). Humanización y tecnología sanitaria. Ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería.* 46, 49-53

Hostick, T. (2005). Commentary on Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC & Plos KAE (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 14, 35-42

Hunt, M. (1991). Being friendly and informal: reflected in nurses', terminally ill patients' and relatives' conversations at home. *Journal of Advanced Nursing.* 16, 929-938

Husserl, E. (1982). La idea de la fenomenología. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Hussey, T.B. (2004). Intellectual seductions. *Nurse Philosophy.* 5, 104-111.

Huynh, T., Alderson, M. & Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 64(2),195-208

Hwang, H.L., Lin, H.S., Tung, Y.L. & Wu, H.C. (2006) Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a between-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43, 429-437.

Hyde, A., Treacy, M.P., Scott, P.A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K., Byrne, A., MacNeela, P., Hanrahan, M. (2005) Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nurs Inq*. 12(2), 66-77.

Ibañez, J. (1985). Análisis sociológico de textos o discursos. *Revista Internacional de Sociología*. 43(1), 119-160

Ibañez, J. (1979). Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI.

Ibañez, T., Íñiguez, L. (1996). Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada En: Álvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R., coords. *Psicología social aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.

Illich, I. (1975). Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores.

Im, E.O., & Chee, W. (2003). Fuzzy logic and nursing. *Nursing philosophy*. 4(1), 53-60.

Íñiguez-Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*. 23 (8), 496-502.

Irigoyen, J. (2011). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*. 48 (2), 277-293

Jarret, N. & Payne S. (2000). Creating and maintaining 'optimism' in cancer care communication. *International Journal of Nursing Studies*. 37, 81-90

Jewell, S. (1994). Patient participation: what does it mean to nurses? *Journal of Advanced Nursing*. 19, 433-438

John, V. & Parsons, E. (2006). Shadow work in midwifery: unseen and unrecognised emotional labour. *British Journal of Midwifery*. 14(5), 266-271.

Johns, C. (1997). Reflective practice and clinical supervision: part II. Guiding learning through learning to structure the supervision 'space'. *European Nurse*. 2, 192-204

Jones, K., Baggott, R., & Allsop, J. (2004). Influencing the national policy process: The role of health consumers. *Health Expectations*. 7, 18-28

Jonsdottir, H., Litchfield, M., & Pharris, M.D. (2004). The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of advanced nursing*. 47(3), 241-248

Kaddourah, B.T., Khalidi, A., Abu-Shaheen, A.K., Al-Tannir, M.A. (2013). Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. *J Clin Nurs*. 20.

Keenan, J. (1999). A concept analysis of autonomy. *Journal of advanced nursing*. 29(3), 556-562

Kendall, J. (1999). Axial coding and the grounded theory controversy. *Western Journal of Nursing Research*. 21 (6), 743-757.

Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. El pensamiento enfermero. (1996). Barcelona: Masson.

Kikuchi, J.F. (2006). The binary: an obstacle to scholarly nursing discourse? *Nurs Philos*. 7(2), 100-3.

Kikuchi, J.F. (2004). Towards a philosophic theory of nursing. *Nursing Philosophy*. 5 (1), 79-83.

Kitson, A.L. (1997). Johns Hopkins Address: Does Nursing Have a Future? *Image Journal of Nursing Scholarship*. 29, (2) 111-115

Korndörfer, E.M., Xavier, I.H. (2006). The possibility of the emergency of communicative action in a reflection group of nurses. *Rev Gaucha Enferm.* 27(3), 364-71.

Kron, T. (1981). *The Management of Patient Care*. Philadelphia: W B Saunders.

Kuhn, TS. (2005). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.

Laín, P. (1986). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.

Lake, E.T. & Friese, C.R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research.* 55, 1-9.

Larson, P.J. (1986) Cancer nurses' perceptions of caring. *Cancer Nursing.* 9, 86-91

Larsson G., Widmark V., Lampic C, von Essen L. & Sjoden P. (1998) Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing* 27, 855-864.

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J., Sjöström, B., Lindencrona, C.S., & Plos, K.A. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian journal of caring sciences.* 21(3), 313-320.

Lauri, S. & Sainio, C. (1998). Developing the nursing care of breast cancer patients: an action research approach. *Journal of Clinical Nursing.* 7, 424-432.

Lavin, M.A., Meyer, G.A., & Ellis, P. (2007). A dialogue on the future of nursing practice. *International journal of nursing terminologies and classifications: the official journal of NANDA International.* 18(3), 74-83.

Lawler, J. (1994). *Behind the screens: nursing, somology and the problems of the body*. Melbourne: Churchill Livingston.

Lawler, J. (1991). *Behind the Screens: Nursing, Sociology and the Problem of the Body*. Edinburgh:Churchill Livingstone

Lázaro J, Gracia D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra*, 29. Supl.3.

Ledesma, C.R. (2011). Relationship-based care: a new approach to caring. *Nursing management*. 42(4), 40-43.

Lee, S.H., Molassiotis, A. (2002). Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *Int J Nurs Stud*. 39, 695-704.

Leenerts, M.H. & Teel, C.S. (2006). Relational conversation as method for creating partnerships: pilot study. *Journal of advanced nursing*. 54(4), 467-476.

Liaschenko, J, & Fisher, A. (1999). Theorizing the knowledge that nurses use in the conduct of their work. *Scholarly inquiry for nursing practice*. 13(1), 29-41.

Liaschenko, J, & Peter, A. (2004). Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. *Journal of Advanced Nursing*. 46(5), 488-495

Lingard, L., Espin, S., Evans, C., Hawryluck, L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care*. 8(6): R403-8

Little, D.E & Camevali, D.L. (1969). *Nursing Care Planning*. Philadelphia: J B Lippincott.

Lomas, C. (2012). The burden of bureaucracy. *Nurs Stand*. 26(30), 22-4

López-Crespo, F.J. (2012). *Bienestar laboral en profesionales de la medicina. La doble cara de la organización sanitaria: Factores saludables y de riesgo psicosocial*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Estudios de Doctorado en Psicología Social. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Luker, K.A. (1997) Research and configuration of nursing services. *Journal of Advanced Nursing*. 6, 259-267.

Lykkeslet, E. & Gjengedal, E. (2006). How can everyday practical knowledge be understood with inspiration from philosophy? *Nursing philosophy*. 7(2), 79-89.

MacDonald, C. (2002). Nurse autonomy as relational. *Nursing ethics*. 9(2), 194-201.

Macia, M.L. & Moncho, J. (2007). Sistema nacional de salud español. Características y análisis. *Enfermería Global*.

Maclean, B.L. (1992). Technical curriculum models: are they appropriate for the nursing profession? *J Adv Nurs*. 17(7), 871-6.

Madder, H. (1997). Existential autonomy: why patients should make their own choices. *Journal of Medical Ethics*. 23, 221-225

Mann, S. & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12(2), 154-162.

Manthey, M. (2008). The Invisible Power of Nursing. *Creative Nursing*. 14 (1), 3-5.

Marck, P. (2000). Nursing in a technological world: searching for healing communities. *ANS Adv Nurs Sci*. 23(2), 62-81.

Marcuse, H. (1969). Industrialización y Capitalismo en Max Weber. En *La sociedad industrial y el marxismo*. Buenos Aires: Editorial Quintaria.

Mariano, C. (2001) Holistic ethics. *American Journal of Nursing*. 101(1), 24A-24C

Marriner, A. (1979). *The nursing process A scientific approach to nursing care*. St Louis: CV Mosby.

Marshall, M. (1996). Sampling for qualitative research. *Fam Pract.* 13(6), 522-525.

Martin, G.W. (1998). Communication breakdown or ideal speech situation: the problem of nurse advocacy. *Nurs Ethics.* 5(2), 147-57.

Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9 (1), 123-146.

Martínez-Ramos, C. (2009). El sistema Nacional de Salud. Situación actual. *Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina.* 1 (1), 1-18.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva.* 7(3), 613-619, 2012

Mason, W.H. (2009). Constructing a 'plausible narrative of progress' for nursing: a neopragmatist suggestion. *Nurs Philos.* 10(1), 4-13.

Masterman, M. (1970). The nature of paradigm en Criticism and the growth of knowledge. Cambridge: Lakatos & a. Musgrave.

May, C. (1992). Nursing work, nurses' knowledge, and the subjectification of the patient. *Sociology of Health & Illness*, 14(4), 472-487

Mayan, M, (2009). *Essentials of qualitative inquiry*. Walnut Creek: Left Coast Press, Inc.

McBride, C., Clark, AP. (2006). Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *American Journal of Critical Care.* 15, 480-491.

McCallin, A. (2005). Interprofessional practice: learning how to collaborate. *Contemp Nurse.* 20(1), 28-37.

McCance, T.V., McKenna H.P. & Boore J.R.P. (1999). Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing.* 30(6), 1388-1395.



McLain, BR. (1988). Collaborative practice: a critical theory perspective. *Res Nurs Health*. 11(6), 391-8.

McQueen A.C.H. (2004) Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*. 47(1), 101-108.

Medina, JL. (2005). *Deseo de Cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona.

Meier K.J., Mastracci S.H. & Wilson K. (2006). Gender and emotional labor in public organizations: an empirical examination of the link to performance. *Public Administration Review*. 66(6), 899-909.

Melnechenko, K.L. (2003). To make a difference: nursing presence. *Nurs Forum*. 38(2), 18-24.

Merino, C. (1995). Metodología cualitativa de la investigación psicosocial. Mexico: UNAM-CISE.

Minayo, M.C.S., Assis, S.G., Deslandes, S.F., Souza, E.R. (2003). Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciencias sociais e epidemiologia. *Cien Saude Colet*. 8(1), 97-107.

Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2010). Plan de Calidad del SNS.

Miró, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España.

Miró, M., Gastaldo, D., Gallego, G. (2008). Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*. 18(1), 25-33

Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex

Mitchell, D. & Smith, P. (2003) Learning from the past: emotional labour and learning disability nursing. *Journal of Learning Disabilities*. 7(2), 109-117.

Mohnkern, S. M. (1992). *Presence in nursing*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin.

Moran, P. (2009). Slow Down! We're Moving Too Fast! *Professional Case Management*. 14(4), 201-202

Morse, J. (1995). The significance of saturation. *Qual Health Res*. 5(2), 147-149.

Moss, E.M.D. & Maxfield, D. (2007). Silence Kills: A Case Manger's Guide to Communication Breakdowns in Healthcare Part I of III. *Professional Case Management*. 12(1), 52-54

Moughton, M. (1982). The partner in the health care process. *Nursing Clinics of North America*. 17(3), 467-479

Nájera, E. (1992). La salud pública, una teoría para la práctica, se necesita su reconstrucción? En Organización Panamericana de la Salud, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington DC: OPS

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *NEJM* 2002. 346(22),1415-1422.

Neff, D.F., Cimiotti, J., Sloane, D.M., Aiken, L.H. (2013). Utilization of non-US educated nurses in US hospitals: implications for hospital mortality. *Int J Qual Health Care*. 25(4), 366-72.

Nelson, S. (2007). De la autonomía a la responsabilidad: aspectos individuales y de conjunto en la práctica actual de la enfermería. *Enfermería Clínica*. 17(4), 1-2.

Nelson, S. (2012). The lost path to emancipatory practice: towards a history of reflective practice in nursing. *Nursing philosophy*. 13(3), 202-213.

Nightingale, F. (2001) *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson

No authors (2003). Nursing profession must unite to survive. *British Journal of Nursing*. 12(18), 1064.

No-authors. (2006) Flow techs' help ED run smoothly. *ED Manag.* 18(5), 57-8

No-autores (2013, abril 14). El 30% de pacientes se creen desinformados. *Diario medico*.

No-autores (2013, julio 3). Más del 40% de los pacientes tiene importantes carencias informativas sobre sus tratamientos farmacológicos. *DICEN (Diario Independiente de contenido enfermero)*.

Noguera, J.A. (1996). La teoría crítica: de Frankfurt a Habermas. Una traducción de la teoría de la acción comunicativa a la sociología. *Papers*. 50, 133-53.

Nordgren, S. & Fridlund, B. (2001). Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *J Adv Nurs*. 35(1), 117-25.

Norris C.M. (1982a) History of concept clarification in nursing. En: *Concept Clarification in Nursing* (ed C.M.Norris), pp. 3-10. Aspen, Rockville, MD.

O'Keefe-McCarthy, S. (2009). Technologically-mediated nursing care: the impact on moral agency. *Nursing ethics*, 16(6), 786-796

Ochoa, P.J. (2012). *Significado del trabajo en la profesión médica. Un estudio iberoamericano*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor. Estudios de Doctorado en Psicología Social. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Opengart, R. (2005). Emotional intelligence and emotion work: examining constructs from an interdisciplinary framework. *Human Resource Management Review*. 4(1), 49-62.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). *Carta Magna Constitucional*. Ginebra: OMS.

Orozco, C. (2010, Marzo 13). Hay médicos que están en desobediencia civil. Entrevista al Dr. Roberto Esguerra. *Diario El Espectador*. Recuperado de internet: <http://www.elespectador.com/impreso/cuadernilloa/entrevista-de-cecilia-orozco/articuloimpreso192791-hay-médicos-estan-desobedien>

Ortiz, J.R. (1993, junio-julio). Paradigmas de la Investigación. Conferencias presentadas en el Circulo de Estudios de San Bernardino de la Universidad Nacional Abierta, Caracas, Venezuela

Ortún, V. (2013). La Enfermería en el mundo que viene. *Enferm Clin*. 23(2), 45-47.

Paley, J. (2002). Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 40(1), 25-35.

Palmer, D., Taylor, B. (1999). The effects of psychosocial intervention on survival among patients with stage 1 breast and prostate cancer: a matched case-control study. *Altern Ther Health Med*.5, 49-50.

Pang, S.K., Ip, W.Y., Chang, A.M. (2001). Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *J Adv Nurs*. 35, 691-8.

Parker, J.M. (2004). Nursing on the medical ward. En Parker, J.M. *A Body of Work. Collected writings on nursing* (pp.1-16). London: Nursing Praxis International. Collected Papers series.

Parse, R.R, (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 5, 35-42.

Pattison, N. (2006). A critical discourse analysis of provision of end-of-life care in key UK critical care documents. *Nurs Crit Care*, 11(4), 198-208

Peacock, J.W. & Nolan, P.W. (2000). Care under threat in the modern world. *Journal of Advanced Nursing*. 35(5), 1066-1070.

Pearce, C., Phillips, C., Hall, S., Sibbald, B., Porritt, J., Yates, R., Kljakovic, M. (2009). Contributions from the lifeworld: quality, caring and the general practice nurse. *Quality in primary care*. 17(1), 5-13

Pearcey, P. (2010). Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore. *International Journal of Nursing Practice*.16 (1), 51-56.

Pelayo, A. (2007, septiembre 7). El lenguaje con el que se informa al paciente es ininteligible. *El diariomontañes.es*

Peterson, M. (1988). The norms and values held by three groups of nurses concerning psychological nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 25(2), 85-103

Pettigrew, J. (1990). Intensive nursing care: The ministry of presence. *Critical Care. Nursing Clinics of North America*. 2(3), 503-508.

Phillips, C., Dwan, K., Pearce, C., Hall, S., Porritt, J., Yates, R., Sibbald, B. Time to talk, time to see: changing microeconomies of professional practice among nurses and doctors in Australian general practice. (2007). *Contemp Nurse*. 26(1), 136-44.

Piñuel, J.L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*. 3(1), 1-42

Pitre, N.Y., & Myrick, F. (2007). A view of nursing epistemology through reciprocal interdependence: towards a reflexive way of knowing. *Nursing philosophy*. 8(2), 73-84.

Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*.24, 295-300.

Popay, J., Williams, G., Thomas, C. and Gatrell, T. (1998). Theorising inequalities in health. The place of lay knowledge. *Sociology of Health and Illness*. 20(5), 619-44.

Porr, C. (2005). Shifting from preconceptions to pure wonderment. *Nursing philosophy*. 6(3), 189-195.

Porter, S. (1988). Siding with the system...patient advocacy...benign paternalism. *Nurs Times*. 84(41), 30-31.

Porter, S. (1997). The patient and power: sociological perspectives on the consequences of holistic care. *Health and Social Care in the Community*. 5(1), 17-20

Porter, S. (1992). The poverty of professionalization: a critical analysis of strategies for the occupational advancement of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 17, 720-726.

Prior, L. (2003). Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health & Illness*. 25, 41-57

Proot, I.M., Crebolder, H.F., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H. & Ter Meulen, R.H. (2000). Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education & Counseling* 41, 275-283

Quan, L., Xu, Y., Luo, S.P., Wang, L., LeBlanc, D., & Wang, T. (2006). Negotiated care improves fluid status in diabetic peritoneal dialysis patients. *Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. 26(1), 95-100

Randall, D., Burr, J., Bushy, A. (2011) Nurses' Self-Concept and Perceived Quality of Care. A Narrative Analysis. *J Nurs Care Qual* 26 (1), 69-77.

Rashotte, J. & Carnevale, F.A. (2004). Medical and nursing clinical decision making: a comparative epistemological analysis. *Nursing philosophy*. 5(2), 160-174.

Ray, M. A. (1994). Complex caring dynamics: A unifying model of nursing inquiry. *Theoretic & Applied Chaos in Nursing*, 1(1), 23-32

Redfern, S. (1996). Individualised patient care: a framework for guidelines. *Nursing Times*. 31, 33-36.

Reeves, S, Nelson S, Zwarenstein M. (2008). The Doctor-Nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), 1-2.

Rhéaume, A. (2003), The changing division of labour between nurses and nursing assistants in New Brunswick. *Journal of Advanced Nursing*. 41(5), 435-43.

Rhéaume, A. et al. (2007), The Impact of health care restructuring and baccalaureate entry to practice on nurses in New Brunswick. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 8(2), 130-39.

Richards, K.C., Cox Sullivan, S., Phillips, R.L., Beck, C.K. & Overton-McCoy, A.L. (2001) The effects of individualized activities on the sleep of nursing home residents who are cognitively impaired. *Journal of Gerontological Nursing* 27, 30-37.

Rich-Ruiz, M. (2011). Instrumental, communicative and strategic actions: a descriptive study of nursing practice according to critical theory. *Enferm Clin*. 21(4),189-95.

Robbins, J.M., Kirmayer, L.J., Cathébras, P., Yaffe M.J., Dworkind, M. (1994). Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Med Care*. 32(8), 795-812.

Robledo, J. (2009). Observación participante: ¿técnica o método? *Nure Investigación*. 39, Marzo-Abri.

Robles, F. (2012). Epistemologías de la Modernidad: entre el etnocentrismo, el racionalismo universalista y las alternativas latinoamericanas. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*. 45, 169-203.

Rocco, G. & Stievano, A. (2007). The nurse answers for health in social inequalities: the development of the nursing critical paradigm. *Ig Sanita Pubbl*. 63(3), 319-37.

Rolfe, G. (1999). Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. *Nurse Education Today*. 19, 433- 442

Roos, J.H. (2005). Nurses perceptions of difficult patients. *Health SA Gesondhand*. 10(1), 52-61.

Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vazques-Barquero, J.L., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C., Schenem, A. & Tansella, M., EPSILON Study Group. (2003) Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*. 29, 229-245.

Ruiz Ruiz, Jorge (2009). Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas [71 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 26, <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902263>.

Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Plos, K.A., Lindencrona, C.S. (2005). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci*. 19(3), 223-9.

Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Sjöström, B., Lindencrona, C.S., & Plos, K.A. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of clinical nursing*. 16(4), 630-637.

Salmon P. (2000). Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: A challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 39 (1), 105-113.

Salvage, J. (1990). The theory and practice of the “New Nursing”. *Nursing Times*. 86 (4). 42-45.

Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria, principio, métodos, aplicaciones*. Madrid- Barcelona: Ed. Díaz de Santos

Samia, L.W., Ellenbecker, C.H., Friedman, D.H., Dick, K. (2012). Home care nurses' experience of job stress and considerations for the work environment. *Home Health Care Serv Q*. 31(3), 243-65.

San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la salud: Problemas actuales de medicina social*. Madrid: Karpos.

Sandelowski, M. (1988). A case of conflicting paradigms: nursing and reproductive technology. *ANS Adv Nurs Sci*. 10(3), 34-45



- Savater, F. (2003, 13 mayo). Filosofía de los cuidados. *El País*.
- Scambler, G. & Higgs, P. (2001). The dog that didn't bark: taking class seriously in the health inequalities debate. *Soc Sci Med.* 52(1),157-9.
- Scott, H. (2004). RCN warns that the nursing profession is in danger. *British Journal of Nursing.* 13(20), 1166.
- Scott, H. (2000). Nursing profession suffers from lack of status. *British Journal of Nursing.* 9(14), 892.
- Schmidt, D.R., Paladini, M., Biato, C., Pais, J.D., Oliveira, A.R. (2013). Quality of working life and burnout among nursing staff in Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm.* 66(1), 13-7.
- Sellman, D. (2011). Professional values and nursing. *Medicine, Health Care and Philosophy.* 14 (2), 203-208.
- Sellman, D. (2003). Open-mindedness: a virtue for professional practice. *Nursing philosophy.* 4(1), 17-24.
- Serrano, M.I. (1990). *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Ed. Aguaclara
- Sirota, T. (2009). Relación profesionalesde enfermería/médicos: resultados deuna encuesta. *Nursing.* 27(4), 8-11
- Sirota, T. (2007). Nurse and Physician relationships. Improving or not?. *Nursing.* 37(1), 52-56
- Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of advanced nursing.* 43(5), 521-530.

Skirbekk, H. (2004). A reflection on the coding of meaning in patient-physician interaction: Jurgen Habermas' theory of communication applied to sequence analysis. *Patient Education and Counseling*. 54, 245-248

Smith, R. (2001). Why are doctors so unhappy? *British Medical Journal*, 322, 1073-74.

Smith-Dupre, A.A. & Beck, C.S. Enabling patients and physicians to pursue multiple goals in health care encounters: a case study. *Health Commun*. 8 (1), 73-90

Solano Ruiz, M.C. (2006). Fenomenología-hermeneútica y enfermería. *Cultura de los cuidados*. 19, 5-6

Solum, E.M., Slettebø, A., Hauge, S. (2008). Prevention of unethical actions in nursing homes. *Nurs Ethics*. 15(4), 536-48.

Spengel, A. & Kelly, J. (1992). The ethics of care: a basis of holistic care. *Journal of Holistic Nursing*. 10(3), 231-239

Squier R.W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine*. 30(3), 325-339.

Stevenson, F. & Scambler, G. (2005). The relationship between medicine and the public: the challenge of concordance. *Health (London, England: 1997)*. 9(1), 5-21

Sticklely, T., & Freshwater, D. (2002). The art of loving and the therapeutic relationship. *Nursing inquiry*. 9(4), 250-256.

Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Papastavrou, E. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. 21(7-8),1155-67

Suhonen, R., Valimaki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2007) Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies*. 44, 197-207

Sumner, J.F. (2010). Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: a critical perspective. *Nursing philosophy*. 11(3), 159-169.

Sumner, J.F. & Fisher, W.P. Jr. (2008). The Moral Construct of Caring in Nursing as Communicative Action: the theory and practice of a caring science. *ANS. Advances in nursing science*. 31(4), E19-36.

Svenaesus, F. (2009). Medical technologies and the life world: an introduction to the theme. *Med Health Care Philos*. 12 (2), 121-3.

Swanson-Kauffman, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.

Tagliacozzo, D.L. & Mauksch J.O. (1972). The patient's view of the patient's role En E.G. Jaco. *Patients, physicians and Illness*. New York: Free press

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Teddlie, Ch.& Yu, F. (2007). Methods sampling. Typology with examples. *J Mix Methods Res*. 1(1), 77-100.

Tellis-Nayak, V (2007). A person-centered workplace: the foundation for person centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 8, 46-54.

Thomas, P. & Hewitt, J. (2011). Managerial Organization and Professional Autonomy: A Discourse-Based Conceptualization. *Organization Studies*, 32(10), 1373-1393.

Thompson, BW. (2005). The transforming effect of handheld computers on nursing practice. *Nurs Adm Q*. 29(4), 308-14

Thompson, J. (1990). Hermeneutic Inquire. En Moody, L. (Ed). *Advancing Nursing Science Through Research* (vol. 2). London: Sage

Thorne, S.E., Henderson, A.D., McPherson, G.I., & Pesut, B.K. (2004). The problematic allure of the binary in nursing theoretical discourse. *Nursing philosophy*. 5(3), 208-215.

Thurmond, V.A. (2001). The holism in critical thinking. A concept analysis. *Journal of holistic nursing*. 19(4), 375-389.

Tomás-Vidal, A.M. (1998a). El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario (I). *Enfermería clínica*. 9 (2), 65-70.

Tomás-Vidal, A.M. (1998b). El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario (I). *Enfermería clínica*. 9 (3), 121-126.

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C. & Williams, A. (1985). Meetings between

Turkoski, B.B. (1995). Professionalism as ideology: a socio-historical analysis of the discourse of professionalism in nursing. *Nurs Inq*. 2(2), 83-9.

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci*. 20(3), 282-92.

Van Dijk, TA. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*. 186, 23-36.

Varjus, S.L., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2011). Professional autonomy of nurses in hospital settings-a review of the literature. *Scandinavian journal of caring sciences*. 25(1), 201-207.

Vere-Jones, E. (2007). Weighed down by paperwork. *Nurs Times*. 103(38),16-7.

Von Essen, L. & Sjoden, P.O. (1991) The importance of nurse caring behaviours as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*. 28, 267-281

Wainstein, R. (1997). Qué, cómo y cuándo informar al paciente. *Revista Nuestro Hospital*. 1 (1), 1

Walker M. (1998). *Moral understandings: a feminist study in ethics*. New York: Routledge

Walseth L.T. & Schei E. (2011). Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care Philos*. 14(1),81-90.

Waterworth, S., & Luker, K.A. (1990). Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of advanced nursing*. 15(8), 971-976.

Watt, I., Nettleton, S., Burrows, R. (2008). The views of doctors on their working lives: a qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 592-597

Weaver, K, & Mitcham, C. (2008). Nursing concept analysis in North America: state of the art. *Nurs Philos*. 9(3), 180-94.

Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M., & Langewitz, W. A. (2007). Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient education and counseling*. 67(3), 343-348

Weiland, S.A. (2008). Reflections on independence in nurse practitioner practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20(7), 345-352.

Wesley, R.L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. Mexico D.F. McGraw-Hill Interamericana. Méjico.

Westbrook, J.I., Duffield, C., Li, L., Creswick, N.J. (2011). How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res*. 24(11), 319.

Whitehead, D. (2006). Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. *Worldviews Evid Based Nurs.* 3(4), 165-84

Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *J Clin Nurs.* 14(1), 20-7

Wiens, A.G. (1993). Patient autonomy in care: a theoretical framework for nursing. *Journal of Professional Nursing.* 9, 95-103

Williams, A. (2000). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing.* 33(5), 660-667.

Williams, G., Freedman, Z. & Deci, E. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care.* 21, 1644-1651.

Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P.S., De Pedro, J., Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *NURE Inv.* 1(3)

Zomorodi, M., Foley, B.J. (2009). The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *J Adv Nurs.* 65(8),1746-52

Zwarenstein, M., Reeves, S. (2000). What's so great about collaboration? We need more evidence and less rhetoric. *BMJ.* 320, 1022-1023.

## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta en español y portugués

Estimada/o compañera/o:


La presente encuesta recoge 18 situaciones y actividades de la práctica diaria de las enfermeras. Nuestra intención es conocer la **IMPORTANCIA DE ESTAS ACCIONES**. Para eso te pedimos que puntúes cada acción del 1 al 5, siendo **1 lo menos importante** y **5 lo más importante**.


Recogemos el mismo cuadro de situaciones y actividades para ser puntuado en **3 supuestos**:


1º según **pienso**; 2º según **hago**; y 3º según **registro**.

Te pedimos que leas **el cuadro completo** al menos una vez antes de puntuar las acciones.

Toda la información que proporciones se tratará de manera anónima y confidencial, siendo utilizada, únicamente, para responder a los objetivos del estudio.

 <b>PIENSO QUE...es importante</b>						
1.	Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares).	1	2	3	4	5
2.	Administrar el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
3.	Estar atento a la preparación que requiere cada prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).	1	2	3	4	5
4.	Saber todo lo que hay que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos), y comprobar si se ha hecho.	1	2	3	4	5
5.	Controlar signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).	1	2	3	4	5
6.	Estar atento a los aspectos emocionales de cada paciente.	1	2	3	4	5
7.	Tramitar todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la institución)	1	2	3	4	5
8.	Conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter,...).	1	2	3	4	5
9.	Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).	1	2	3	4	5
10.	No olvidar ninguna prescripción médica.	1	2	3	4	5
11.	Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita).	1	2	3	4	5
12.	Cumplir con los objetivos de la Unidad/ Servicio.	1	2	3	4	5
13.	En ciertas ocasiones (una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.), pasar tiempo con el paciente.	1	2	3	4	5
14.	Convencer al paciente para que siga el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
15.	Cuando un paciente se encuentra nervioso, inquieto, afligido o desesperanzado, administrar algún medicamento o avisar al médico para solucionarle el problema.	1	2	3	4	5
16.	Saber cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.	1	2	3	4	5
17.	En caso de que la enfermedad cambie mucho su vida, ayudar al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria.	1	2	3	4	5
18.	Contribuir en lo necesario para que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).	1	2	3	4	5

 <b>CUANDO HAGO (en mi día a día)... es importante</b>						
1.	Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares).	1	2	3	4	5
2.	Administrar el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
3.	Estar atento a la preparación que requiere cada prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).	1	2	3	4	5
4.	Saber todo lo que hay que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos), y comprobar si se ha hecho.	1	2	3	4	5
5.	Controlar signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).	1	2	3	4	5
6.	Estar atento a los aspectos emocionales de cada paciente.	1	2	3	4	5
7.	Tramitar todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la institución)	1	2	3	4	5
8.	Conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter,...).	1	2	3	4	5
9.	Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).	1	2	3	4	5
10.	No olvidar ninguna prescripción médica	1	2	3	4	5
11.	Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita).	1	2	3	4	5
12.	Cumplir con los objetivos de la Unidad/ Servicio	1	2	3	4	5
13.	En ciertas ocasiones (una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.), pasar tiempo con el paciente.	1	2	3	4	5
14.	Convencer al paciente para que siga el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
15.	Cuando un paciente se encuentra nervioso, inquieto, afligido o desesperanzado, administrar algún medicamento o avisar al médico para solucionarle el problema.	1	2	3	4	5
16.	Saber cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.	1	2	3	4	5
17.	En caso de que la enfermedad cambie mucho su vida, ayudar al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria.	1	2	3	4	5
18.	Contribuir en lo necesario para que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).	1	2	3	4	5

 <b>CUANDO REGISTRO,... es importante recoger</b>						
1.	Si he hablado con el paciente cuando llega, al ingreso (para tener en cuenta sus necesidades particulares).	1	2	3	4	5
2.	Si he administrado el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
3.	Si he preparado al paciente para una prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).	1	2	3	4	5
4.	Si se ha hecho todo lo que había que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos).	1	2	3	4	5
5.	Si se han controlado los signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).	1	2	3	4	5
6.	Cuáles son las emociones de cada paciente.	1	2	3	4	5
7.	Si he tramitado todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la institución)	1	2	3	4	5
8.	Cuál es la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter,...).	1	2	3	4	5
9.	Cuál es la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).	1	2	3	4	5
10.	Si se han realizado de todas las prescripciones médicas	1	2	3	4	5
11.	Si he iniciado una conversación al entrar en la habitación (para que el paciente me diga lo que necesita).	1	2	3	4	5



12.	Si se han realizado todas las actividades ligadas a los objetivos de la Unidad/ Servicio	1	2	3	4	5
13.	Si he pasado tiempo con el paciente porque lo necesitaba (por una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.),.	1	2	3	4	5
14.	Si he tenido que convencer al paciente para seguir el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
15.	Si he administrado algún medicamento o avisado al médico para solucionar al paciente un problema de nerviosismo, inquietud, aflicción o desesperanza.	1	2	3	4	5
16.	Cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.	1	2	3	4	5
17.	Si he ayudado al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria (en caso de que la enfermedad cambie mucho su vida).	1	2	3	4	5
18.	Si he avisado al médico de la necesidad de que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).	1	2	3	4	5

A continuación le pedimos que nos indique unos datos identificativos mínimos.

<b>Datos personales</b>	
Edad: _____	
Sexo:	1. Hombre      2. Mujer

Gracias por tu colaboración.

## Anexo 1 bis. Encuesta en español y portugués


Caro/a colega:


O seguinte questionario inclui 18 situações e atividades da prática diária dos enfermeiros. A nossa intenção é saber da IMPORTÂNCIA DESTAS AÇÕES. Para isso pedimos-lhe que pontue cada uma das ações de 1 a 5, sendo 1 o aspeto menos importante e 5 o aspeto mais importante.


Incluimos o mesmo quadro de situações e atividades para ser pontuado em 3 suposições: 1º como eu penso; 2º como eu faço; e 3º como eu registo.

Pedimos-lhe que leia pelo menos uma vez o quadro completo antes de pontuar as ações.

Toda a informação que nos fornecer será anónima e confidencial, sendo usada apenas e só para os objetivos do estudo.

 <b>EU ACHO QUE... é importante.</b>						
1.	Aquando da admissão do doente, falar com ele (para estar atento às necessidades particulares dele).	1	2	3	4	5
2.	Administrar a terapeutica prescrita.	1	2	3	4	5
3.	Estar atento à preparação que requer cada exame diagnóstico (radiologia, laboratório, etc.).	1	2	3	4	5
4.	Saber tudo aquilo que é necessário fazer a cada doente (exames e terapias) e conferir se foi feito.	1	2	3	4	5
5.	Monitorizar sinais vitais e outras monitorizações (drenagens, etc).	1	2	3	4	5
6.	Estar atento aos aspectos emocionais de cada doente.	1	2	3	4	5
7.	Processar todos os exames e terapias pedidos pelo médico (seguindo as normas estabelecidas pela instituição)	1	2	3	4	5
8.	Conhecer a capacidade do doente nas atividades da vida diária (banho, uso do sanitario, vestuário, etc.).	1	2	3	4	5
9.	Conhecer a vida de diária do doente, fora do hospital (habitação, redes sociais, hábitos, costumes, etc).	1	2	3	4	5
10.	Não se esquecer de qualquer prescrição médica.	1	2	3	4	5
11.	Sempre que entro no quarto, começar por estabelecer uma conversação (para que o doente me diga o que ele necessita).	1	2	3	4	5
12.	Cumprir os objetivos da Unidade/ Serviço	1	2	3	4	5
13.	Em certas ocasiões (uma cirurgia o dia seguinte, uma agravação, etc.), passar tempo com o doente.	1	2	3	4	5
14.	Convencer o doente para que ele siga a terapia prescrita.	1	2	3	4	5
15.	Aquando um doente nervoso, inquieto, magoado ou desesperado, administrar algum medicamento ou advertir o médico para resolver o problema.	1	2	3	4	5
16.	Conhecer como o doente percebe a doença que ele tem, os exames que são feitos, ou as terapias que nós fazemos.	1	2	3	4	5
17.	No caso em que a doença mude muito a vida do doente, ajuda-lo, a integrar a nova situação, na sua vida diária.	1	2	3	4	5
18.	Contribuir em todo o necessário para que o doente tenha a ajuda mais especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, etc.).	1	2	3	4	5

 QUANDO FAÇO (no dia a dia)... é importante.						
1.	Aquando da admissão do doente, falar com ele (para estar atento às necessidades particulares dele).	1	2	3	4	5
2.	Administrar a terapeutica prescrita.	1	2	3	4	5
3.	Estar atento à preparação que requer cada exame diagnóstico (radiologia, laboratório, etc.).	1	2	3	4	5
4.	Saber tudo aquilo que é necessário fazer a cada doente (exames e terapias) e conferir se foi feito.	1	2	3	4	5
5.	Monitorizar sinais vitais e outras monitorizações (drenagens, etc).	1	2	3	4	5
6.	Estar atento aos aspectos emocionais de cada doente.	1	2	3	4	5
7.	Processar todos os exames e terapias pedidos pelo médico (segundo as normas estabelecidas pela instituição)	1	2	3	4	5
8.	Conhecer a capacidade do doente nas atividades da vida diária (banho, uso do sanitario, vestuário, etc.).	1	2	3	4	5
9.	Conhecer a vida de diária do doente, fora do hospital (habitação, redes sociais, hábitos, costumes, etc).	1	2	3	4	5
10.	Não se esquecer de qualquer prescrição médica.	1	2	3	4	5
11.	Sempre que entro no quarto, começar por estabelecer uma conversação (para que o doente me diga o que ele necessita).	1	2	3	4	5
12.	Cumprir os objetivos da Unidade/ Serviço	1	2	3	4	5
13.	Em certas ocasiões (uma cirurgia o dia seguinte, uma agravação, etc.), passar tempo com o doente.	1	2	3	4	5
14.	Convencer o doente para que ele siga a terapia prescrita.	1	2	3	4	5
15.	Aquando um doente nervoso, inquieto, magoado ou desesperado, administrar algum medicamento ou advertir o médico para resolver o problema.	1	2	3	4	5
16.	Conhecer como o doente percebe a doença que ele tem, os exames que são feitos, ou as terapias que nós fazemos.	1	2	3	4	5
17.	No caso em que a doença mude muito a vida do doente, ajuda-lo, a integrar a nova situação, na sua vida diária.	1	2	3	4	5
18.	Contribuir em todo o necessário para que o doente tenha a ajuda mais especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, etc.).	1	2	3	4	5

 QUANDO REGISTO,... é importante incluir.						
1.	Aquando da admissão do doente, falar com ele (para estar atento às necessidades particulares dele).	1	2	3	4	5
2.	Administrar a terapeutica prescrita.	1	2	3	4	5
3.	Estar atento à preparação que requer cada exame diagnóstico (radiologia, laboratório, etc.).	1	2	3	4	5
4.	Saber tudo aquilo que é necessário fazer a cada doente (exames e terapias) e conferir se foi feito.	1	2	3	4	5
5.	Monitorizar sinais vitais e outras monitorizações (drenagens, etc).	1	2	3	4	5
6.	Estar atento aos aspectos emocionais de cada doente.	1	2	3	4	5
7.	Processar todos os exames e terapias pedidos pelo médico (segundo as normas estabelecidas pela instituição)	1	2	3	4	5
8.	Conhecer a capacidade do doente nas atividades da vida diária (banho, uso do sanitario, vestuário, etc.).	1	2	3	4	5
9.	Conhecer a vida de diária do doente fora do hospital (habitação, redes sociais, hábitos, costumes, etc).	1	2	3	4	5
10.	Não se esquecer de qualquer prescrição médica.	1	2	3	4	5

11.	Sempre que entro no quarto, começar por estabelecer uma conversação (para que o doente me diga o que ele necessita).	1	2	3	4	5
12.	Cumprir os objetivos da Unidade/ Serviço	1	2	3	4	5
13.	Em certas ocasiões (uma cirurgia o dia seguinte, uma agravação, etc.), passar tempo com o doente.	1	2	3	4	5
14.	Convencer o doente para que ele siga a terapia prescrita.	1	2	3	4	5
15.	Aquando um doente nervoso, inquieto, magoado ou desesperado, administrar algum medicamento ou advertir ao médico para resolver o problema.	1	2	3	4	5
16.	Conhecer como o doente percebe a doença que ele tem, os exames que são feitos, ou as terapias que nós fazemos.	1	2	3	4	5
17.	No caso que a doença mude muito a vida do doente, ajuda-lo, a integrar a nova situação, na sua vida diária.	1	2	3	4	5
18.	Contribuir em todo o necessário para que o doente tenha a ajuda mais especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, etc.).	1	2	3	4	5

Por favor, agora diga-nos alguns dados identificativos.

<b>Datos personales</b>	
Idade: _____	
Gênero:	1. Home      2. Mulher

Muito obrigado pela sua colaboração.

## **Anexo 2. Autorización de los centros españoles**

En respeto a protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta.

## **Anexo 2 bis. Autorización de los centros españoles**

En respeto a protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta.

### **Anexo 3. Autorización de los centros portugueses**

En respeto a protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta.

### **Anexo 3 bis. Autorización de los centros portugueses**

En respeto a protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta.



#### **Anexo 4. Informe favorable del Comité de Ética**

En respeto a protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta.

## Anexo 5. Consentimiento Informado de los participantes

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio:** *LA ACCIÓN INSTRUMENTAL Y LA ACCIÓN COMUNICATIVA EN EL CUIDADO A ENFERMOS CRÓNICOS.*

**D<sup>a</sup>**

He sido informada de los objetivos del estudio  
He recibido suficiente información sobre el mismo  
He podido hacer preguntas sobre el estudio  
He hablado con (nombre y apellidos del investigador/a): *Manuel Rich Ruiz*  
Comprendo que mi participación es voluntaria  
Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones

**PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma de la participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma del investigador/a** \_\_\_\_\_

---

### Anexo 6. Registro de tratamentos y cuidados del centro hospitalario portugués

CENTRO HOSPITALAR		Procº:	Emitido em: 08 Junho 2011 14:22				
Plano de Cuidados entre 08/07/2011 15:00 a 09/07/2011 14:00		Cama: 070	Entrada às: 11:35 em 29 Junho 2011				
<b>Medicação</b>							
Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Enfº	Impl.
2011/07/08	15:00	Haloperidol 1 mg Comp	1, MG	Oral (O)			
2011/07/08	15:00	Salbutamol 5 mg/ml Sol inal neb Fr 10 ml	0,5 ML	Inalatória (Inhal)			
2011/07/08	15:00	Colistimetato Sódio 2000000 U.I. Pó sol inj ou sol neb Fr IV Inalatória	2000000, U.I.	Intravenosa			cpc_f
2011/07/08	15:00	Levofloxacina 500 mg Comp	500, MG	Oral (O)			cpc_f
2011/07/08	17:00	Furosemida 40 mg Comp	40, MG	Oral (O)			cpc_f
2011/07/08	18:00	Hidroxiina 25 mg Comp	25, MG	Oral (O)			
2011/07/08	18:00	Encocapama 40 mg/0,4ml Sol inj Ser 0,4 ml SC	40, MG	Subcutânea			
2011/07/08	19:00	Brometo Ipratrópio 0,25 mg/1ml Sol inal neb Fr 1 ml	500, MCG	Inalatória (Inhal)			
2011/07/08	19:00	Lactulose 100/12,5 mg/15 ml Xar Saq	15, ML	Oral (O)			cpc_f
2011/07/08	20:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400, MG	Oral (O)			cpc_f
2011/07/08	22:00	Lorazepam 1 mg Comp	1, MG	Oral (O)			
2011/07/08	23:00	Haloperidol 5 mg Comp	2,5 MG	Oral (O)			
2011/07/08	23:00	Salbutamol 5 mg/ml Sol inal neb Fr 10 ml	0,5 ML	Inalatória (Inhal)			
2011/07/08	23:00	Colistimetato Sódio 2000000 U.I. Pó sol inj ou sol neb Fr IV Inalatória	2000000, U.I.	Intravenosa			cpc_f
2011/07/09	00:00	Hidroxiina 25 mg Comp	25, MG	Oral (O)			
2011/07/09	01:00	Brometo Ipratrópio 0,25 mg/1ml Sol inal neb Fr 1 ml	500, MCG	Inalatória (Inhal)			
2011/07/09	06:00	Hidroxiina 25 mg Comp	25, MG	Oral (O)			
2011/07/09	07:00	Brometo Ipratrópio 0,25 mg/1ml Sol inal neb Fr 1 ml	500, MCG	Inalatória (Inhal)			
2011/07/09	07:00	Colistimetato Sódio 2000000 U.I. Pó sol inj ou sol neb Fr IV Inalatória	2000000, U.I.	Intravenosa			cpc_f
2011/07/09	07:00	Salbutamol 5 mg/ml Sol inal neb Fr 10 ml	0,5 ML	Inalatória (Inhal)			
2011/07/09	09:00	Haloperidol 1 mg Comp	1, MG	Oral (O)			
2011/07/09	09:00	Pantoprazol 40 mg Comp GR	40, MG	Oral (O)			cpc_f
2011/07/09	09:00	Prednisolona 20 mg Comp	40, MG	Oral (O)			cpc_f
2011/07/09	09:00	Furosemida 40 mg Comp	40, MG	Oral (O)			cpc_f
2011/07/09	09:00	Lactulose 100/12,5 mg/15 ml Xar Saq	15, ML	Oral (O)			cpc_f
2011/07/09	10:00	Ibuprofeno 400 mg Comp	400, MG	Oral (O)			cpc_f
2011/07/09	12:00	Hidroxiina 25 mg Comp	25, MG	Oral (O)			
2011/07/09	13:00	Brometo Ipratrópio 0,25 mg/1ml Sol inal neb Fr 1 ml	500, MCG	Inalatória (Inhal)			
2011/07/09	13:00	Lactulose 100/12,5 mg/15 ml Xar Saq	15, ML	Oral (O)			cpc_f
2011/08/30	14:09	Insulina humana 100 U/ml Acção curta Sol inj Fr 5 ml IV SC	1, ADM	Subcutânea	S.O.S. : Cba: 0-160 -> 0,5U 161-240 -> 4U, 241-300 -> 5U, 301-400 -> 8U, >400 -> 12U		SOS
2011/07/01	13:00	Hidroxiina 25 mg Comp	25, MG	Oral (O)	S.O.S. : Obs: Se seguir		SOS
2011/07/01	13:22	Trasido 100 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	100, MG	Intravenosa	S.O.S.		SOS
2011/07/01	13:22	Meloxicamida 10 mg/2 ml Sol inj Fr 2 ml IV IV	10, MG	Intravenosa	S.O.S.		SOS
2011/07/08	13:20	Paracetamol 500 mg Comp	1000, MG	Oral (O)	S.O.S. : Termina em 08/07/2011 13:20 Obs: Termina em 2011-07-08 às 13:20		SOS
2011/07/08	13:20	Paracetamol 500 mg Comp	1000, MG	Oral (O)	S.O.S.		SOS
<b>Atitudes Terapêuticas</b>							
Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.		
2011/07/08	15h - 22h	DIURESE	DIURESE				
2011/07/08	15h - 22h	OUTRAS ATITUDES	VNI NOCTURNA - APARELHO DO DOENTE				
2011/07/08	15h - 22h	OUTRAS ATITUDES	PERÍODOS DE VNI DE 1 HORA DURANTE O DIA				
2011/07/08	15h - 22h	ADMINISTRAR INSULINA - ESQUEMA - 1	ADMINISTRAR INSULINA - ESQUEMA - 1				
2011/07/08	15h - 22h	OUTRAS ATITUDES	O2 CN 4L/MIN		cpc_f		
2011/07/08	15h - 22h	DIETA	10-LIGEIRA SEM SACAROSE				
2011/07/08	15h - 22h	MONITORIZAR GLUCEMIA CAPILAR	MONITORIZAR GLUCEMIA CAPILAR				

<b>CENTRO HOSPITALAR</b>	Proc: _____	Emitido em: 08 Julho 2011 14:22
Plano de Cuidados entre 08/07/2011 15:00 a 09/07/2011 14:00	Cama: 070	Entrada às: 11:35 em 29 Junho 2011

Atitudes Terapêuticas					
Data	Hora	Atitude Terapêutica	Observações	EnP	Impl.
2011/07/08	15h - 22h	OUTRAS ATITUDES	PARAMETROS 226		
2011/07/08	22h - 08h	DIURESE	DIURESE		
2011/07/08	22h - 08h	OUTRAS ATITUDES	O2 CN 4L/MIN	cp5_f	
2011/07/08	22h - 08h	OUTRAS ATITUDES	VNI NOCTURNA - APARELHO DO DOENTE		
2011/07/08	22h - 08h	OUTRAS ATITUDES	PERÍODOS DE VNI DE 1 HORA DURANTE O DIA		
2011/07/08	22h - 08h	ADMINISTRAR INSULINA - ESQUEMA - 1	ADMINISTRAR INSULINA - ESQUEMA - 1		
2011/07/08	22h - 08h	DIETA	10-LIGEIRA SEM SACAROSE		
2011/07/08	22h - 08h	MONITORIZAR GLICEMIA CAPILAR	MONITORIZAR GLICEMIA CAPILAR		
2011/07/08	22h - 08h	OUTRAS ATITUDES	PARAMETROS 226		
2011/07/09	08h - 15h	DIURESE	DIURESE		
2011/07/09	08h - 15h	OUTRAS ATITUDES	VNI NOCTURNA - APARELHO DO DOENTE		
2011/07/09	08h - 15h	OUTRAS ATITUDES	O2 CN 4L/MIN	cp5_f	
2011/07/09	08h - 15h	OUTRAS ATITUDES	PARAMETROS 226		
2011/07/09	08h - 15h	OUTRAS ATITUDES	PERÍODOS DE VNI DE 1 HORA DURANTE O DIA		
2011/07/09	08h - 15h	MONITORIZAR GLICEMIA CAPILAR	MONITORIZAR GLICEMIA CAPILAR		
2011/07/09	08h - 15h	ADMINISTRAR INSULINA - ESQUEMA - 1	ADMINISTRAR INSULINA - ESQUEMA - 1		
2011/07/09	08h - 15h	DIETA	10-LIGEIRA SEM SACAROSE		

Início			Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	EnP	Data		Hora	EnP	
2011/06/26 13:17	6308		<b>Dispneia Funcional</b>			
2011/08/26 13:17	6308		<i>dispneia funcional</i>			
2011/08/26 13:17	6308		<i>dispneia funcional, em grau moderado</i>			
2011/06/26 13:17	6308		<b>Úlcera de Pressão</b>			
2011/06/26 13:17	6308		<i>Risco de úlcera de pressão no nariz</i>			
2011/06/26 13:18	6308		<b>Auto Cuidado: Banho</b>			
2011/08/29 15:02	8616		<i>auto cuidado: banho, dependente em grau moderado</i>			
2011/08/26 13:18	6308		<i>auto cuidado: banho dependente, em grau elevado</i>			
2011/06/26 13:18	6308		<b>Posicionar-se</b>			
2011/08/29 15:02	8616		<i>posicionar-se dependente, em grau moderado</i>			
2011/08/26 13:18	6308		<i>posicionar-se dependente, em grau elevado</i>			
2011/06/26 13:18	6308		<b>Auto Cuidado: Uso do Sanitário</b>			
2011/08/29 15:02	8616		<i>auto cuidado: uso do sanitário demonstrado, em grau moderado</i>			
2011/06/26 13:18	6308		<i>auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado</i>			
2011/06/26 13:19	6308		<b>Auto Cuidado: Vestuário</b>			
2011/06/26 13:19	6308		<i>auto cuidado: vestuário dependente, em grau moderado</i>			
2011/06/29 15:02	8616		<b>Pele seca</b>			
2011/06/29 15:02	8616		<i>pele seca</i>			
2011/06/29 15:02	8616		<b>Ferida Traumática</b>			
2011/08/29 15:02	8616		<i>ferida traumática antebraço esquerdo</i>			
2011/06/29 15:03	8616		<b>Dor</b>			
2011/08/29 15:03	8616		<i>dor pleurítica, em grau moderado</i>			
2011/06/29 15:03	8616		<b>Dispneia em Repouso</b>			
2011/08/29 15:03	8616		<i>dispneia em repouso, em grau moderado</i>			
2011/06/29 15:03	8616		<b>Perda Sanguínea</b>			
2011/08/29 15:03	8616		<i>Risco de perda sanguínea</i>			
2011/06/29 15:03	8616		<b>Transferir-se</b>			
2011/08/29 15:03	8616		<i>transferir-se dependente, em grau moderado</i>			

CENTRO HOSPITALAR		Prac#:	Emitido em: 08 Julho 2011 14:22			
Plano de Cuidados entre 08/07/2011 15:00 a 09/07/2011 14:00		Cama: 070	Entrada às:	11:35 em 29 Junho 2011		
Início		Diagnóstico de Enfermagem			Termo	
Data/Hora	Enf#				Data	Hora
2011/06/29 15:04	8616	<b>Febre</b>				
2011/06/29 15:04	8616	Risco de febre				
2011/06/29 15:04	8616	<b>Edema</b>				
2011/06/29 15:04	8616	edema em ambos os membros inferiores				
2011/06/29 15:05	8616	<b>Ferida</b>				
2011/06/29 15:05	8616	ferida por CVP				
Data	Hora	Intervenções de Enfermagem			Enf#	Impl.
2011/07/08	15h - 22h	Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow				
2011/07/08	15h - 22h	Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar a pele				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar a eliminação intestinal				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar a eliminação urinária				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar perda sanguínea				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar a expectoração				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar ferida por CVP				
2011/07/08	15h - 22h	Manter repouso na cama				
2011/07/08	15h - 22h	Manter medidas de prevenção de contaminação				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar a ventilação				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar Tosse				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar edema				
	15:08	Especif.: M's				
2011/07/08	15h - 22h	Transferir a pessoa para o cadeirão/cadeira				
2011/07/08	15h - 22h	Vigiar dor				
2011/07/08	15h - 22h	Transferir a pessoa para a cama				
2011/07/08	16:00	Monitorizar temperatura corporal				
2011/07/08	16:00	Monitorizar tensão arterial				
2011/07/08	16:00	Monitorizar frequência cardíaca				
2011/07/08	16:00	Monitorizar a frequência ventilatória				
2011/07/08	17:30	Posicionar a pessoa				
2011/07/08	19:00	Monitorizar glicemia capilar				
2011/07/08	20:30	Posicionar a pessoa				
2011/07/08	22h - 08h	Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar a pele				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar a eliminação urinária				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar a eliminação intestinal				
2011/07/08	22h - 08h	Manter repouso na cama				
2011/07/08	22h - 08h	Manter medidas de prevenção de contaminação				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar ferida por CVP				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar a ventilação				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar a expectoração				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar Tosse				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar perda sanguínea				
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar edema				
	16:08	Especif.: M's				

CENTRO HOSPITALAR		Proc°:	Emitido em: 08 Julho 2011 14:22	
Plano de Cuidados entre 08/07/2011 15:00 a 09/07/2011 14:00		Cama: 070	Entrada às: 11:35 em 29 Junho 2011	
Data	Hora	Intervenções de Enfermagem	Enf°	Impl.
2011/07/08	22h - 08h	Transferir a pessoa para o cadeirão/cadeira		
2011/07/08	22h - 08h	Vigiar dor		
2011/07/08	22h - 08h	Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento		
2011/07/08	23:00	Monitorizar temperatura corporal		
2011/07/08	23:00	Monitorizar a frequência ventilatória		
2011/07/08	23:00	Monitorizar frequência cardíaca		
2011/07/08	23:00	Monitorizar tensão arterial		
2011/07/08	23:30	Posicionar a pessoa		
2011/07/09	02:30	Posicionar a pessoa		
2011/07/09	05:30	Posicionar a pessoa		
2011/07/09	07:00	Monitorizar eliminação urinária		
2011/07/09	08h - 15h	Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar a eliminação intestinal		
2011/07/09	08h - 15h	Manter repouso na cama		
2011/07/09	08h - 15h	Manter medidas de prevenção de contaminação		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar ferida per CVP		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar a ventilação		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar a expectoração		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar Tosse		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar perda sanguínea		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar edema		
*****	15:08	Especif. M's		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar local de inserção de CVP		
2011/07/09	08h - 15h	Transferir a pessoa para o cadeirão/cadeira		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar dor		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar a eliminação urinária		
2011/07/09	08h - 15h	Vigiar a pele		
2011/07/09	08h - 15h	Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento		
2011/07/09	08:30	Posicionar a pessoa		
2011/07/09	09:00	Monitorizar temperatura corporal		
2011/07/09	09:00	Monitorizar a frequência ventilatória		
2011/07/09	09:00	Monitorizar frequência cardíaca		
2011/07/09	09:00	Monitorizar glicemia capilar		
2011/07/09	10:00	Monitorizar o risco de úlcera de pressão utilizando a "escala de Braden"		
2011/07/09	10:00	Monitorizar tensão arterial		
2011/07/09	11:30	Posicionar a pessoa		
2011/07/09	13:00	Monitorizar glicemia capilar		

**Notas Gerais**

Anexo 6 bis. Registro de tratamientos y cuidados del centro hospitalario portugués

CENTRO HOSPITALAR			Proc:	Emitido em: 08 Julho 2011	
Planeamento de Enfermagem			Camã: 070	Internado em: 29 Junho 2011 11:35	
Início		Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	Enfº		Data/Hora	Enfº	
2011/06/26	13:17	6308	<b>Dispneia Funcional</b>		
<b>Especificações</b>					
2011/06/26	13:17	6308	dispneia funcional		
<b>Presente</b>					
2011/06/26	13:17	6308	dispneia funcional, em grau moderado		
2011/06/26	13:17	6308	<b>Úlcera de Pressão</b>		
<b>Especificações</b>					
2011/06/26	13:17	6308	Risco de úlcera de pressão no nariz		
2011/06/26	13:18	6308	<b>Infecção</b>		2011/06/29 15:01 8616
<b>Especificações</b>					
2011/06/26	13:18	6308	Risco de infecção acéltar urinário		
2011/06/26	13:18	6308	<b>Auto Cuidado: Banho</b>		
<b>Dependente</b>					
2011/06/26	13:18	6308	auto cuidado: banho dependente, em grau elevado		
<b>Especificações</b>					
2011/06/29	15:02	8616	auto cuidado: banho, dependente em grau moderado		
2011/06/26	13:18	6308	<b>Posicionar-se</b>		
<b>Dependente</b>					
2011/06/26	13:18	6308	posicionar-se dependente, em grau elevado		
2011/06/29	15:02	8616	posicionar-se dependente, em grau moderado		
2011/06/26	13:18	6308	<b>Auto Cuidado: Uso do Sanitário</b>		
<b>Demonstrado</b>					
2011/06/29	15:02	8616	auto cuidado: uso do sanitário demonstrado, em grau moderado		
<b>Dependente</b>					
2011/06/26	13:18	6308	auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado		
2011/06/26	13:19	6308	<b>Auto Cuidado: Vestuário</b>		
<b>Dependente</b>					
2011/06/26	13:19	6308	auto cuidado: vestuário dependente, em grau moderado		
2011/06/29	15:02	8616	<b>Pele seca</b>		
<b>Especificações</b>					
2011/06/29	15:02	8616	pele seca		
2011/06/29	15:02	8616	<b>Ferida Traumática</b>		
<b>Especificações</b>					
2011/06/29	15:02	8616	ferida traumática antebraço esquerda		
2011/06/29	15:03	8616	<b>Dor</b>		
<b>Presente</b>					
2011/06/29	15:03	8616	dor pleurítica, em grau moderado		
2011/06/29	15:03	8616	<b>Dispneia em Repouso</b>		
<b>Presente</b>					
2011/06/29	15:03	8616	dispneia em repouso, em grau moderado		
2011/06/29	15:03	8616	<b>Perda Sanguínea</b>		
<b>Especificações</b>					
2011/06/29	15:03	8616	Risco de perda sanguínea		
2011/06/29	15:03	8616	<b>Transferir-se</b>		
<b>Dependente</b>					
2011/06/29	15:03	8616	transferir-se dependente, em grau moderado		
2011/06/29	15:04	8616	<b>Febre</b>		

<b>CENTRO HOSPITALAR</b>	Pront:	Em/Ido em: 08 Julho 2011
Planeamento de Enfermagem	Cama: 070	Internado em: 29 Junho 2011 11:35

2011/06/29 15:04 8616	<b>Febre</b>
<b>Especificações</b>	
2011/06/29 15:04 8616	Risco de febre
2011/06/29 15:04 8616	<b>Edema</b>
<b>Especificações</b>	
2011/06/29 15:04 8616	edema em ambos os membros inferiores
2011/06/29 15:05 8616	<b>Ferida</b>
<b>Especificações</b>	
2011/06/29 15:05 8616	ferida por CVP

Início		Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo	
Data / Hora	Enfº			Data / Hora	Enfº
<b>Executar</b>					
2011/06/26 13:21	6308	Posicionar a pessoa	Si Horário	2011/06/29 10:27	10473
2011/06/26 13:22	6308	Trocar cateter urinário 2º Procedimento	10/10 dias	2011/06/29 15:06	8616
2011/06/26 13:23	6308	Inserir cateter venoso periférico 2º P	S.O.S.		
2011/06/26 13:23	6308	Remover cateter venoso periférico	S.O.S.		
2011/06/27 16:44	6782	Transferir a pessoa para o cadeirão/cadeira	Si Horário		
2011/06/27 16:44	6782	Transferir a pessoa para a cama	Si Horário	2011/06/29 10:34	4572
2011/06/29 10:27	10473	Posicionar a pessoa	3/3 horas		
2011/06/29 10:32	4572	Trocar CVP 2º P	S.O.S.		
2011/06/29 10:34	4572	Transferir a pessoa para a cama	T:15h - 22h		
2011/06/29 13:00	4572	Remover cateter urinário 2º Procedimento	S.O.S.	2011/06/29 15:07	8616
2011/06/29 13:00	4572	Remover cateter arterial 2ºP	S.O.S.	2011/06/29 15:07	8616
<b>Gerir</b>					
2011/06/26 13:21	6308	Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento	Si Horário		
2011/06/29 07:04	6782	Providenciar tubos de colheita 2º P	S.O.S.		
2011/06/29 07:05	6782	Providenciar arrastadeira / urinol	S.O.S.		
2011/07/08 13:36	1161	Manter medidas de prevenção de contaminação	Si Horário		
2011/07/08 13:37	1161	Manter repouso na cama	Si Horário		
<b>Observar</b>					
2011/06/26 13:20	6308	Monitorizar temperatura corporal	Si Horário	2011/06/29 15:05	8616
2011/06/26 13:20	6308	Monitorizar frequência cardíaca	3/3 dias	2011/06/26 13:23	6308
2011/06/26 13:20	6308	Monitorizar o risco de úlcera de pressão utilizando a "escala de Braden"	T:00h - 15h	2011/06/26 13:23	6308
2011/06/26 13:21	6308	Monitorizar a SatO2	2/2 horas	2011/06/29 15:05	8616
2011/06/26 13:21	6308	Monitorizar a frequência ventilatória	2/2 horas	2011/06/29 15:06	8616
2011/06/26 13:21	6308	Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow	Si Horário		
2011/06/26 13:21	6308	Monitorizar eliminação urinária	6/6 horas	2011/06/26 13:24	6308
2011/06/26 13:21	6308	Monitorizar glicemia capilar	6/6 horas	2011/06/29 15:06	8616
2011/06/26 13:21	6308	Vigiar ventilação	Si Horário	2011/07/03 02:38	9567
2011/06/26 13:21	6308	Vigiar a pele	Si Horário		
2011/06/26 13:22	6308	Vigiar a eliminação intestinal	Si Horário		
2011/06/26 13:22	6308	Vigiar a eliminação urinária	Si Horário		
2011/06/26 13:22	6308	Vigiar mucosa oral	Si Horário	2011/07/03 02:38	9567
2011/06/26 13:23	6308	Vigiar local de inserção de cateter arterial	T:08h - 15h	2011/06/29 15:02	8616
2011/06/26 13:23	6308	Vigiar penso	Si Horário	2011/06/30 17:00	8567
2011/06/26 13:25	6308	Especificação: cateter arterial			u006308



<b>CENTRO HOSPITALAR</b>	<b>Proc°:</b>	<i>Emitido em: 08 Julho 2011</i>
<b>Planeamento de Enfermagem</b>	<b>Cama: 070</b>	<b>Internado em: 29 Junho 2011 11:35</b>

Início			Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo	
Data / Hora	EnP	Data / Hora			EnP	
2011/06/26 13:23	6308		Vigiar local de inserção de CVP	1.00h - 1.0h		
2011/06/26 13:23	6308		Monitorizar frequência cardíaca	2/2 horas	2011/06/29 15:06	8616
2011/06/26 13:23	6308		Monitorizar o risco de úlcera de pressão utilizando a "escala de Braden"	2/2 dias		
2011/06/26 13:24	6308		Monitorizar eliminação urinária	2/2 horas	2011/06/29 15:07	8616
2011/06/26 13:25	6308		Vigiar dor	S/ Horário		
2011/06/26 14:30	3876		Monitorizar tensão arterial	2/2 horas	2011/06/29 15:07	8616
2011/06/29 15:05	8616		Monitorizar a SatO2	S.O.S.		
2011/06/29 15:05	8616		Monitorizar temperatura corporal	09:00; 16:00; 23:00		
2011/06/29 15:06	8616		Monitorizar a frequência ventilatória	09:00; 16:00; 23:00		
2011/06/29 15:06	8616		Monitorizar glicemia capilar	09:00; 13:00; 19:00		
2011/06/29 15:06	8616		Monitorizar frequência cardíaca	09:00; 16:00; 23:00		
2011/06/29 15:07	8616		Monitorizar eliminação urinária	07:00		
2011/06/29 15:07	8616		Monitorizar tensão arterial	10:00; 16:00; 23:00		
2011/06/29 15:08	8616		Vigiar edema	S/ Horário		
2011/06/29 15:08	8616		Especificação: MPA			u008616
2011/06/29 15:08	8616		Vigiar perda sanguínea	S/ Horário		
2011/06/29 15:08	8616		Vigiar Tosse	S/ Horário		
2011/06/29 15:08	8616		Vigiar a expectoração	S/ Horário		
2011/06/29 15:08	8616		Vigiar a ventilação	S/ Horário		
2011/06/29 15:08	8616		Vigiar ferida por CVP	S/ Horário		

## Anexo 7. Plan de Cuidados para un paciente con EPOC

M. J. Verónica Ballester  
Cabrera

Coordinadora de Enfermería

### PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: EPOC

ESTANCIA MEDIA: 10 días

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<b>00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</b> r/c: • Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno m/p: • Malestar, disnea de esfuerzo • Frecuencia cardíaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad	- 0005 Tolerancia a la actividad	- 0180 Manejo de energía - 1803 Ayuda en los autocuidados: alimentación - 1804 Ayuda en los autocuidados: aseo (eliminación) - 1802 Ayuda en los autocuidados: vestir / arreglo personal - 1801 Ayuda en los autocuidados: baño / higiene
<b>00146 ANSIEDAD</b> r/c: • Cambio en el estado de salud m/p: • Nerviosismo, agitación y trastornos del sueño	- 1402 Control de la ansiedad	- 7310 Cuidados de enfermería al ingreso - 5820 Disminución de la ansiedad - 1850 Fomentar el sueño
<b>00004 RIESGO DE INFECCIÓN</b> r/c: • Procedimientos invasivos (catéter venoso periférico)	- 0703 Estado infeccioso	- 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
<b>00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</b> r/c: • Actividad física insuficiente, cambios ambientales y falta de intimidad	- 0501 Eliminación intestinal	- 0450 Manejo del estreñimiento / impactación
<b>00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</b> (sobre el régimen terapéutico y cuidados para el manejo de su situación de salud)	- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico - 1808 Conocimiento: medicación	- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad - 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos - 7370 Planificación del alta
COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)	
• Infecciones • Complicaciones cardíacas • Astenia • Alteraciones electrolíticas • Hipercapnia • Micosis bucal	- 6650 Vigilancia - 3350 Monitorización respiratoria - 3250 Mejorando la tos - 1710 Mantenimiento de la salud bucal	

Plan de Cuidados Estándar EPOC

W 11.0116.000  
 Códigos

Clasificación CIE-10

<b>REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa</li> <li>- 7820 Manejo de muestras</li> </ul>
<b>REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3320 Oxigenoterapia</li> <li>- 4200 Terapia intravenosa (IV)</li> <li>- 2304 Administración de medicación: oral</li> <li>- 2317 Administración de medicación: subcutánea</li> <li>- 2311 Administración de medicación: inhalación</li> </ul>

**Anexo 8.**

**Tablas 3.1. Análisis de la varianza inter-grupos (unidades) para la actividad “Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc.)”.**

**Descriptivos. Acción: Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc)**

	<i>n</i>	<i>media</i>	<i>desv. típica</i>	<i>error típico de la media</i>	<i>95% intervalo de confianza para la diferencia</i>		<i>mín.</i>	<i>máx.</i>
					<i>inf.</i>	<i>sup.</i>		
Portugal 1	59	4,25	0,801	0,104	4,05	4,46	3	5
Portugal 2	39	4,10	0,788	0,126	3,85	4,36	2	5
España	14	2,93	1,542	0,412	2,04	3,82	1	5
Total	112	4,04	1,004	0,95	3,85	4,22	1	5

**Test de homogeneidad de las varianzas. Acción: Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc)**

<i>Estadístico de Levene</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
15,071	2	109	0,000

Anova. Acción: Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc)

	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>f</i>	<i>Sig</i>
<b>Entre grupos</b>	20,152	2	10,076	11,977	0,000
<b>Dentro del grupo</b>	91,705	109	0,841		
<b>Total</b>	111,857	111			

Pruebas post hoc de ajuste de Tamhane. Acción: Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc)

<i>(I) Servicio</i>	<i>(J) Servicio</i>	<i>Diferencia de medias (I-J)</i>	<i>Error típico</i>	<i>Sig.</i>	<i>Intervalo de confianza al 95%</i>	
					<i>Inf.</i>	<i>Sup.</i>
<b>Portugal 1</b>	Portugal 2	0,15	0,164	0,734	-0,25	0,55
	España	1,33	0,425	0,021	0,18	2,47
<b>Portugal 2</b>	Portugal 1	-0,15	0,164	0,734	-0,55	0,25
	España	1,17	0,431	0,045	0,02	2,33
<b>España</b>	Portugal 1	-1,33	0,425	0,021	-2,47	-0,18
	Portugal 2	-1,17	0,431	0,045	-2,33	-0,02

Anexo 9.

Tablas 3.2. Comparación de medias para datos apareados de las diferentes actividades por esfera o ámbito (pensamiento-acción-registro).

Estadísticos de muestras relacionadas

	<i>media</i>	<i>n</i>	<i>Desv. típica</i>	<i>Error típico de la media</i>
Del pensamiento a la acción	17,76	112	2,063	0,195
	17,19	112	2,788	2,633
De la acción al registro	17,19	112	2,788	0,263
	16,35	112	3,224	3,05

Prueba de muestras relacionadas

	<i>media</i>	<i>desv. típica</i>	<i>Error típico de la media</i>	<i>95% intervalo de confianza para la diferencia</i>		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
				<i>Inf.</i>	<i>Sup.</i>			
Del pensamiento a la acción	0,571	2,003	0,189	0,196	0,947	3,019	111	0,003
De la acción al registro	0,839	2,369	0,224	0,396	1,283	3,749	111	0,000

