



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Compasión, valor ético del profesional enfermero:

estudio etnográfico en el área de salud de Soria

Miryam Inmaculada Bueno Arnau

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA Y SALUD

**COMPASIÓN, VALOR ÉTICO DEL
PROFESIONAL ENFERMERO:**

ESTUDIO ETNOGRÁFICO EN EL ÁREA DE SALUD DE SORIA

MIRYAM INMACULADA BUENO ARNAU



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA Y SALUD

COMPASIÓN, VALOR ÉTICO DEL PROFESIONAL ENFERMERO:

ESTUDIO ETNOGRÁFICO EN EL ÁREA DE SALUD DE SORIA

Doctoranda

Miryam Inmaculada Bueno Arnau

Directoras

Dra Josefina Goberna Tricas

Dra. Carmen López Matheu

Tutora

Dra Josefina Goberna Tricas

Barcelona, 2018

*A mi madre, por enseñarme a leer
y a valorar la riqueza de aprender.
Siempre recordaremos a Patatita.*

*A mis hijos, Alba y Diego,
esto es parte de mi legado
para construir un mundo más humano.*

Agradecimientos

A la doctora Josefina Goberna y la doctora Carmen López, no hubiese llegado hasta aquí si no hubiesen creído en mí. Gracias por tanta sabiduría y sencillez.

A mis padres, M^a Ángeles y Juan José, por la vida.

A Carmen Ruth, que siempre está mirando donde vuelan las mariposas.

A los abuelos Gloria e Ismael, por esos ratitos con Alba.

A Lidia, por cuidar y editar mi compasión.

A Silvia, thanks so much.

A Paz Fernández, por sugerirme la palabra compasión.

A todos los enfermos y familias que me he cruzado en el camino, son nombres y rostros en mi corazón. Mis maestros.

Al Complejo Hospitalario de Soria y sus gentes, desde 2008 mi casa.

A todos los enfermeros, los del pasado, presente y futuro. Este trabajo es mi semilla a la profesión que tanto quiero.

La enfermería es un arte y, si se pretende que sea un arte, requiere de una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las Bellas Artes; casi, diría, la más bella de las Bellas Artes.

Florence Nightingale

Por compleja que sea la forma en que se haya originado este sentimiento, siendo como es de gran importancia para todos los animales que se ayudan y se defienden el uno al otro, no ha podido menos que aumentarse a través de la selección natural; porque las comunidades que tuvieron el mayor número de miembros que obraron en mutua simpatía fueron los que mejor florecieron y dieron prole más numerosa.

Charles Darwin

RESUMEN

Introducción: la compasión es un término amplio y complejo que precisa para su definición de la aportación de numerosas y distintas disciplinas. Una de las definiciones más completas es la que define la compasión como una profunda conciencia del sufrimiento del otro, junto con el deseo de aliviarlo (Chochinov, 2007). La compasión es un valor ético que guarda una estrecha relación con los cuidados enfermeros.

Objetivo: Comprender la importancia del valor compasión en el desarrollo de la actividad asistencial de los profesionales enfermeros con los usuarios a los que atienden.

Ámbito de estudio: Complejo Asistencial de Soria.

Metodología: Se ha realizado un estudio cualitativo desde un paradigma constructivista, utilizando para ello un diseño etnográfico. Las técnicas de generación de datos han sido las entrevistas y la observación participante. Para la extracción de datos se realizó un análisis de texto libre a través de códigos. Se han aplicado, también, criterios de rigor científico y ético.

Resultados y discusión: Los profesionales destacan la importancia de contar con valores éticos como la empatía, respeto de la dignidad, respeto del principio de autonomía, la presencia y crear una buena relación terapéutica. Las situaciones que los profesionales y pacientes creen que genera mayor sufrimiento en quien las vive, son la enfermedad, las situaciones desconocidas, la soledad, y la pérdida de capacidades funcionales. Profesionales y pacientes describen dificultades en el desarrollo de los

valores: la sobrecarga de trabajo, tareas burocráticas e informáticas, la medicina defensiva y la fatiga por compasión. Ha sido posible encontrar una definición de compasión para el profesional enfermero, aún con la asociación que se realiza con el sentimiento de pena. Los cuidados enfermeros son las acciones concretas que realiza el profesional enfermero para aliviar el sufrimiento.

Conclusiones: La compasión es un valor ético que ayuda al profesional a conmovirse por el sufrimiento del paciente y promueve que realice los cuidados enfermeros necesarios para tratar de aliviarlo.

Palabras clave: atención de enfermería, empatía, ética profesional, dolor.

ABSTRACT

Introduction: Compassion is a broad and complex term that to be defined requires the contribution of many and different disciplines. One of the most complete definitions is that which defines compassion as a deep consciousness of the other's pain, together with the desire to alleviate it (Chochinov, 2007). Compassion is an ethical value that observes a close relationship with the care provided in nursing.

Objective: Understand the importance of compassion value in the development of the care activity of nursing professionals with the users they serve.

Area of study: Health Care Network of Soria.

Methodology: A qualitative study has been carried out from a constructivist paradigm, using an ethnographic design. The data generation techniques have been interviews and participant observation. For the extraction of data, a free text analysis was carried out through codes. Scientific and ethical criteria rigor have also been applied.

Results and discussion: Professionals highlight the importance of having ethical values such as empathy, respect dignity, respect the principle of autonomy, being present and creating a good therapeutic relationship. The situations that professionals and patients believe to generate mayor suffering in those who live, are sickness, unfamiliar situations, loneliness, and the loss of functional abilities. Professionals and patients describe difficulties involved in the development of values: overload of work, bureaucratic and informatics tasks, defensive medicine and weariness from compassion. It has been possible to find a definition of compassion for the professional nurse, in spite of the association that is made with the feeling of pity. The nursing care is the concrete action that the professional nurse carries out to alleviate suffering.

Conclusions: Compassion is an ethical value that helps the professional to be moved by the patient's suffering and motivates him to carry out the necessary nursing care to try and alleviate it.

Key words: nursing care, empathy, professional ethics, pain.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	23
Planteamiento del problema de estudio.....	23
Motivación personal.....	24
Estructura de la tesis.....	25
MARCO TEÓRICO	27
Capítulo 1. Aproximación al valor de la compasión.....	29
1.1 Valores y virtudes filosóficas	29
1.2 La compasión como valor ético.....	32
1.3 Connotaciones lingüísticas del término <i>compasión</i>	33
1.4 La compasión en diferentes disciplinas	35
1.5 La compasión a la luz de la filosofía	36
1.6 La compasión a la luz de la antropología	43
1.7 La compasión a la luz de la psicología.....	46
1.8 La compasión a la luz de las neurociencias.....	48
1.9 La compasión a la luz del arte	49
1.10 La compasión a la luz de la religión.....	51
1.11 Educar en compasión.....	54
Capítulo 2. Compasión en las Ciencias de la Salud	57
2.1 El caso de Reino Unido	58

2.2	Importancia de medir los fenómenos en ciencias de la salud: el caso de la compasión.....	59
2.3	Compasión, valor ético del profesional enfermero en un entorno de cuidados.....	60
2.4	Compasión, objeto de investigación en enfermería	61
2.5	La compasión en el cuidado del profesional enfermero.....	64
2.6	La compasión en el marco de la Teoría del Cuidado Humanístico de Jean Watson.....	67
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO		75
MARCO EMPÍRICO		79
Capítulo 3. Metodología		81
3.1	Pregunta de investigación.....	81
3.2	Objetivos	81
3.3	Tipo de estudio	83
3.4	Ámbito del estudio	86
3.5	Participantes	87
3.6	Técnica de recogida de datos	91
3.7	Técnica de análisis de los datos.....	95
3.8	Criterios de rigor metodológico	104
3.9	Aspectos éticos	107
Capítulo 4. Resultados y discusión		109

4.1	Valores del profesional enfermero	109
4.2	El sufrimiento del paciente	126
4.3	Dificultades en la atención a los pacientes	138
4.4	Definir la compasión	152
Capítulo 5. Limitaciones del estudio.....		171
Capítulo 6. Conclusiones		173
Capítulo 7. Aplicabilidad del estudio.....		177
Capítulo 8. Nuevas líneas de investigación.....		181
Capítulo 9. Difusión de los resultados de investigación		183
9.1	Publicaciones	183
BIBLIOGRAFÍA		185
ANEXOS		199
Anexo I. Conforme del CEIC.....		199
Anexo II. Modelo de Consentimiento Informado.		201
Anexo III. Modelo de entrevista a pacientes.....		203
Anexo IV. Modelo de entrevista a profesionales enfermeros.		205

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Proceso Caritas o Proceso de Cuidar.....	69
Tabla 2.Estructura de la muestra. N° de casos según sexo y contexto sanitario.....	90
Tabla 3. Definición de categorías	98
Tabla 4. Categorías y sus unidades de significado	100
Tabla 5.Relación entre categorías y dominios	103
Tabla 7. Tabla de frecuencia sobre los valores considerados relevantes.....	113

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

En la actualidad, los profesionales enfermeros se enfrentan a unos retos determinados por situaciones concretas, como son el elevado tecnicismo, la rapidez, la competitividad, la búsqueda de la eficacia y eficiencia, los importantes recortes en el gasto sanitario, el elevado ratio de habitantes por enfermera... En medio de esta realidad social, sanitaria, política y laboral es necesario que los profesionales del cuidado recuerden, busquen, valoren y potencien la esencia de la enfermería en cada una de sus intervenciones. Este es el firme propósito que se persigue con esta investigación: profundizar en el conocimiento de lo que la compasión aporta a la profesión enfermera y cómo esta puede mejorar lo que es central en ella: el cuidado.

A lo largo de este trabajo se tratan temas y conceptos que se hacen complejos y difíciles de aprehender. Términos como *valor*, *virtud*, *compasión*, *ética* o *cuidado* no pueden ser definidos como si de una ciencia exacta se tratase. Tampoco puede desarrollarse de manera sencilla algo que contiene tanta importancia y significado, ya que configuran la esencia de las cosas, la esencia de las profesiones, la esencia de una forma de entender la vida, la esencia de la disciplina enfermera.

De esta manera se abre ante nosotros un arduo camino que recorre el trayecto que numerosos investigadores, pensadores y filósofos han tratado de realizar. A buen

seguro vendrán otros muchos que seguirán tratando de definir, entender y aportar su humilde granito de arena para la construcción del conocimiento humano.

MOTIVACIÓN PERSONAL

Fue en el marco de la realización de un trabajo fin de máster donde se me sugirió la palabra compasión. Descubrí que esta palabra encerraba el significado de aquello que yo quería poner en valor y conocer de una manera más precisa sobre mi práctica diaria como enfermera. La compasión fue la invitación a pasar de la cultura de los datos, porcentajes, estadísticas y cumplimiento de objetivos, a la experiencia concreta y directa de la realidad de quien sufre.

Mi práctica como enfermera asistencial siempre ha estado muy ligada a pacientes oncohematológicos y paliativos. El concepto de compasión venía a realzar lo que me parecía más relevante de mi ser enfermera: que es preciso el encuentro, el acto de cuidado, y en él se me demanda una respuesta que provoca la puesta en marcha del proceso de la compasión.

A esta relevancia ética, que intuí podía tener la compasión, se unió mi deseo de investigar y aportar una base sólida de conocimientos a la profesión que tanto quiero y en la que tan importante y necesario es aportar evidencia. Realizar una tesis doctoral en el marco de un programa de doctorado eminentemente enfermero me pareció que era la mejor manera de llevar acabo estos propósitos.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

La estructura de esta tesis doctoral gira en torno al concepto de la compasión y los cuidados enfermeros. La primera parte constituye el marco teórico que pretende contextualizar la situación. A través de la revisión de la literatura científica, se aportan las contribuciones hechas en este campo y la actualidad de la investigación. También se pretende reflejar el marco de referencia en cuanto a cuidados enfermeros que guía toda la tesis.

Una vez realizado este primer acercamiento nos encontramos con el desarrollo empírico de la tesis donde se presenta la realización de un estudio cualitativo realizado a un grupo de enfermeras y pacientes sobre sus ideas sobre la compasión y el papel que tiene en los cuidados enfermeros.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN AL VALOR DE LA COMPASIÓN

En este apartado se presentan todas las reflexiones, investigaciones y teorías más relevantes, realizadas por distintos autores, sobre la temática de la investigación. Esta exposición nos lleva a valorar la íntima unión existente entre la compasión y el hecho de cuidar. Se pone así de manifiesto que sin compasión no se puede llevar a cabo el fin último de la profesión enfermera: cuidar.

Se parte en un primer capítulo de la reflexión sobre la necesidad de contar con el cumplimiento de valores profesionales, entre ellos se nos muestra la compasión como valor ético. En un segundo capítulo se encuadra la compasión en el ámbito de la salud y se presentan las teorías enfermeras que recogen todos los aspectos sobre el cuidado y el cuidado compasivo. De entre ellas destacamos el trabajo de Jean Watson, su Teoría del Cuidado Humano creemos que puede orientar y servir de marco para comprender los valores que promueven que el acto de cuidar se realice con excelencia por parte de los profesionales enfermeros.

1.1 Valores y virtudes filosóficas

Desde la Grecia Antigua, la filosofía ha procurado comprender el rol que las virtudes tenían en la vida del hombre. Aristóteles en el primer libro de su obra *Ética a Nicómaco* se pregunta: “¿Qué bien es el objeto de todos los fines?”. Describe la

felicidad como un bien al que todos los bienes se dirigen y apunta que el camino para conseguirla pasa porque el alma tenga una vida de acuerdo a la virtud completa. Entendería aquí Aristóteles la virtud como la excelencia. Distingue dos tipos de virtudes, las morales y las intelectuales, ya que hay una parte de la virtud que es racional y otra que pertenece al alma (Aristóteles, 2002).

En el segundo libro de la *Ética Nicomáquea* se persigue el objetivo de definir la virtud. Aristóteles dice de ella que es el hábito por el que el hombre se hace bueno y realiza bien la obra que le es confiada. Aventura tres posibilidades al respecto: actuar en sometimiento a [la razón], cualidad de obrar de la mejor manera en relación con el placer y el dolor y, finalmente, la disposición o hábito de elegir el medio relativo a nosotros en acciones y emociones, determinado por la razón y tal como lo determinaría un hombre prudente. Así pues, la virtud requiere, según Aristóteles, de una elección racional y un ejercicio constante que suponga la educación y la creación de hábitos (Aristóteles, 2002).

La palabra *virtud* se encuentra actualmente prácticamente en desuso. Etimológicamente proviene de la palabra griega *arête* que significaba excelencia de carácter (Armstrong, 2006). Para Homero la virtud es una cualidad por la cual la persona desempeña bien su papel social y Tomás de Aquino habla de ella como la cualidad que permite a la persona progresar hacia el logro del fin específico humano (Ramíó, 2005). Buscando una definición más actual podríamos recurrir a Victoria Camps, quien define la virtud como una cualidad, o una serie de ellas, favorable al ejercicio y al perfeccionamiento de la democracia representativa (Camps, 1993).

Los filósofos antiguos utilizaban la palabra *bueno* para hacer referencia a lo que en la actualidad llamamos *valor*. Con este término hacían referencia a lo que perfecciona, es decir, a lo que implica la realización de un deseo y de una tendencia de la persona. En latín la palabra *valor* significa vigor o fuerza. Hoy, entre todas sus acepciones, encontramos la que explica que este es el “grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite” (Real Academia Española, 2001).

Hablar de valores significa poner en evidencia las reglas de conducta que mueven a una persona o una colectividad, leyes juzgadas conforme a un ideal. Representan así una forma de vivir, una forma de expresar la identidad personal.

Poletti nos habla de que *un valor* es una toma de posición relacionado a cualquier cosa, experimentado a través de comportamientos, sentimientos, conocimientos y acciones (citado por Ramió, 2005, p.37). Taylor lo define como una creencia personal que actúa como una norma para guiar la conducta (Taylor, 2011). Podemos vislumbrar con estas definiciones que al concepto de *valor* se le atribuyen varias características, es un ideal relacionado con un orden moral, estético o intelectual, supone una cualidad que la persona aspira a conseguir y sirve de inspiración. Como diría Rocher, los valores forman parte de la sociedad y están inmersos en ella (Rocher, 1987).

1.2 La compasión como valor ético

Iniciamos la reflexión sobre los valores éticos con la idea de Schopenhauer, para quien la compasión simplemente es la base elemental de toda ética, por su poder de motivación así como por su propia evidencia intuitiva como un principio ético rector (citado por Gelhaus, 2012).

Tenemos dos connotaciones en el significado de la compasión que nos aproximan a la ética. En primer lugar, la idea kantiana que entiende al hombre como fin en sí mismo; lo propio de todo fin es respetar a los demás fines en sí. Respetar al otro es impedir que sea convertido en medio y que se degrade su dignidad de fin en sí (Kant, 2007). La compasión comienza con el reconocimiento de aquel que es tratado como no-sujeto o que vive como no-sujeto, es decir, como no-persona. El otro es digno de compasión por estar herido en su dignidad, y esta constituye la manifestación del valor absoluto que encarna la persona.

Por otro lado nos encontramos con la idea zubiriana que entiende que la realidad apela al hombre promocionando su libertad, en la medida que se apropia de aquellas posibilidades que mejor conducen a su felicidad y a la de la Humanidad (Gallegos, 1999). En este sentido, la compasión se inscribe en el marco de la moral concreta como apropiación concreta de una posibilidad.

Sintetizando ambas raíces éticas, concluimos afirmando que nos apropiamos de la posibilidad de la compasión, como ejercicio del deber que, de modo integral,

devuelve a la persona a su dignidad de fin en sí y como reconocimiento del valor absoluto que constituye.

La compasión no es signo de debilidad, al contrario, sólo personalidades dotadas de fuertes y arraigadas convicciones humanistas pueden hacerse cargo de la compasión como virtud, con todas las consecuencias políticas que ello conlleva.

1.3 Connotaciones lingüísticas del término *compasión*

La definición del término *compasión* crea una gran controversia en varias lenguas y es debido a que, por desgracia, este término ha sufrido numerosas traducciones, lo cual dificulta una correcta comprensión de su significado.

Las palabras pueden adquirir diferentes connotaciones en función de distintos factores: la lengua, el contexto histórico o el contexto socio-político.

Así pues las palabras *éleos* y *oiktos* se tradujeron al latín clásico como *miser cordia* y al italiano como *pietà* y al francés como *pitié*. En inglés se tradujo como *pity* aunque los teóricos del sentimiento británicos utilizasen con frecuencia el término *sympathy*. En alemán, *Mitleid* traduce los vocablos del griego, latín y francés, pero también encontramos algunas veces *Mitgefugl*. En ocasiones, el término *Mitleid* se traduce al inglés como *compassion*, palabra empleada en el latín medieval.

La Real Academia Española nos dice que es “un sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias” (Real Academia

Española, 2001). En consecuencia, queda así reflejado que asociamos el término con sentimentalismos repletos de beatitud. El diccionario María Moliner nos aporta un pequeño movimiento de acción al definirla como “un sentimiento de pena provocado por el padecimiento de otros e impulso de aliviarlo, remediarlo o evitarlo” (Moliner, 2007). En la lengua inglesa, el Oxford English Dictionary nos sugiere el mismo sentimiento apenado hacia quien sufre: “sympathetic pity and concern for the sufferings or misfortunes of others” (Simpson and Weiner, 1989). En francés se nos aporta la idea de participar del dolor y sufrimiento de los demás: “sentiment qui porte à prendre part à la douleur et aux souffrances d’autrui” (Académie française, n.d.).

Como bien señala Nussbaum, los términos *piedad*, *simpatía*, *empatía* y *compasión* se usan a menudo de forma indistinta para referirse a un mismo fenómeno. Los términos propios de la tragedia *éleos* y *oîktos* fueron traducidos como *piedad* – Rousseau, por ejemplo, la denomina *pitié*– y recogían el sentido de dolor provocado por el infortunio de otra persona (Nussbaum, 2008). También podemos advertir que la palabra *piedad* ha adquirido ciertas connotaciones de condescendencia que en el significado original no encontramos.

Por otra parte, *empatía* es un término que se refiere a la reconstrucción imaginativa de la experiencia de otra persona, pero sin realizar una evaluación positiva o negativa de esa experiencia. Aun así, no todos los autores emplean el término *empatía* con el mismo significado. Dos estudiosos de la empatía como son Eisenberg y Daniel Batson, hablan de la empatía no como la reconstrucción imaginativa de la experiencia de otra persona, sino como la reconstrucción de su sufrimiento (Blasco, 2014). Esto sería lo que nosotros definimos como *compasión*.

Por último, nos encontramos con el término *simpatía*, que proviene de las teorías del sentimiento del siglo XVIII, y sería semejante a lo que hemos descrito como compasión.

Como vemos, las diferencias lingüísticas conforman nuestra vida emocional y la manera de entenderla y expresarla. La antropóloga Catherine Lutz, conocida por estudiar la variación cultural de las emociones y los sentimientos en diferentes culturas, ha realizado importantes investigaciones sobre los *ifaluk*, una sociedad de 430 personas situada en Micronesia. Centrándonos en la variación lingüística, Lutz nos habla de la palabra *ifaluk fago*, que abarca amplios significados que van desde el amor en sentido occidental hasta el significado de compasión. Nussbaum nos advierte al respecto de que realmente quien determina las diferencias no es el lenguaje en sí mismo sino las condiciones físicas. Cuando una sociedad tiene sus necesidades más básicas cubiertas puede preocuparse por el amor romántico, mientras que si una sociedad debe preocuparse por la supervivencia, nos encontraremos con el significado de amor compasivo (Blasco, 2014).

1.4 La compasión en diferentes disciplinas

El conocimiento humano no se fundamenta en una sola disciplina, ni siquiera considero que una sea más importante que otra sino que, como muy bien describe Morin (2009) y fundamenta en su ‘Teoría del Pensamiento Complejo’, la realidad y

los fenómenos se comprenden y se explican simultáneamente desde todas las perspectivas posibles.

Así, se va a tratar de analizar la compasión por medio de las más diversas áreas del conocimiento, mediante un “entendimiento transdisciplinar” que permita la aproximación al tema sin quedarse en un único punto de vista y evitando hacerlo en exclusiva desde la ciencia que se profesa.

1.5 La compasión a la luz de la filosofía

En la Historia del Pensamiento encontramos dos polos opuestos en la consideración de la compasión. Para Schopenhauer, la compasión es la esencia misma de todo amor y solidaridad entre los hombres. “Todo amor es compasión” (Schopenhauer, 2005, p.216). Estas actitudes se enraízan en el carácter fundamentalmente doloroso de la vida. Para Nietzsche (2012), por el contrario la compasión es un sentimiento depresivo y contagioso, propio de los débiles, que actúa como efecto multiplicador y conservador de todas las miserias. Recoge así todo el pensamiento de los estoicos, quienes veían en el cristianismo y la compasión una forma de promover la decadencia del hombre. Si bien parte de la historia del cristianismo, a quien va dirigida la crítica nietzscheana, da la razón al filósofo alemán. Ese mismo error nos advierte de que la compasión ha de ser comprendida como un momento de reconocimiento de la realidad dolorosa de nuestro mundo, capaz de ponernos en marcha hacia la superación de esa miseria. La compasión, así, mueve a la acción.

A continuación, profundizamos más al detalle en el pensamiento que algunos filósofos nos han transmitido con respecto a la compasión.

ARISTÓTELES

La definición más primitiva de *compasión* se atribuye a Aristóteles (*eléos*), quien nos la presenta de la siguiente manera en el antiguo tratado griego sobre el arte de la persuasión *La Retórica* (o *Ars Rhetorica*):

“Un sentimiento de tristeza causado por la vista de algún mal destructivo o penoso que cae sobre quien no lo merece y que podríamos esperar que cayese sobre nosotros o alguien que nos pareciese próximo”.

(Aristóteles, 2004, p.181)

Para Martha Nussbaum en esta definición nos encontramos tres juicios que son requisitos, es decir, condición necesaria e incluso suficiente para que aparezca la emoción. La primera de ellas sería la gravedad, el sufrimiento es serio y está causado por un mal terrible. Esto supone un valor añadido a la compasión porque ya no se trata de un sentimiento causado por algo trivial sino que nuestra respuesta emocional se produce al juzgar un hecho con gravedad. Nussbaum, siguiendo las palabras de Aristóteles, describe que entre los infortunios graves que podemos vivir en la vida se encuentran: la muerte, las agresiones corporales o maltratos de otro tipo, la vejez, la enfermedad, la falta de amigos o estar separados de ellos, la falta de alimento, la

debilidad física, la fealdad, la inmovilidad, la frustración de algunas expectativas o la ausencia de buenas perspectivas para el futuro (Nussbaum, 2008).

Llegados hasta este punto nos planteamos la cuestión desde el punto de vista de quien tiene en consideración la magnitud del infortunio o de la desgracia, tal y como Nussbaum. Es importante que, desde este punto de vista, observemos que podemos encontrarnos ante acontecimientos que el espectador pueda considerar de escasa relevancia pero que, por el contrario, para el que los vive o padece son muy dolorosos. Y de la misma manera puede suceder en el sentido contrario, el afectado puede haber normalizado o se puede haber adaptado a alguna situación que, desde fuera, otros pueden ver como muy grave (Blasco, 2014). Rousseau sostendría aquí un punto de vista diferente, pues nos dice así: “la piedad que sentimos por el infortunio de otras personas no se mide por la cantidad de desgracia que tengan sino por el sentimiento que atribuimos a quien lo sufre” (Rousseau, 2005). En este punto entraría en juego la capacidad del espectador para captar los sentimientos del que experimenta la situación y no otra cosa, la capacidad de captar el sufrimiento del otro, ser capaz de ver.

Otra condición para sentir compasión según la visión aristotélica sería el merecimiento, la persona no lo merece ni es culpable. Esta idea la repite Aristóteles varias veces en su obra *La Retórica*. Según él, esto es así porque un sufrimiento inmerecido desata en nosotros el sentido de justicia (Aristóteles, 2004). En el mismo sentido también experimentamos mayor compasión cuando algo le ocurre a quien consideramos “bueno” porque pensamos que no merecen “cosas malas”. Según Nussbaum, la compasión requiere establecer nociones de responsabilidad y culpa, así como nociones de vulnerabilidad y falta de control sobre todo lo que nos rodea

(Nussbaum, 2008). Serían todo ello términos muy ligados a la compasión y que nos ayuda a darnos cuenta de lo complejo del sentimiento.

La última condición sería la de las posibilidades parecidas. Las posibilidades de sufrir son las mismas en quien sufre y en quien siente compasión. Esta última condición fue muy desarrollada por Rousseau. Al igual que Aristóteles, Rousseau afirma que una condición para experimentar compasión es tomar conciencia de la propia debilidad y vulnerabilidad (Rousseau, 2005).

Hemos establecido aquí unos aspectos básicos de la compasión, que implican la capacidad de sentir el impacto del dolor y el sufrimiento en el otro (Cash, 2007). Eso es reconocer la alteridad. También nos da la pista sobre la base fundamental en la que se cimienta la compasión, nuestra propia fragilidad, la certeza de saber que podríamos ser nosotros los que experimentáramos ese sufrimiento.

Aristóteles en su obra *La Retórica* se extiende concretando qué personas son más dignas de compasión y qué hechos son los que causan más compasión. La alteridad y la identificación con el otro es un aspecto que se ampliará con Rousseau y Schopenhauer, quienes añadirán que podemos ver en el otro a cualquier ser humano.

Aristóteles definió también la compasión no sólo como un simple sentimiento sino como una virtud. En este sentido, en *Ética a Nicómaco* explica que la virtud perfecciona al hombre para que haga su propio oficio perfectamente (Aristóteles, 2002).

Toda esta reflexión sobre la obra de Aristóteles y de Martha Nussbaum nos puede hacer pensar en la compasión como algo totalmente racional y que se da siempre

que se cumplen unas condiciones y requisitos particulares, pero a continuación expondremos por qué esto no es del todo así.

Varios autores y filósofos han ahondado en más perspectivas y han realizado una argumentación distinta sobre la compasión. Cabe mencionar la aportación de Roger Crisp quien defiende que no necesariamente quien presente los tres requisitos defendidos por Aristóteles y Nussbaum presentará compasión, sino que se requiere otro elemento no cognitivo, *el caring*, la preocupación (citado por Blasco, 2014, p.36). Así la compasión se desarrollaría como una pasión, un sentimiento que me sobreviene ante el sufrimiento del otro.

ROUSSEAU

Otro filósofo que nos ha aportado numerosas e importantes ideas sobre la compasión es Jean-Jacques Rousseau. Este filósofo de la Ilustración ya argumentó que la compasión contribuye a la conservación de la especie, tal y como estudios antropológicos posteriores, que más tarde comentaremos, han podido demostrar. Para Rousseau, sin la compasión, el género humano habría desaparecido. Pero esta no será la única clave de la importancia que le otorgará el filósofo franco-helvético, sino que le dará una relevancia principal al calificarla como la cualidad de la que dimanarían todas las virtudes sociales. La compasión sería así la más primitiva de las relaciones sociales entre los humanos (Arteta, 1996).

En este artículo traducimos la *pitié de* Rousseau como compasión, ya que, tal y como argumenta Martha Nussbaum, creemos que se ajusta mejor a esa traducción que a la de *piedad* (Nussbaum, 2008). Hoy en día el término *piedad* presenta una connotación de verticalidad y superioridad importantes.

La compasión no es para Rousseau un simple saber y conocer racional del sufrimiento del otro, sino que, de alguna manera, es un cierto sufrir en la persona que se compadece (Rousseau, 2005). Es un sufrimiento que nace en el que se compadece del conocimiento particular del sufrimiento humano. Este sufrimiento no es algo natural ni espontáneo, no es un simple sentimiento sensiblero. Aquí es donde radica la fundamental diferencia con toda la corriente filosófica que criticaba la compasión como un sentimiento despreciable por incitar a la pena y al dolor de una manera estéril. Así, Kant describió que el dolor no era un sentimiento libre sino que se producía por contagio. La misma idea sería comentada por Nietzsche, quien llegaría a afirmar que la piedad es un contagio patológico o, como interpretaría Spinoza, un sentimiento mimético (Arteta, 1996).

Para Jean-Jacques Rousseau de ninguna manera sería así, puesto que, en su opinión, la compasión se convierte en una virtud en el momento en que el ser humano es capaz de dominarla libremente, es decir, cuando ante un mero sentimiento, el ser humano aplica la razón. En ese momento la compasión se convierte en una virtud universal. Una virtud que es activa y que culmina en un principio de beneficencia en toda regla.

LÉVINAS Y LA ÉTICA DE LA COMPASIÓN

Llegados a este punto no se puede dejar de citar a un filósofo contemporáneo que ha realizado un importante trabajo sobre la alteridad. Emmanuel Lévinas, cuya obra está centrada principalmente en la ética. Para este filósofo la ética tiene su fundamento en la relación y no el ser individual, pues según él somos la suma de nuestras relaciones (Levinas, 2012). Así sucede también para el filósofo Joan-Carles Mèlich, quien afirma que “en el acontecimiento ético el otro me asalta, me reclama y me apela” (Mèlich, 2010, p.25).

Es Lévinas quien casa el término *compasión* con la ética de una manera indisoluble. Para él, la compasión producida al encontrarnos con el rostro del otro es la interpelación suficiente que debe detonar todos nuestros recursos para tratar de aliviarlo (Idareta-Goldaracena, 2010; Lavoie, De Koninck, & Blondeau, 2006). Así dice Levinas (2012) “la epifanía del rostro es ética” (p.221). Este rostro del que habla Lévinas nos comunica sufrimiento, precariedad y vulnerabilidad: “Es esto lo que me interpela, no una obligación moral sino la presencia del otro. Esta es la experiencia que me impulsa a dar una respuesta ética” (Mèlich, 2010, p.241). Y qué es la ética sino “una relación compasiva, una respuesta al dolor del otro” (Mèlich, 2010, p.36).

En resumen, desde la Filosofía se nos aporta la luz sobre la idea de que el otro será objeto de nuestra preocupación únicamente si reconocemos que existe un vínculo entre la persona que es víctima del sufrimiento y nosotros mismos. Sin un

reconocimiento mutuo nuestras actuaciones no serán las mismas porque no sentiremos una necesidad imperiosa de ofrecer nuestra ayuda a quien está sufriendo.

1.6 La compasión a la luz de la antropología

Preguntarse por la naturaleza humana es un interrogante fundamental para el pensamiento occidental. La Antropología en concreto, fundamenta sus bases en hallar la respuesta al interrogante *qué es el hombre* para así interpretar y llegar a la comprensión de la condición humana. Teniendo en cuenta que la compasión forma parte de esta Humanidad, se intentará hallar en esta disciplina las respuestas a su naturaleza y origen.

La teoría de la evolución humana se nos ha transmitido como una historia despiadada de lucha encarnizada por convertirse en el ser más adaptado y fuerte para poder transmitir todas estas bondades a la propia descendencia. Cabe imaginarse por tanto que el egoísmo y la autocomplacencia son las condiciones que dominaron todo el proceso evolutivo que nos convirtió en humanos (Ekman, 2015). Nada más alejado de la realidad que estas afirmaciones para el padre de la teoría evolutiva, Darwin.

“La cuestión más interesante en este sentido es la del desenvolvimiento de las cualidades morales, donde los elementos más importantes son el amor y la precisa emoción de la simpatía. Como son altamente beneficiosos a las especies, se han adquirido con toda probabilidad por medio de la selección natural.”

(Darwin, 1966, p.392)

En 1871, una década después de la muerte de Charles Darwin, se publicó el libro *El origen del hombre y la selección en relación al sexo*. En su capítulo cuarto, Darwin (1966) desarrolló la idea de que la preocupación por procurar el bienestar del otro y preocuparse por su sufrimiento no era atribuible tan solo al hombre sino que, en su observación del mundo animal, había podido comprobar que lo que él llamó *simpatía* se encontraba en el comportamiento animal.

Darwin fue incluso más allá y afirmaba que la simpatía se encontraba entre los animales más evolucionados, dado que este valor moral les ayudaba a florecer proporcionándoles mayor y mejor descendencia.

“Por compleja que sea la forma en que se haya originado este sentimiento, siendo como es de gran importancia para todos los animales que se ayudan y se defienden el uno al otro, no ha podido menos que aumentarse a través de la selección natural; porque las comunidades que tuvieron el mayor número de miembros que obraron en mutua simpatía fueron los que mejor florecieron y dieron progenie más numerosa”.

(Darwin, 1966, p.151)

Podemos decir así que la compasión sería un instinto humano que facilitó la evolución humana hasta llegar a nuestros días.

En esta línea de análisis, en la búsqueda de la forma en la que apareció la compasión y cómo evolucionó, existen varias líneas de investigación (Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010). Las que cobran más relevancia sugieren que la compasión pudo llegar a desarrollarse en los primeros homínidos, dado que favorecía un mejor cuidado de las crías. Siendo las crías del género *Homo* las que más atenciones

requerían de entre los mamíferos hasta que alcanzan la madurez suficiente para valerse por sí mismas, la compasión habría colaborado en un mejor cuidado ante la vulnerabilidad. Otra teoría, que también recoge Goetz et al. (2010) en su estudio, guarda relación con un mejor cuidado de las crías ya que se cree que la compasión habría fomentado parejas monógamas y más estables entre los homínidos, permitiendo un cuidado más efectivo de las crías. Por último, los estudios parecen indicar que la compasión hizo florecer sociedades más cooperativas.

Los resultados de una investigación muy interesante realizada por Stellar et al. sugieren que la compasión se acopla a una rama del sistema nervioso autónomo, que es viejo en la evolución de los mamíferos, y que participa en el compromiso social y de cuidado (Stellar, Cohen, Oveis, & Keltner, 2015).

Otro estudio muestra que la experiencia de la compasión mejora la percepción de similitud con el otro, en particular con aquellos que son vulnerables y débiles. Una intuición social que está relacionada con la prestación de atención (Oveis, Horberg, & Keltner, 2010).

Nussbaum piensa en este sentido que es muy probable que se trate de un fenómeno humano universal, es decir, susceptible de aparecer en cualquier contexto cultural o histórico (Nussbaum, 2008).

Todas estas teorías y estudios caminan en el sentido de buscar el origen de una emoción que se encuentra en el epicentro de nuestro desarrollo moral y que, en la evolución de nuestra especie, desempeñó un papel fundamental asegurando así nuestra supervivencia. Nos hizo volver la mirada al sufrimiento de otro ser igual a nosotros

mismos para tenderle una mano. Este hecho hizo que no nos moviésemos únicamente en función del egoísmo y favoreció de una forma más que sustancial la adaptación y la perpetuación de nuestra especie tal y como hoy la conocemos.

1.7 La compasión a la luz de la psicología

Como hemos visto en el apartado anterior, la compasión ha sido un sentimiento muy beneficioso para la especie humana y para el ser humano como grupo social a través del fomento de la conducta prosocial. Sin embargo, existen, por otra parte, estudios que nos demuestran que la compasión, más allá de ser beneficiosa para el grupo humano como tal, reporta numerosos beneficios en uno mismo y supone el fomento de una estrategia de afrontamiento de la realidad potencialmente muy poderosa.

Los datos actuales muestran que, cuando se responde con compasión ante situaciones potencialmente angustiantes, la persona que la experimenta se ve beneficiada a través del fortalecimiento del afecto positivo (Klimecki, Leiberg, Lamm, & Singer, 2013). Klimecki et al. llevaron a cabo un estudio en el que se valoraba el efecto que el entrenamiento en compasión tenía sobre la plasticidad cerebral mejorando la respuesta ante la adversidad ya que, a pesar de acercarse al sufrimiento, se veían potenciados los sentimientos positivos. Incluso se comparó el entrenamiento en empatía y compasión, resultando esta última como generadora de sentimientos positivos, mientras que el entrenamiento en empatía activaba zonas cerebrales

relacionadas con sentimientos negativos, cosa que no ocurría con la compasión (Klimecki, Leiberg, Ricard, & Singer, 2013).

Los estudios se encuentran todavía lejos de poder determinar de qué manera la compasión juega este papel tan primordial que nos podría permitir mejorar la calidad de vida de todos los profesionales en riesgo de sufrir *burnout* o *distrés* por exceso de empatía pero, poco a poco, nos vamos acercando a conocer y poder manejar un instrumento muy potente.

Así pues, la compasión nos ayuda a conseguir una mejor salud mental, especialmente cuando nos vemos ante situaciones adversas que nos generan angustia y sufrimiento. Podríamos relacionarla con la resiliencia que sería la capacidad para recuperarse o afrontar con éxitos las circunstancias adversas (Hart, Brannan, & de Chesnay, 2014).

Por otra parte, debemos pensar también en cómo manejamos la emoción de la compasión con respecto al otro. Podríamos pensar que estamos realizando una victimización trágica de la persona compadecida, pero la compasión no significa que estemos tratando con víctimas totalmente indefensas, sino que les reconocemos como agentes que podrán salir adelante aunque en estos momentos estén atravesando un momento de debacle.

Un ejemplo gráfico de esto lo encontramos en la tragedia griega de *Filoctetes*,¹ donde podemos ver su sufrimiento por la enfermedad y la soledad sin que él provoque

¹ Obra de Sófocles, *Filoctetes* narra un episodio de la Guerra de Troya en el cual Ulises, para vencer a los troyanos, desembarca en la isla de Lemnos en la compañía de Neoptólemo, hijo de Aquiles, y ordena a éste una misión, la de substraer de las manos de Filoctetes, antiguo guerrero de los atidas, las armas

esas situaciones. En medio de ese sufrimiento le vemos realizando toda clase de actividades para mejorar y cambiar esa situación. El espectador puede comprobar aquí que todas las personas podemos hacer cosas para intervenir en el sufrimiento ocasionado por causas ajenas a nosotros (Modzelewski, 2013).

1.8 La compasión a la luz de las neurociencias

Los estudios de neuroimagen sugieren que la corteza prefrontal ventromedial, una región involucrada en la toma de perspectiva, se activa durante la compasión, pero no durante otros estados prosociales como el amor (Oveis et al., 2010).

En otro estudio los autores sugieren que la compasión se acompaña de activaciones en regiones típicamente asociadas con la recompensa, el amor y la afiliación (Immordino-Yang, McColl, Damasio & Damasio, 2009). Estas regiones comprenden la ínsula, el estriado ventral y la corteza orbitofrontal medial (mOFC)). Los estudios en animales sugieren que la neurobiología del sistema de "cuidado" puede estar claramente dissociada de otros sistemas emocionales-motivacionales como el sistema de "pánico", ya que el sistema de "cuidado" se basa en estructuras cerebrales

de Heracles a él confiadas. Filoctetes ya es viejo y había sido abandonado en aquella isla por el propio Ulises, años antes, a causa de una enfermedad incurable que adquirió al ser picado por una serpiente; todavía experimenta el rencor de haber sido olvidado en la soledad y el sufrimiento de los dolores físicos que siente. Al principio, Neoptólemo rechaza cumplir el plan de Ulises, pero acaba cediendo debido a su deseo de gloria. Aproximándose a Filoctetes utilizando la amistad de éste con su padre Aquiles, Neoptólemo consigue quitarle las armas de Heracles y parte con Ulises, pero acaba por arrepentirse y vuelve para devolverlas.

distintas y está mediado por neurotransmisores distintos que comprenden opioides, oxitocina y dopamina (Klimecki, Leiberg, Ricard, et al., 2013).

En algún estudio se han podido constatar también cambios en el sistema nervioso autónomo de los sujetos del estudio cuando se les proporcionaban cuidados compasivos, reflejando un cambio hacia una mayor actividad parasimpática y mejoras en el bienestar (Shaltout, Tooze, Rosenberger & Kemper, 2012).

Si se unen estos hallazgos a los reflejados anteriormente en el campo de la psicología, se refrenda fehacientemente que la compasión aporta grandes beneficios al ser humano.

1.9 La compasión a la luz del arte

A través del arte el hombre ha expresado numerosos sentimientos, vivencias y experiencias. La compasión también ha sido expresada por autores que han canalizado ese sentimiento a través de la pintura, la literatura, el cine... Han tratado de transmitir al espectador la arrolladora fuerza de un sentimiento que transmite sufrimiento, conmoción, dolor...

En lo que respecta a la pintura, Bouguereau (1897) plasmó en óleo sobre lienzo un Cristo en la Cruz al que puso por título *¡Compasión!*. Estaba muy orgulloso de ese cuadro porque no lo consideraba un crucificado más, sino que quiso transmitir una oleada de tragedia y dolor. Tal vez porque él entendía bien ese dolor y padecía junto a ese Cristo, al haber vivido el duelo de tres de sus hijos y de su esposa.

Anteriormente, durante la Contrarreforma (siglo XVI), se pintó la obra *Las Siete Obras de Misericordia*, de autor desconocido. Un óleo sobre cobre que representa las acciones caritativas según las cuales se ayuda al prójimo en el evangelio de San Mateo: acoger al forastero, dar de beber al sediento, dar de comer al hambriento, enterrar a los muertos, vestir al desnudo, visitar a los enfermos y a los presos. Este tema se popularizó al ser pintado por Caravaggio (1607) primero y más tarde por pintores flamencos como Pieter Brueghel el joven (1616). Pintura y religión estaban muy ligados en esos momentos puesto que el arte trataba de ser una manera de transmitir también enseñanzas. A través de esta obra el pintor nos muestra aquello que no hay que dejar nunca de hacer por otro ser humano, acciones y hechos concretos que son: vestir, dar de comer y beber, visitar a los enfermos, dar posada al peregrino, redimir al cautivo y ocuparse de los muertos. Hechos muy concretos, acciones del que ha visto el sufrimiento del otro y se dispone a remediarlo.

El premio Nobel de literatura 2006, Orhan Pamuk, comentaba en una entrevista que el arte de la novela se basa, ante todo, en una cualidad humana: la compasión, porque te identifica con el dolor del prójimo (Ruiz, 2014). Por ello a través de la escritura también los autores nos han mostrado el rostro del sufrimiento, de la compasión y del intento de aliviarlo.

Podríamos nombrar obras que nos han hecho sentir el dolor, sufrimiento y pesar de los protagonistas. Hemos llorado de la mano de Benito Pérez Galdós con Marianela al ser rechazada y humillada por su amado debido a su fealdad (Pérez Galdós, 2005). Hemos sufrido con el desgarrador testimonio de Iván Ilich sobre la enfermedad y la muerte que tan bien expresó León Tolstoi (Tolstoi, 2013).

El cine, no ha sido ajeno al deseo de mostrar a los espectadores el dolor y sufrimiento. A través de la imagen es como algunos estudios han trabajado sobre los efectos de la compasión (Shaltout et al., 2012). La imagen es rápida y directa. No necesita de un gran nivel de instrucción ni siquiera de una plena atención. Las imágenes van calando. Tal vez sería un buen sistema para educar y capacitar en compasión. Pues bien, algunas películas nos muestran y tratan de provocar esos sentimientos de padecer con, de desear aliviar. Incluso podemos observarlo con películas infantiles como *Toy Story* (Lasseter, 1995). Palabras, acciones, gestos que nos hablan de emociones. Así es también en películas como *El paciente inglés* (Minguella, 1996), *La vida secreta de las palabras* (Coixet, 2005), *La lista de Schindler* (Spielberg, 1993), *Amor* (Haneke, 2012). Algunos ejemplos donde el dolor traspa las imágenes, sufrimos con los personajes y se nos ocurren algunas ideas para poner en práctica soluciones a sus problemas.

1.10 La compasión a la luz de la religión

Aristóteles tenía la idea de que las creencias son bases esenciales para la emoción y Nussbaum considera que cada tipo de emoción se relaciona con un conjunto de creencias (Blasco, 2014).

Nuestra sociedad occidental guarda una profunda tradición cristiana. Creencias que han estado en la base de toda nuestra historia que, junto con la liberación de la mujer, es el eje vertebrador de la profesionalización de la enfermería. La ausencia de

cuidados por caridad en el mundo protestante permitió a la sociedad tomar conciencia de que era una necesidad social imperiosa cuidar de sus enfermos. Aquí parece estribar la primordial diferencia que la palabra compasión suscita en el mundo anglosajón, de tradición protestante, y es que está totalmente despojada de la pena lastimera que parece aportar a nuestra cultura debido a la pronta separación del binomio cuidados y caridad para alcanzar la salvación. Aunque en nuestra sociedad contenga una connotación de auto-sacrificio y se pueda ver enturbiado el valor que representa para la enfermería, su verdadero sentido nunca ha desaparecido (Van der Cingel, 2014).

Sin embargo, no es de justicia culpabilizar a unas creencias concretas de esta connotación de lástima, menos aún cuando las Sagradas Escrituras del catolicismo nos aportan unas de las más bellas imágenes y connotaciones de la palabra compasión. Imágenes y connotaciones que tal vez luego no se han sabido interpretar y considerar de la forma más adecuada o ajustada a la realidad de su origen.

Nos encontramos en la Biblia con una palabra con ideas revolucionarias, *splagchnizesthai* (Barclay, 2002).

Splagchnizesthai es el verbo que procede del nombre *splagchna*, que significa vísceras principales, es decir, corazón, pulmón, hígado e intestino. Los griegos sostenían que estas vísceras constituían el asiento de las emociones y pasiones, especialmente de la ira, la ansiedad, el miedo e incluso el amor.

Partiendo de esta idea, se formó –en el griego posterior– el verbo *splagchnizesthai* que significa compadecerse y, de esta misma derivación, puede inferirse que *splagchnizesthai* no describe una piedad o compasión ordinarias sino una emoción que conmueve lo más recóndito del ser del hombre (Barclay, 2002)

En el Nuevo Testamento, *splagchnizesthai* nunca se encuentra fuera de los evangelios sinópticos y, excepto en tres ocasiones que aparece en parábolas, siempre es usado en referencia a la figura de Jesús.

Así podemos encontrar a un Jesús que nos habla del señor que tiene compasión de un siervo que no podía pagarle (Nueva Biblia de Jerusalén, Mt 18.33), de la compasión que hizo al padre recibir con amor al hijo pródigo (Lc 15.20) y también, en una de las imágenes más bellas que el cristianismo nos puede aportar sobre la compasión, cuando nos habla de la compasión que movió al samaritano a ayudar al viajero herido en el camino de Jericó (Lc 10.33).

En el resto de los casos, podemos ver a un Jesús en movimiento que siente compasión de la multitud cuando la ve como ovejas sin pastor (Mt 9.36), de los hambrientos y necesitados que le siguen en el desierto (Mt 14.14), de un leproso (Mc 1.41), de los ciegos (Mt 20.34) y de la viuda de Naín que llevaba a enterrar a su único hijo (Lc 7.13) (Desclée de Brouwer, 1999).

Se ponía de manifiesto así la grandeza de Jesús, que se complacía introduciéndose en la situación humana y, ante una situación de sufrimiento, esa compasión le compelia a ayudar y curar.

Podemos encontrar otra religión en la que la compasión se convierte también en base fundamental de sus creencias, hablamos del budismo. En nuestra sociedad occidental y de profesionalización de los cuidados no existe tradición budista pero, en este momento tan globalizado, es preciso realizar una mención a la importancia que el budismo concede a la compasión. Es el propio Dalai Lama el que define la compasión como el deseo de que los seres sensibles se liberen del sufrimiento. También nos refleja

dos cosas claves: la primera es el sentido de responsabilidad que adquiere la persona que ve el sufrimiento del otro y que le lleva a realizar algo por ella; la segunda es la idea clave sobre cultivar y educar la compasión que presenta el XIV Dalai Lama (Tenzin Gyatso Dalai Lama XIV, 2001).

1.11 Educar en compasión

Para el desarrollo de la educación, se han desarrollado en el punto anterior las ideas que el budismo expone y que pueden ser útiles en el proceso de educar: es preciso identificar el sufrimiento, reflexionar sobre su naturaleza y buscar el camino para la liberación del sufrimiento. También será un importante ejercicio en este camino poner en práctica la paciencia y la tolerancia hacia todos los seres humanos.

La meditación y cultivar actitudes positivas hacia los demás pueden ser una buena manera de educar la compasión pues, de hecho, algunos estudios en neurociencias y psicología realizados para analizar en qué estructuras del sistema nervioso se producía más actividad al experimentar la compasión, realizaban un entrenamiento en compasión consistente en meditar sobre actitudes positivas como la amabilidad (Klimecki et al., 2013).

En definitiva, se trata aquí de revelar la importancia y el beneficio que para los profesionales de la salud puede llegar a tener la puesta en práctica y el entrenamiento en el *mindfulness* o conciencia plena que ha comenzado a extenderse por nuestra cultura occidental y que, tal vez, nos pueda ayudar a aumentar nuestra capacidad de

compasión, aumentando nuestra resiliencia y disminuyendo la exposición y los riesgos del *burnout* (Brass, 2016; White, 2014).

Por todo esto cabe preguntarnos si podemos educar a nuestra sociedad en compasión o, más concretamente, nos podemos preguntar si debemos educar en compasión a los profesionales que conviven a diario con el dolor y el sufrimiento, el personal sanitario.

Así resume Nussbaum el sentido de la educación para la compasión:

“En breve, una educación para la ciudadanía compasiva debería también ser una educación multicultural. Nuestro alumno debe aprender a apreciar la diversidad de circunstancias en las cuales los seres humanos luchan por florecer; esto no significa sólo aprender algunos hechos sobre clases, razas, nacionalidades, orientaciones sexuales distintas a las propias, sino ser empujado hacia esas vidas a través de la imaginación, convirtiéndose en partícipe de esas luchas. Un ingrediente en esta educación será ciertamente el estudio de la historia política, social y económica; pero otro ingrediente igualmente importante será el contacto con obras de literatura y otras artes que involucren al espectador en la significación de los eventos para la historia de los individuos humanos.”

(Nussbaum, 2003, p.432)

Estas palabras pueden evocarnos al modelo enfermero de Madelein Leininger (Tomey & Alligood, 2007), quien invita a los profesionales a incluir las distintas culturas y formas de pensar de los usuarios a los que atienden, en sus planes de cuidados.

Las instituciones generan en el desempeño de sus funciones un *ethos* (Nussbaum, 2003). La educación se lleva a cabo, en gran medida, a través de las instituciones, pero para llegar a que esas instituciones puedan promover o dar forma a una emoción como la compasión, es necesario que se eduque a los legisladores en emociones y esto se realiza en las aulas.

CAPÍTULO 2. COMPASIÓN EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

A la vista de todo lo explicado, la compasión se va configurando como un impulso ético que promueve la acción de aquellas personas y grupos que se toman en serio el dolor ajeno. Los profesionales relacionados con las ciencias de la salud se exponen diariamente al dolor y sufrimiento de las personas con las que entran en contacto.

La compasión se convierte ante este sufrimiento en un modelo de comportamiento moral que informa a todas las dimensiones de la persona (cognitiva, volitiva, afectiva, práxica, etc.) y la configura de una determinada manera. Por otra parte, la compasión contiene una dimensión política relevante por cuanto exige superar los obstáculos que impiden al sujeto sufriente vivir con dignidad. Asumir políticamente la compasión significa, como defendería Zubiri, entender la historia como un proceso en continua transformación, en virtud del cual se puede romper con la resignación y el fatalismo que perpetúan la dignidad herida, especialmente cuando es tomada colectivamente y conduce a crear nuevas formas de realidad que esbozan la restitución de esa dignidad en un nuevo orden de cosas (Gallegos, 1999).

Lógicamente, la compasión enmarcada en este proceso de liberación, conduce inevitablemente a los profesionales de la salud, al enfrentamiento con las fuerzas que generan el sufrimiento. Conlleva también una esperanza en la posibilidad del cambio.

2.1 El caso de Reino Unido

Entorno al año 2010 estalló en el Sistema Público de Salud de Reino Unido (NHS) un gran escándalo nacional en relación a los cuidados que se brindaban en la sanidad pública. Robert Francis realizó unos pormenorizados informes sobre lo acontecido en algunos hospitales públicos. Describió situaciones terribles sobre falta de atención y cuidados básicos de las personas que, en teoría, debían ser atendidos por el sistema público de salud (Francis, 2010, 2013a, 2013b). Esto produjo un intenso debate nacional sobre lo que fue llamado como una falta de compasión o déficit de compasión en el cuidado (Paley, 2014).

A raíz de estos acontecimientos, los profesionales enfermeros comenzaron a realizar numerosos y muy valiosos estudios sobre la compasión en los cuidados enfermeros. Este caso es un precedente importante que debería espolear a todos los responsables de los diferentes sistemas sanitarios a realizar estudios y promover una vigilancia exhaustiva de algo fundamental en un sistema de salud, los cuidados que se brindan en él. En el caso de Reino Unido se ha mostrado decisivo velar porque todos los profesionales cumplan su trabajo con compasión y se han desarrollado y ejecutado políticas de planificación y gestión a la luz de la compasión, de una manera estructurada y protocolizada. Cabe destacar el afán del sistema sanitario británico por querer transmitir a todos sus profesionales cuidadores la importancia de seis valores y comportamientos que deben trabajar para ofrecer unos cuidados de calidad. A este programa de implementación le denominan 6Cs y los valores que lo mueven son: cuidado, compasión, competencia, comunicación, coraje, compromiso.(NHS, 2012)

2.2 Importancia de medir los fenómenos en ciencias de la salud: el caso de la compasión

El hecho de poder cuantificar las cosas y darles un valor numérico nos ayuda en nuestro día a día a poder manejar datos que nos permitan, en un primer momento, conocer la realidad de la situación que manejamos. En este caso, poder conocer de primera mano la calidad de la compasión de los profesionales de nuestro sistema de salud. En un segundo momento estos datos nos permiten planificar por un lado los recursos que necesitamos para mejorar la situación y por otra parte organizar las actividades educativas y de formación necesarias para que los profesionales puedan mejorar en este aspecto.

Como vemos, medir la compasión tiene muchas implicaciones clínicas y educativas que responsabilizan a los profesionales de la salud y les convierten en garantistas de una atención compasiva. De esta manera, los procesos de medición y retroalimentación de la práctica compasiva pueden usarse para el aprendizaje (Papadopoulos & Ali, 2015).

También se han descrito desventajas de tener herramientas para medir la compasión. Una de las cosas a tener en cuenta es que tal vez estas herramientas valoren lo que es fácil de cuantificar, en lugar de lo que realmente es importante y por otra parte hay que tener en cuenta que la consecución de objetivos y la burocracia ya están lastrando a los profesionales enfermeros para mantener la prioridad de su principal trabajo: el cuidado del paciente (Papadopoulos & Ali, 2015).

Existen ya algunos estudios que avalan el uso de distintas escalas como herramienta para poder medir la compasión (Lown, Muncer, & Chadwick, 2015; Papadopoulos & Ali, 2015), sería interesante comenzar a incluirlas en nuestra práctica diaria para poder valorar en profundidad su relevancia y capacidad para mejorar la calidad de nuestros cuidados.

2.3 Compasión, valor ético del profesional enfermero en un entorno de cuidados

Procurar conseguir la excelencia profesional está unido a alcanzar el nivel de experto en determinadas áreas del saber y también va unido a incorporar en la práctica distintos valores éticos compartidos por los miembros de una profesión.

Así nace el término deontología profesional que hace referencia al conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional. Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad.

Las reglas éticas dan un contenido concreto a los principios morales. Por este motivo, suele ser el propio colectivo profesional el que determina dichas normas y, a su vez, se encarga de recogerlas por escrito en los códigos deontológicos. El primer Código Deontológico de Enfermería fue elaborado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1953. A partir de ahí distintas asociaciones colegiales han reunido la reflexión sobre los valores éticos de la profesión enfermera, haciendo que los

códigos deontológicos se conformen como la expresión normativa y dinámica de los valores que deben mover a los profesionales en su práctica diaria.

Ya el prefacio del Código Deontológico del CIE es toda una declaración de intenciones que nos revela los deberes fundamentales de una enfermera: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. (Consejo Internacional de Enfermeras, 2006)

La compasión es vista como una virtud moral importante para el desarrollo y mantenimiento de una buena relación de ayuda entre la enfermera y el paciente (Armstrong, 2006). Pero no sólo esto, sino que podemos afirmar que los cuidados de alta calidad y los cuidados virtuosos serían sinónimos pues, tal y como vamos a desarrollar, para alcanzar unos cuidados virtuosos necesitamos de la compasión.

2.4 Compasión, objeto de investigación en enfermería

Desde que comenzó el trabajo de documentación sobre la compasión al inicio de la realización de esta tesis, la producción científica sobre este valor no ha dejado de crecer. Nuevos estudios e investigaciones se están llevando a cabo. La difusión de la importancia de este valor en la práctica profesional es una misión muy importante porque la alteridad encontrada en el rostro del otro que nos interpela con su sufrimiento y su vulnerabilidad, reclama de todos los profesionales de la salud un cuidado consciente que tenga especial atención a los pequeños detalles en las relaciones interpersonales con los pacientes.

En los estudios esencialmente enfermeros, la compasión es descrita como la esencia del cuidado y, por tanto, la esencia de la enfermería (Ryder and Chambers, 2009). De la misma manera se ha afirmado que la virtud es la base moral y ética de la relación entre enfermera y paciente (Armstrong, 2006; Cash, 2007; Von Dietze & Orb, 2000). Además se afirma que es un valor preciso para los profesionales que en su trabajo cotidiano conviven con el sufrimiento y no un valor que se pueda o no tener. Es esencial para ofrecer un buen cuidado (Van der Cingel, 2009; 2014); y, por su puesto, un valor hacia el otro que requiere de nuestro esfuerzo y formación ética (Tarlier, 2004).

En los estudios cualitativos realizados que estudian la compasión en la relación de los profesionales de enfermería con los pacientes a los que atienden, podemos destacar algunas cosas relevantes sobre la compasión en la atención cotidiana a enfermos. Así, son los mismos profesionales quienes explican cómo el conocimiento y la información concreta sobre un paciente no influyen en la compasión (Crowther, Wilson, Horton, & Lloyd-Williams, 2013). Es decir, que podríamos afirmar sin temor a equivocarnos que la compasión es una virtud que trasciende la historia personal de cada ser humano y que su merecimiento o no es incuestionable.

En un estudio realizado por (Bramley & Matiti (2014) a pacientes en relación a sus distintas percepciones de la compasión en los cuidados enfermeros, lo primero que se destaca es el vínculo que existe para muchos de esos pacientes entre cuidados y compasión. Lo siguiente es que los pacientes constatan que a veces no se requiere entablar una relación, ni dedicar tiempo para ser compasivo, sino que aún en situaciones adversas se puede mostrar la compasión. Esto es importante para unos

tiempos en los que nos toca vivir la escasez de personal, con unos ratios cada vez más elevados y una mayor apuesta por la tecnicidad. El factor tiempo no es relevante en la compasión ya que, una virtud adquirida por un profesional, se manifiesta en cualquier pequeña acción.

Crowther et al. (2013) en un estudio sobre compasión en personas con demencia, también nos habla sobre cómo esta se encuentra en las pequeñas cosas. Se puede dar en forma de tocar la mano de un paciente, saludar con una sonrisa, hacer un buen contacto visual o a través de un diálogo donde reconocemos a la persona y la dejamos responder. Actos sencillos como el aseo y el cuidado corporal nos acercan compasivamente al ser humano. Todo esto puede ser captado en estudios observacionales y etnográficos, pudiendo ser tomados como indicadores indirectos de la interacción emocional que se da en la compasión (Firth-cozens and Cornwell, 2009).

Es aquí donde se materializa la esencia de la compasión, en tareas concretas que los profesionales pueden y deben llevar a cabo. Dempsey et al., llegan a desarrollar todo un proceso llamado *Compassionate Connected Care* que consiste en seis pasos: reconocer el sufrimiento, reducir la ansiedad, tomar conciencia del lenguaje corporal, coordinar los cuidados, comprender que el cuidado trasciende el diagnóstico y promover la autonomía del paciente para aliviar su sufrimiento. Estaríamos hablando pues de todo un plan de cuidados centrado en la compasión (Dempsey, Wojciechowski, McConville, & Drain, 2014).

En la línea de la compasión como hilo conductor de todo un proceso, Van der Cingel (2011) realiza un estudio cualitativo sobre la compasión preguntando a pacientes crónicos y enfermeras sobre este hecho. En este estudio parece deducirse que

la compasión es la culminación de un proceso que conlleva: atención, escucha, confrontación, participación, actitudes de ayuda, presencia y comprensión. La compasión sería el proceso que da soporte a todo el proceso de atención profesional

Uno de los últimos estudios más relevantes sobre la compasión y la idea que de ella tienen las enfermeras de múltiples culturas y países, nos arroja importante información. De todos los países y culturas analizados en el estudio de Papadopoulos et al. (2015), es en España donde un profesional advierte la connotación religiosa de la palabra compasión; es por ello que se produce un rechazo al término, porque contrasta con los cuidados basados en la evidencia.

2.5 La compasión en el cuidado del profesional enfermero

El cuidado se fundamenta en el bienestar de las personas. Esta premisa se la debemos en la disciplina enfermera al paradigma de la transformación (Kerouac, Pepin, & Ducharme, 1995).

Así, el profesional acompaña a las personas en las experiencias de salud y enfermedad, entendiendo su manera de afrontar las situaciones, utilizando sus conocimientos y habilidades para interpretar, en definitiva, su manera de ver la vida. Cuidar significa estar con las personas y la compasión nos ayuda a desarrollar todo el potencial con el que cuentan esas personas.

Pellegrino afirmó que “el *cuidar* es la base moral sobre la cual tiene que reformarse nuestra ética profesional” (Pellegrino, 1985). Este gran bioeticista definió

cuatro dimensiones del cuidado. La primera dimensión del cuidado sería la compasión. Como explica Pellegrino, esto consiste en preocuparse por otra persona, compartir algo de su experiencia de la enfermedad y el dolor, haber sido afectado por la situación de otra persona. De esta manera la persona que sufre se convierte en el centro de nuestros cuidados y todo ello debido a que compartimos la misma humanidad.

La segunda dimensión del cuidado consistiría en hacer por los demás lo que no puedan hacer por sí mismos. En esta dimensión del cuidado se han basado algunos modelos y teorías enfermeras como puede ser el Modelo de Independencia de Virginia Henderson y la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, basados en las tendencias de suplencia-ayuda.

La tercera dimensión del *cuidar* guarda relación con el *cuidar* del problema médico, es decir, intervenir en la historia natural de la enfermedad. Si lo aplicamos a la disciplina enfermera podríamos ver en esta dimensión la parte del rol de colaboración con el resto de profesionales que interactúa con el paciente. También vemos aquí que el profesional enfermero debe tener conocimientos y perfeccionarse en técnicas y conocimientos para intervenir adecuadamente en el proceso de la enfermedad.

La cuarta dimensión consiste en cuidar llevando a cabo todos los procedimientos necesarios con excelencia, es decir, guarda relación con la competencia profesional.

En mi opinión, Pellegrino, desgranando en estas cuatro dimensiones del cuidado, nos aporta los componentes intrínsecos que este cuidado precisa: compasión, ayuda,

tecnicismo y competencia. Sería, de esta manera, la compasión el alma del cuidado, la vertiente ética y moral que no podemos perder de vista.

Para seguir desgranando la relación íntima que existe entre cuidado y compasión, volvemos la vista a las teorías de la enfermería que, con sus filosofías, pueden aportarnos luz.

Watson, quien vio en el cuidado la esencia de la práctica enfermera (Tomey & Alligood, 2007), nos aporta algo que parece clave respecto a la compasión, relaciona esta virtud con el acto de cuidar. Es por ello que nos parece que sin compasión no puede existir verdadero cuidado, sin compasión no se puede llevar a cabo el fin último de la enfermería, cuidar.

Marilyn Anne Ray, en su teoría de la atención burocrática, define el cuidado como la relación entre amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad. Mediante la compasión y la justicia, la enfermería lucha por conseguir la excelencia en las actividades del cuidado (Tomey & Alligood, 2007).

Por último, encontramos a Katie Eriksson y su teoría del cuidado caritativo, en el cual descubrimos que el vínculo que une cuidado y compasión es el sufrimiento. Para Eriksson, el objetivo final del cuidado es aliviar el sufrimiento. El cuidado caritativo que describe surge del encuentro con el ser humano sufriente. La lucha del ser humano por la vida y por su dignidad absoluta privan a su proceso de curación de fuerza, y su sufrimiento se vuelve insostenible (Thorkildsen, Eriksson, & Råholm, 2013). La esencia del cuidado se podría resumir como un espíritu de amor y compasión (Eriksson, 2007).

2.6 La compasión en el marco de la Teoría del Cuidado Humanístico de Jean Watson

Proporcionar un cuidado enfermero eficaz requiere de una fundamentación sólida en un marco teórico, en una teoría de la enfermería, que entre otra información relevante, guíe la encarnación de unos cuidados que puedan alcanzar los objetivos propuestos.

Como hemos comentado anteriormente fundamentar el cuidado en el bienestar de las personas ha sido la principal aportación de las teóricas de la enfermería que se sitúan en el paradigma de la transformación. En este paradigma incluimos las teorías de Watson, Mishel o Boykin y conectan con la corriente de pensamiento del constructivismo y con la teoría de la complejidad. Este paradigma supone una apertura al mundo y al universo, definiendo los fenómenos como únicos, incluyendo los conceptos metaparadigmáticos. La persona es un ser único en un universo cambiante que vive experiencias de salud y enfermedad. De ellas se obtienen significados que los profesionales enfermeros acompañan y cuidan. (Kerouac et al., 1995).

Dentro de este paradigma, Jean Watson ha contribuido al desarrollo del conocimiento enfermero con la Teoría del Cuidado Humanístico. Fue descrita por primera vez por la autora en 1979, a través del libro titulado *Enfermería: la filosofía y la ciencia del cuidado*.

Con su trabajo puso de manifiesto que el cuidado se muestra y practica eficazmente de un modo transpersonal. Esto significa que la conciencia va más allá de las dimensiones corporales y trasciende el tiempo y el espacio.

La teoría expresa que en relación con el cuidado, la enfermera no está sola, necesita del otro para que la interacción del cuidado se produzca. Precisa pues de una relación transpersonal, esto es una relación caracterizada por la unión entre dos personas que se convierten en uno solo. Se concreta en el mismo momento del cuidado y se produce una especial sintonía de cuerpo y alma. Pero tal y como describe la teoría, va mucho más allá del momento del cuidado, se produce una transposición a la vida de los participantes en la relación de cuidado.

La Teoría del Cuidado Humanístico consta de tres elementos conceptuales principales: el proceso caritas o proceso de cuidar, el cuidado transpersonal y el momento del cuidado (Watson, 2008).

El proceso caritas o proceso de cuidar se caracteriza por explicar cómo los profesionales enfermeros pueden optar por acercarse a sus pacientes. Prepara el terreno para desarrollar una relación terapéutica donde el cuidado se desarrolle de forma respetuosa y con conciencia plena.

Tabla 1. Proceso Caritas o Proceso de Cuidar.

Proceso Caritas o Proceso de Cuidar
1. Practicar la bondad amorosa y la ecuanimidad en el contexto de una consciencia plena.
2. Estar auténticamente presente y permitir el sistema de creencias del individuo.
3. Cultivar las propias creencias espirituales.
4. Desarrollar y mantener una relación de ayuda y confianza auténtica.
5. Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos.
6. Practicar el uso creativo de uno mismo y de todas las formas de saber.
7. Participar en una verdadera experiencia de enseñanza-aprendizaje.
8. Crear un ambiente de curación a todos los niveles.
9. Ayudar en las necesidades básicas.
10. Atender las dimensiones espirituales y existenciales de la vida y la muerte.

Adaptado de Watson, 2008.

El segundo elemento de la teoría de Watson es el de la relación de cuidado transpersonal. La relación de cuidado transpersonal expresa una preocupación por el mundo de la vida interior del otro. Consiste en buscar conectarse al alma de la otra persona a través del cuidado. El desarrollo profesional y personal continuo y el crecimiento espiritual del profesional, serían las herramientas que propician esta relación sanadora. Las enfermeras aprenden a construir y expandir verdaderas relaciones interpersonales a partir de sus propias experiencias e historias de vida.

El último elemento de la Teoría del Cuidado Humanístico es el momento del cuidado. Es el instante en el espacio y el tiempo en que la enfermera y su cliente se reúnen con sus historias de vida únicas y se produce una transacción de humano a

humano. Si en este momento del cuidado intervienen los dos elementos anteriores: la relación transpersonal y el proceso caritas, el momento del cuidado multiplica su potencial y la conexión entre enfermera y cliente se convierte en sanadora.

La teoría de Watson, especialmente todo el Proceso Caritas o Proceso de Cuidar, aporta formas concretas de realizar un cuidado ético y de calidad. Vamos a desgarnar punto por punto el Proceso Caritas.

1. Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente. En este punto Watson pone de manifiesto y fundamenta que la práctica profesional requiere de un desarrollo moral personal. De esta manera podré comprender al otro. La introspección y el mindfulness deberían así guiar nuestra práctica diaria. Nos pueden ser útiles para el desarrollo de esta práctica la meditación, reflexión y el desarrollo de otras artes. El desarrollo de estas actitudes debe ir siempre acompañado de los conocimientos científicos propios de la profesión. A parte de la amorosa bondad la enfermera también ha de practicar la ecuanimidad, esto para Watson significa trascender las características personales del otro: edad, sexo, cultura, raza, sistema de valores...
2. *Estar auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado.* Este punto del proceso habla sobre permitir que todos los seres humanos cultiven su propio sistema de creencias que les permitirá mantener la fe en ellos mismos, contribuyendo a unos buenos cuidados.

3. *El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión.* Se vuelve a tratar aquí la importancia de cultivar los propios valores para así poder comprender los valores ajenos. Poner también de manifiesto los sentimientos propios ante la vulnerabilidad y sufrimiento, convierten al profesional en una persona honesta y sincera capaz de establecer una buena relación.
4. *Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza.* Para establecer esta relación de cuidado necesito aplicar los factores previos descritos: desarrollar un buen sistema de valores propio, permitir el de los demás y ser honesto en la expresión de sentimientos. Esta relación sólo se puede dar desde el reconocimiento del otro como un ser único.
5. *Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida.* Para Watson la libre expresión de sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos que aumenten el estrés.
6. *El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial.* Watson reflexiona aquí sobre la normativización que puede impedir el desarrollo creativo de la profesión enfermera. Es importante la utilización del proceso de enfermería como método científico, pero esto no debe impedir la investigación y desarrollo de nuevas habilidades. También podríamos hablar

en este apartado sobre la elaboración de nuevas teorías y perspectivas sobre el cuidado que nos aparten de un modelo biomédico estricto.

7. *Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.* Este proceso nos lleva a personalizar los cuidados de manera que respetemos las particularidades de los individuos. Esto ayuda a convertir a los usuarios en verdaderos partícipes de su salud y enfermedad, empoderándoles para la toma de decisiones sobre sus procesos particulares.
8. *Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz.* Watson habla en este punto sobre el medio ambiente y el entorno en que se desarrollan los cuidados.
9. *La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger.* Atender las necesidades humanas es fundamental en el ámbito de la sanidad. Los factores socio-culturales afectan a todas las necesidades básicas.
10. *El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales.* Este proceso ayuda a reconciliar todos los puntos de vista de una manera holística y atender a las necesidades de las personas con un orden jerárquico.

Todo este proceso para ser llevado a cabo precisa de un valor ético, la compasión.

“El proceso de cuidado humano requiere el conocimiento del comportamiento humano, incluyendo la unidad de mente, cuerpo y espíritu, sus fortalezas y limitaciones, y las respuestas, y el conocimiento de cómo consolar, ofrecer la compasión y la empatía, en el contexto de una relación de cuidado” (Watson & Foster, 2003).

En todo momento se vincula en esta teoría la compasión con el cuidado, porque cuidar compasivamente alivia el sufrimiento del ser humano. La compasión nos parece entonces ese perfume esencial que no puede dejar de guiar la finalidad primordial por la que nació la enfermería, cuidar. Y este encargo que nos ha dado la sociedad, es presente y futuro.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el marco de la profesión enfermera se ha podido constatar la relevancia que tiene la compasión en los cuidados enfermeros. La compasión constituye un factor de cohesión grupal, una actitud proclive a ser compartida con la vista puesta en la acción común. Frente a la razón dialógica intersubjetiva que tiene a los dotados de poder y de inteligencia normal como únicos interlocutores válidos en orden al consenso, la compasión como impulso ético ha de dar cuenta, en primer lugar, de los que no participan de este consenso y se fija en los excluidos sufrientes, en los sin-voz que se nos aparecen básicamente como sujetos privados de una dignidad que debe ser restituida. Esto representa para una prioridad ética.

Realizar una búsqueda bibliográfica pone en evidencia la gran complejidad del término compasión y que esta complejidad lleva a la falta de consenso sobre una definición, además de plantear dudas sobre qué es y cómo se expresa en el cuidado diario de los enfermos. También en esa búsqueda bibliográfica se pone de manifiesto la falta de producción científica sobre compasión en español o que se hubiesen realizado con hispanohablantes. Por todo ello justifica que es necesario conocer qué es la compasión, para los profesionales enfermeros y usuarios con una lengua materna concreta, el español.

Además de generar conocimientos en lengua española se intenta contemplar la compasión como un valor profesional, preguntando y observando en profesionales y usuarios sobre su utilidad en el día a día de los cuidados.

Respecto a otros trabajos y estudios existentes, esta etnografía intenta aportar una visión global por parte de dos participantes fundamentales en el proceso de salud-enfermedad, los enfermeros y los pacientes. Este trabajo aporta ideas generales y a la

vez también muy concretas sobre conceptos tan relevantes como son el sufrimiento, la enfermedad, el cuidado, la compasión. Entender la forma de vivirlos, las luces y sombras que se pueden producir, nos permite generar nuevos modelos de cuidados, nuevos modelos de gestión, nuevos espacios de formación... o, en todo caso, mejorar los ya existentes.

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Presentamos en este capítulo la pregunta de investigación y los objetivos que han guiado la elaboración de todo el trabajo de investigación.

3.1 Pregunta de investigación

Basándonos en la revisión de la literatura observamos que el valor de la compasión está difuso y poco claro con respecto a la práctica enfermera. Es por ello que nos surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿El profesional enfermero que integre la compasión como un valor ético en sus actuaciones, proporcionará unos cuidados de mayor calidad a los pacientes que atiende?

¿Los pacientes que experimenten unos cuidados compasivos vivirán su proceso de la enfermedad sintiéndose más acompañados y comprendidos?

3.2 Objetivos

El objetivo principal que se plantea para este estudio es el de comprender la importancia del valor compasión en el desarrollo de la actividad asistencial de los profesionales enfermeros hacia los usuarios a los que atienden.

Con el fin de conseguir este objetivo general se plantean unos objetivos específicos:

- Explorar las creencias que los profesionales enfermeros y los pacientes tienen sobre la compasión.
- Explorar las actividades asistenciales en las que los profesionales enfermeros emplean el valor de la compasión.
- Describir el papel que el valor de la compasión desempeña en la ética profesional enfermera.
- Definir el significado de la compasión en el contexto de los cuidados enfermeros.

3.3 Tipo de estudio

Partiendo de la pregunta de investigación y de los objetivos marcados, se ha considerado que la aproximación metodológica más adecuada sería la cualitativa. Para ello nos hemos basado en buscar la mejor metodología que se adapte a la naturaleza del problema que se quiere investigar (Strauss & Corbin, 2002), los propósitos del estudio y la pregunta a la que queremos dar respuesta (Mayan & Cisneros, 2001).

La metodología cualitativa nos permite conseguir una comprensión amplia y una visión profunda de un fenómeno. En lugar de tratar de buscar relaciones causales a través de análisis estadísticos, se pretende comprender la realidad utilizando un proceso interpretativo personal (Ruíz Olabuénaga, 2012).

Debemos reflejar también que el marco epistemológico escogido ha sido el constructivismo. Los distintos paradigmas que nos encontramos en la investigación cualitativa basan sus diferencias en cómo entienden la naturaleza de la realidad. El constructivismo comprende que las realidades son creadas y se construyen específicamente, porque son internas a las personas y están vinculadas a los contextos e interpretaciones que cada individuo realiza de ellas (de la Cuesta Benjumea, 2003; Ruíz Olabuénaga, 2012). Se pretende así analizar y comprender el mundo que construyen las personas por medio de la interpretación y la dialéctica, con la finalidad de comprender y dar sentido a través del discurso que producen los participantes (Sandín Santaella, 2006).

Tras destacar la conveniencia de utilizar una metodología cualitativa y un paradigma constructivista, debemos buscar las estrategias metodológicas que mejor se avengan a permitirnos alcanzar los objetivos de nuestra investigación. De entre estas estrategias se ha escogido la etnografía, por resultar idónea para estudiar fenómenos complejos que inciden en las situaciones de vida-salud-enfermedad (Siles González & Solano Ruiz, 2009).

Como muy bien explicaría Boyle, el propósito y objetivo esencial de la etnografía es comprender a un grupo humano que tiene algo en común. En este caso el grupo humano que nos ocupa comparte una situación de enfermedad/pérdida de salud, así como la dedicación profesional al cuidado de pacientes (Boyle, 2003).

La etnografía nos ha permitido conocer el punto de vista de parte de los actores de este proceso de salud/enfermedad/cuidados y de describir e interpretar sus experiencias y comportamientos, logrando un conocimiento profundo de sus motivos y circunstancias. A través de la realización de descripciones densas, los datos pueden llegar a representar múltiples matices de la realidad (Velasco & Díaz de Rada, 2006).

El aporte más valioso de la etnografía es la reflexividad, porque hace que esta no sea una simple descripción, sino que se convierte en una explicación teórica y conceptual resultante de combinar los puntos de vista del informante o *emic* y del investigador o *etic* (Boyle, 2003). Resulta de este modo fundamental utilizar la etnografía si tenemos en cuenta esta combinación en nuestro trabajo: su objetivo es la descripción de los significados que las personas utilizan para comprender su mundo (Boyle, 2003) y la necesidad de permanencia del investigador en el campo donde ocurre el fenómeno de estudio (Taylor & Bogdan, 1987). En este sentido, además, la

investigadora es parte activa del microcosmos que compone un hospital. Algunos autores promueven que la intervención del investigador debe ser escasa, pero tenemos la misma opinión que aquellos autores que defienden que en la investigación cualitativa el investigador es un personaje situado; ocupa un lugar, tiene una biografía personal y unas perspectivas que harán que observe desde una mirada particular que condicione aquello que pregunta, cómo lo pregunta y qué interpreta (de la Cuesta Benjumea, 2003).

Según Muecke (2005) existen dos tipos fundamentales de etnografía, las antropológicas y las enfocadas. Las antropológicas surgen de la antropología académica y las enfocadas se han dado en el campo de ciencias de la salud y del trabajo social. Para Boyle, las etnografías enfocadas tienen una pregunta específica y el propósito claro de ser aplicadas (Boyle, 2003). Podríamos decir que esta etnografía puede pertenecer a la escuela de etnografía crítica, la más reciente en la tradición cualitativa etnográfica. Dado que vemos la etnografía como una interacción del etnógrafo y los informantes. Sostenemos así que la etnografía es interpretativa, diferentes etnógrafos crearían diferentes relatos y cualquier interpretación es sólo una posible lectura de la cultura estudiada (Muecke, 2005). En esta escuela crítica el etnógrafo es inevitablemente participante durante el texto y su construcción. La etnografía crítica presenta un momento y contextos particulares (Govea Rodríguez, Vera, & Vargas, 2011).

Esta investigación etnográfica es por tanto subjetiva, refleja las posiciones, los valores y la conciencia de quien escribe.

3.4 Ámbito del estudio

El estudio se realizará en el Complejo Hospitalario de Soria, formado por dos hospitales con una gestión unificada. Es un complejo hospitalario de carácter provincial dependiente del Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL).

El Complejo Hospitalario de Soria da cobertura sanitaria a toda la provincia de Soria, la cual se divide en 14 Zonas Básicas de Salud que constan aproximadamente de 91.006 habitantes (INE, 2015) que viven en un área de 10.284 Km². Los servicios que comprende son: alergología, análisis clínicos, anatomía patológica, anestesia y reanimación, aparato digestivo, bioquímica clínica, cardiología, cirugía general, cuidados paliativos, endocrinología y nutrición, farmacia, geriatría, hematología y hemoterapia, medicina intensiva, medicina interna, medicina preventiva y salud pública, medicina del trabajo, microbiología y parasitología, nefrología, neumología, neurofisiología clínica, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología médica, otorrinolaringología, pediatría y neonatología, psiquiatría, radiodiagnóstico, rehabilitación, reumatología, traumatología, urgencias y urología.

Cuenta con un total de 336 camas para ingresos de media y larga estancia. En un edificio del complejo, denominado Hospital Virgen del Mirón, se concentran los servicios de psiquiatría, geriatría, medicina interna de larga estancia, así como una reciente unidad para enfermos pluripatológicos. En el otro edificio, llamado Hospital Santa Bárbara, se concentran el resto de servicios: los servicios centrales como son urgencias y una pequeña unidad para ingresos de muy corta estancia, cuidados intensivos, quirófanos junto al servicio de reanimación y de cirugía sin ingreso,

radiología, hospital de día de oncohematología, servicio de diálisis y todas las plantas de hospitalización: maternidad, pediatría, neonatos, cirugía general y digestiva, urología y otorrinolaringología, traumatología, cuidados paliativos y tres unidades de medicina interna donde se encuentran los pacientes con patología digestiva, cardiorrespiratoria, oncológica y neurológica. Ambos hospitales cuentan también con consultas externas de atención especializada.

Para atender estas instalaciones el Complejo Hospitalario cuenta con aproximadamente 700 profesionales sanitarios. Compuestos por: 296 enfermeras, 19 supervisoras de unidad, 3 supervisoras de área, 1 enfermera jefe de atención al paciente, 7 matronas, 231 auxiliares de enfermería, 14 fisioterapeutas, 19 técnicos de laboratorio, 14 técnicos de rayos, 4 trabajadores sociales, 5 psicólogos; 3 técnicos de anatomía patológica, 3 terapeutas ocupacionales y 180 médicos especialistas.

Presenta una diana de población suficientemente enriquecedora para el estudio ya que nos encontramos con enfermeros/as cualificados y pacientes atendidos, tanto crónicos como agudos.

3.5 Participantes

Los participantes del estudio son los profesionales y pacientes del Complejo Hospitalario de Soria. Se escogió esta población por cuestiones de conveniencia.

Hay que señalar que los tipos de muestreo y criterios de selección en la investigación cualitativa distan mucho de los establecidos para los paradigmas

cuantitativos, dado que no buscamos medir efectos entre variables concretas ni pretendemos generalizar los resultados obtenidos al resto de la población. Por ello no buscamos una muestra que sea estadísticamente representativa de la población (Sandelowski, 2004).

El muestreo realizado ha sido opinático. Se trata así de un muestreo estratégico personal con el objetivo de seleccionar a los participantes que ayudaran a comprender en mayor profundidad los valores que nutren la profesión enfermera y su comprensión de la compasión. También se ha realizado este tipo de muestreo atendiendo a la voluntariedad que representa realizar una entrevista grabada y la fobia que esto ha supuesto para algunos posibles candidatos.

Este tipo de muestreo opinático como parte del muestreo intencional ha tratado de garantizar una mejor calidad y cantidad de la información (Ruíz Olabuénaga, 2012).

Para construir la muestra final se han tenido en cuenta aspectos de heterogeneidad como puede ser distintas variables sociodemográficas: la edad, intentando que haya representatividad de todas las edades; el sexo, debido a la mayor proporción de sexo femenino se ha procurado incluir a enfermeros de sexo masculino de los distintos servicios; la experiencia como profesional, escogiendo profesionales con un rango de experiencia entre quince años o más y dos años o menos.

En relación a los pacientes, se procuró la máxima variabilidad en términos de sexo, edad y patología, procurando escoger pacientes con un proceso crónico y otros con un proceso agudo.

Por todo ello se plantearon los siguientes **criterios de inclusión:**

- Personas mayores de edad.
- Profesionales de enfermería contratados por el SACYL.
- Que den su consentimiento por escrito para realizar el estudio.

Criterios de exclusión:

- Presentar alguna patología que dificulte la realización de las entrevistas.

A priori, se propuso una muestra formada por:

- 18 enfermeros de los distintos servicios del hospital. 6 enfermeros que desarrollen su trabajo en servicios centrales y 12 de ellos en el resto de unidades de hospitalización.
- 15 enfermos usuarios de los distintos servicios del Complejo Hospitalario. Para obtener esta muestra se excluirán algunos servicios como son: quirófano y reanimación por no encontrarse los pacientes en disposición de colaborar; los usuarios de consultas de atención especializada o radiología, por la brevedad de las intervenciones; y por último excluimos del estudio dos servicios con personas especialmente frágiles y que requerirían de un estudio propio como son pediatría, neonatos y maternidad y psiquiatría.

De esta muestra de 33 personas se han seleccionado a profesionales y pacientes de todos los servicios no excluidos. Estos son: urgencias, cuidados intensivos, hospital de día de oncohematología, hemodiálisis y las unidades de hospitalización: cuidados paliativos, geriatría, cirugía, traumatología, urología y otorrinolaringología y las cuatro unidades de hospitalización de medicina interna (Tabla 2, p.90).

La saturación teórica ha determinado el tamaño final de la muestra.

Tabla 2. Estructura de la muestra. N° de casos según sexo y contexto sanitario

	SEXO		SERVICIO
	HOMBRE	MUJER	
PROFESIONAL ENFERMERO		2	URGENCIAS
	1	1	UCI
		1	PEDIATRÍA
		2	HEMODIÁLISIS
		2	PALIATIVOS
		2	CIRUJÍA DIGESTIVA
	1	1	TRAUMA
	1		UROLOGÍA
	1	2	MEDICINA INTERNA
		1	GERIATRÍA
PACIENTE		2	URGENCIAS
	1	1	HEMODIÁLISIS
	1	2	PALIATIVOS
	1	1	CIRUJÍA DIGESTIVA
		1	TRAUMATOLOGÍA
	1		UROLOGÍA
	2	2	MEDICINA INTERNA

Elaboración propia

3.6 Técnica de recogida de datos

Para la consecución de los objetivos propuestos se han usado dos técnicas: la observación participante y las entrevistas semiestructuradas.

3.6.1 Observación participante

A través de la observación participante se han observado las actitudes de los profesionales con el fin de indagar en el comportamiento compasivo en los profesionales enfermeros.

Es distintivo de la etnografía plantear que el comportamiento de las personas donde mejor se entiende es en su propio contexto, para ello la observación participante es fundamental (Boyle, 2003). Esto justifica que en esta etnografía no hayamos dejado de contemplar esta técnica. Pretendemos así acceder a una realidad en la que los protagonistas, pacientes y profesionales, están inmersos; y poder extraer de ella todo aquello que ni siquiera son capaces de verbalizar en una entrevista.

La observación participante es un método sistemático de recogida de datos no intrusivo y que implica la interacción entre el investigador y los informantes (Taylor & Bogdan, 1987). Es fundamental el contacto directo y prolongado con los miembros del grupo que deseamos estudiar (Boyle, 2003). Por ello, que la investigadora formase parte del equipo, ha sido muy beneficioso ya que no se la consideraba una extraña ni entorpecedora de la actividad cotidiana que se genera en una unidad de hospitalización.

3.6.1.1 Selección del escenario

Para Guasch (1997) se entiende por escenario aquel lugar donde se manifiesta la realidad que se pretende estudiar, siendo necesario una buena elección del mismo, que garantice la obtención de información de calidad.

Esta observación participante se ha realizado teniendo en cuenta que la investigadora forma parte del ámbito de estudio, dado que desarrolla su actividad profesional como enfermera en el Complejo Asistencial de Soria. Este hecho ha permitido a la investigadora comprender el escenario y no desentonar en el contexto natural de una unidad de hospitalización. Es la proximidad al fenómeno que se estudia lo que facilitará el acceso a los escenarios (Guasch, 1997).

La observación participante se ha llevado a cabo en el escenario que conforman las unidades anteriormente descritas por un periodo de nueve meses, desde febrero de 2015 hasta octubre del mismo año.

3.6.1.2 Procedimiento de recogida de información

Los profesionales enfermeros de todos los servicios, tienen un turno rotatorio, por lo tanto se les ha observado trabajando en cualquiera de los tres turnos ya que presentan diferentes cargas de trabajo y rutinas en cada uno de ellos: mañana (en horario de 8 a 15h), tarde (en horario de 15 a 22h) y noche (en horario de 22 a 8h).

En el turno de mañana lo que más se ha podido recoger han sido cuidados directos hacia los pacientes y la interrelación con el resto de profesionales de la salud.

En los turnos de tarde y noche se han recogido más reflexiones personales y diálogos de los profesionales enfermeros. Por las diferentes cargas de trabajo y de rutinas en cada turno, se ha realizado observación en todos ellos.

Durante todo el proceso de observación se realizó un diario de campo. Las notas de campo no fueron tomadas en el mismo campo para evitar repercutir en los participantes (Taylor & Bogdan, 1987) pero se procuró que fueran tomadas inmediatamente después de la observación.

Las notas tomadas han tratado de incluir el tiempo y duración de las conversaciones y sucesos ocurridos. También aspectos que tienen que ver con acciones y sentimientos del investigador (Taylor & Bogdan, 1987; Valles, 1999).

Para su análisis y posterior trabajo se ha dividido en fragmentos que tuviesen una misma temática o característica y se les ha nombrado con la abreviatura Obs 1 y siguientes.

3.6.2 Entrevistas semiestructuradas

Para la realización de las entrevistas individuales semiestructuradas se han elaborado dos guiones *ad hoc* de entrevista para recoger información sobre las ideas en torno a la compasión que presentan por una parte los profesionales enfermeros y por otra parte los pacientes (Anexo III y IV).

Una única entrevistadora ha realizado todas las entrevistas y las ha grabado con un sistema de audio, utilizando una grabadora marca Sony, modelo ICDPX240. El desarrollo de las mismas se ajustó al guion pero nos sentimos con libertad de ampliar

o modificar aquellas preguntas que pudiesen hacernos comprender mejor al entrevistado.

El diálogo fue fácil y se logró empatizar con todos los entrevistados. Con todos ellos se hizo el esfuerzo de ser sensible a los posibles efectos que se pudiese causar en las personas entrevistadas (Taylor & Bogdan, 1987). La entrevista se entendió como un proceso por el que la conversación se dirigió a recoger información, dejando espacio para la digresión, buscando significados, explorando matices y detectando áreas grises (Angrosino, 2012)

La duración de las entrevistas fue muy variable ya que algunos de los entrevistados se recrearon más en sus respuestas, mientras que otros fueron más breves. Así las entrevistas duraron entre los 40 minutos de la más extensa y los 10 minutos de la más breve.

Las entrevistas se realizaron en un despacho de trabajo con el que cuenta cada una de las unidades de hospitalización. Estos despachos cuentan con las suficientes garantías de intimidad y reserva para poder desarrollar la entrevista en total privacidad.

A parte del registro de las entrevistas con el sistema de audio, la entrevistadora tomó notas sobre los aspectos más relevantes de la comunicación no verbal que se iba produciendo a lo largo de las entrevistas.

La entrevistadora realizó las transcripciones de las entrevistas y se llevó a cabo un sistema de codificación para mantener por una parte el anonimato del entrevistado y por otra parte para permitir el estudio de los datos. De esta manera se ha sustituido

el nombre y apellidos de cada entrevistado por un código alfanumérico: E1 y siguientes para los profesionales y P1 y siguientes para los pacientes.

3.7 Técnica de análisis de los datos

Partimos en este apartado de la premisa de que en la investigación cualitativa, a diferencia de en la investigación cuantitativa, es imposible separar el análisis de los datos de su propia recogida ya que la recolección y análisis de los datos van de la mano. A lo largo del tiempo de investigación, el investigador sigue la pista de los temas emergentes, repasa sus notas de campo o transcripciones y desarrolla conceptos y proposiciones para dar sentido a todo el trabajo (Taylor & Bogdan, 1987). Así las secuencias son circulares y el proceso es cíclico (Ruíz Olabuénaga, 2012).

Hemos de tener en cuenta también que en esta metodología no existe una única manera de consultar la información para analizar los datos. En este proceso son muy relevantes las aptitudes y preferencias del etnógrafo, así como el tipo y enfoque de la etnografía que se esté realizando. Esto influye en cómo se ordenan los datos, cómo se buscan y clasifican los tipos y cómo se ponen en secuencia y se procesan para encontrar patrones en el conjunto (Boyle, 2003).

El análisis de los datos se ha realizado utilizando la técnica de análisis de texto libre a través de códigos. Este análisis de los datos siguió un orden que podemos resumir en los siguientes pasos (Alvarez-Gayou, 2003):

- El primer paso consistió en el registro sistemático de las notas de campo y de las entrevistas realizadas.

La observación participante puesta de manifiesto en nuestro diario de campo se analizó realizando en un primer momento un pequeño mapa conceptual donde se exponen las reflexiones hechas por el personal sobre cualquier aspecto que guardase relación con el tema que nos ocupa y por otro lado las ideas surgidas de lo observado por la investigadora.

- Se capturó, transcribió y ordenó la información.
- En un siguiente momento del proceso se realizó la codificación de la información. Codificar es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso (Fernández Núñez, 2006).

Tras finalizar las entrevistas, procedimos a analizar los datos que nos interesaban de las mismas. Para su análisis, dividimos por unidades, identificamos y clasificamos los datos mediante la categorización y codificación de los mismos.

- Integración de la información. Se relacionaron las categorías obtenidas en el paso anterior entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1986) “el número de categorías que se adopten dependerá de la cantidad de datos recogidos y de la complejidad de nuestro esquema analítico” (p.167). En ese sentido, consideramos relevante organizar las unidades de significado en diecinueve categorías.

3.7.1. Segmentación de las unidades de significado y categorización.

Las unidades de significado pueden conformarse por párrafos u oraciones significativas que contengan información reveladora. Nos hemos guiado de manera general por frases cortas o por párrafos. Agrupando estas unidades de significado se nos reveló una visión panorámica sobre los temas. Algunos encajaron con los ya previstos al elaborar el guion de la entrevista y con el marco conceptual, otros emergieron dentro de la dinámica codificadora.

Como hemos comentado para realizar la codificación nos basamos en la Teoría del Cuidado Humanístico de Jean Watson, identificando en el discurso y la observación elementos del Proceso Caritas, del Momento del Cuidado y buscando elementos del Cuidado Transpersonal.

Una vez que realizamos el proceso de codificación pasamos a definir el sistema de categorías surgidas de las entrevistas. En este primer nivel de análisis se trabaja con la voz de los informantes, es el aspecto emic, las categorías descriptivas de primer orden (Morse, 2003).

Tabla 3. Definición de categorías

Categorías	Definición
1. Empatía	Comprender a los demás. Valor de especial relevancia para los profesionales enfermeros.
2. Respeto a la dignidad	Descripción de los valores que nos permiten respetar y velar por la dignidad de los pacientes, entendiendo la dignidad como la identidad propia e íntima de cada ser humano.
3. Respeto a la autonomía	Respetar el principio de bioética de autonomía del paciente.
4. Presencia	Estar allí, acompañar y estar presente.
5. Relación terapéutica	Relación entre los dos principales actores del cuidado enfermero: enfermera y paciente; y que permite desplegar todos los aspectos del proceso de cuidados enfermeros.
6. Enfermedad	Proceso de enfermar al que cualquier persona puede ser expuesto dentro del continuo salud-enfermedad.
7. Miedo a lo desconocido	Resultar totalmente ajeno a las circunstancias y procedimientos que envuelven un ingreso hospitalario y todas las consecuencias y circunstancias en que puede derivar una enfermedad.
8. Soledad	Encontrarse solo en las distintas circunstancias y momentos que conllevan una enfermedad o ingreso hospitalario. No encontrarse en esas circunstancias acompañado por familiares y/o amigos.

9. Dependencia/pérdida de capacidades funcionales	Situación en la que la persona pierde la independencia y la capacidad para poder ser autónomo en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
10. Sobrecarga de trabajo	Situación en la que los profesionales no disponen del tiempo requerido para realizar sus tareas y cuidados.
11. Tareas burocráticas e informáticas	Opiniones sobre el registro y realización de todo el proceso de atención de enfermería utilizando herramientas informáticas
12. Medicina/enfermería defensiva y cambios en el modelo de relación profesional-paciente	Modo de ejercer la profesión sanitaria para evitar denuncias por mala praxis. También se reflejan los modelos de relación profesional-paciente.
13. Fatiga por compasión	Forma de estrés ocasionada en los profesionales por el desgaste producido por el impacto emocional y la relación con los pacientes.
14. Sufrir con, compadecerse del otro	Primera parte del movimiento compasivo
15. Acción	Realizar activamente acciones encaminadas a aliviar el sufrimiento de los pacientes.
16. Trabajo en equipo	Organización y forma de trabajar de todos los profesionales que tienen como objetivo común atender a un paciente
17. Cuidados compasivos	Cuidados concretos que administra el profesional enfermero y que son fruto de la compasión experimentada
18. Pena	Para algunos profesionales la compasión sería sinónimo de pena y lástima. En la gran mayoría de los casos aunque la palabra suscita este sentimiento o parecer, al indagar en las ideas sobre la compasión no tiene en absoluto una connotación negativa.

19. Formación, experiencia y equilibrio interior	Herramientas que nos permiten mejorar la atención que dan los profesionales a sus pacientes
---	---

Elaboración propia

Tabla 4. Categorías y sus unidades de significado

Categorías	Unidades de significado		
	Pacientes	Enfermeros	Observación
1. Empatía	1	1	0
2. Respeto a la dignidad	1	5	1
3. Respeto a la autonomía	1	1	2
4. Presencia	2	2	2
5. Relación terapéutica	0	1	1
6. Enfermedad	1	3	0
7. Miedo a lo desconocido	1	1	0

8. Soledad	1	2	1
9. Dependencia/Pérdida de capacidades funcionales	1	5	0
10. Sobrecarga de trabajo	1	5	0
11. Tareas burocráticas e informáticas	0	2	2
12. Medicina/enfermería defensiva y cambios en el modelo de relación profesional-paciente	0	3	2
13. Fatiga por compasión	0	4	0
14. Sufrir con, compadecerse del otro	1	3	0
15. Acción	0	2	0
16. Trabajo en equipo	0	3	1
17. Cuidados compasivos	1	5	0
18. Pena	0	4	0

19. Formación, experiencia y equilibrio interior	2	6	1
---	---	---	---

Elaboración propia

3.7.2 Organización en dominios

Pasamos en un segundo momento a analizar los datos desde el punto de vista étic, el del investigador. Desde el yo construido, trato de entender y comprender al otro.

Describimos a continuación los dominios:

- Valores del profesional enfermero: en este dominio se engloban todos los valores que los profesionales y pacientes han resaltado en un profesional enfermero.
- El sufrimiento del paciente. Dominio que comprende todos los aspectos que los profesionales consideran que ocasionan sufrimiento en sus pacientes. También se incluye de forma real aquello que los pacientes perciben como origen del sufrimiento.
- Dificultades en la atención a los pacientes. Dominio que integra todas las dificultades que diariamente los profesionales deben superar para poder llevar a cabo su trabajo.
- Definir la compasión: dominio que reúne los aspectos que definen la compasión.

Tabla 5. Relación entre categorías y dominios

Dominios	Categorías
1. Valores del profesional enfermero	Empatía
	Respeto a la dignidad.
	Respeto a la autonomía
	Presencia
	Relación terapéutica
2. El sufrimiento del paciente	Enfermedad
	Miedo a lo desconocido
	Soledad
	Dependencia/Pérdida de capacidades funcionales
3. Dificultades en la atención a los pacientes	Sobrecarga de trabajo
	Tareas burocráticas e informáticas
	Medicina/enfermería defensiva y cambios en el modelo de relación profesional-paciente
	Fatiga por compasión
4. Definir la compasión	Sufrir con, compadecerse del otro
	Acción
	Trabajo en equipo
	Cuidados compasivos
	Pena
	Formación, experiencia y equilibrio interior

Elaboración propia

3.8 Criterios de rigor metodológico

Cuando hablamos de la calidad de un estudio solemos referirnos a su rigor científico, fiabilidad, veracidad, confiabilidad, plausibilidad, adecuación metodológica, credibilidad, congruencia... Pero, quizá, el término más utilizado sea el de «validez». Una investigación no válida, no es verdadera. Una investigación no válida, no es una buena investigación, no tiene credibilidad.

La validez ha constituido siempre una preocupación en la investigación. Es un término que aunque reelaborado desde diversas perspectivas se ha mantenido como elemento fundamental para la valoración de la calidad o rigor científico de los estudios (Sandín, 2006).

Existen tres posiciones básicas entre los autores sobre cómo tratar la fiabilidad y validez en la investigación cualitativa. Sandín (2006) nos las resume de la siguiente forma: “los que aplican los mismos criterios que se emplean en la investigación cuantitativa, los que rechazan cualquier clase de criterio debido a la naturaleza de la investigación misma y los que argumentan que debemos utilizar criterios específicos en la investigación cualitativa”.

De entre los diferentes criterios propuestos por los distintos autores, en este estudio etnográfico nos ha parecido apropiado basarnos en los criterios propuestos por Guba y Lincoln (1985). Dado que creemos que se adaptan muy bien a los intentos que ha realizado la investigadora por dar rigor a la etnografía realizada. Estos son:

Ñ **Credibilidad**, en términos convencionales, validez interna.

Para alcanzar este criterio se ha llevado a cabo en la investigación las siguientes medidas:

- Presencia prolongada y continua en el campo: han sido muchas las horas de presencia en el campo, en lo que también ha ayudado mucho el rol de persona conocida que desempeñaba, sin que sintieran que la investigadora era una extraña.

Para mantener la objetividad en todo momento, la investigadora recurrió a la reflexión continua en base al marco conceptual del cuidado enfermera-paciente.

- Duración exhaustiva hasta conseguir la saturación de datos. Se ha realizado el análisis de los datos en paralelo a la recogida de datos, hasta que no surgieron nuevos temas.
- Triangulación: para la obtención de datos se han utilizado varias fuentes, el diario de campo, la observación participante y las entrevistas a dos tipos de actores. Además se ha realizado una búsqueda exhaustiva para conceptualizar los datos y el análisis de los datos se ha contrastado con las directoras de tesis.
- Comprobación con los participantes: al final de las entrevistas se ha dialogado con los participantes *off de record* sobre las ideas extraídas para comprobar si las conclusiones eran acertadas.
- Adecuación referencial: se grabaron en audio todas las entrevistas.

Ñ **Transferibilidad** (validez externa). Se ha tenido en cuenta este criterio a través de:

- Descripciones densas: se ha pretendido realizar una buena descripción de los lugares en los que se desarrollaba el trabajo, de manera que este pueda ser de aplicación a todos los lugares de asistencia sanitaria similares. A parte de esto, debemos considerar que el sistema público sanitario tiene unas características muy similares en todo el Estado Español, así como las políticas de salud y la formación de los profesionales. Sí es cierto que algunos factores políticos, sociales y económicos podrían marcar diferencias importantes que habría que considerar.

Ñ **Dependencia** (fiabilidad):

- Revisión: una y otra vez se han ido revisando tanto las anotaciones del diario de campo como la transcripción de las entrevistas.

Ñ **Confirmabilidad** (objetividad):

- Juicio crítico de expertos: aquí ha sido fundamental la ayuda y revisión constante de las doctoras que han dirigido la tesis. Con su experiencia en este tipo de investigación aportaban desde fuera numerosas correcciones y posibilidades de mejora.

Ñ **Reflexividad sistemática**: se ha basado en el amplio conocimiento del campo y de la profesión a la que durante varios años se ha dedicado la investigadora.

3.9 Aspectos éticos

Toda investigación realizada en el campo de las ciencias de la salud demanda un exquisito respeto a los derechos de los participantes.

La metodología cualitativa requiere de varios factores a tener en cuenta: la correcta obtención del consentimiento informado, la preservación de la confidencialidad de la información obtenida y las cuestiones relacionadas con la estancia en el campo (Sandín, 2006).

Para garantizar este cumplimiento de los aspectos éticos se han realizado las siguientes acciones:

- Presentación del proyecto de investigación al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de las Áreas de Salud de Burgos y Soria. Recibiendo su conforme el 24 de marzo de 2015. (Anexo I).
- Presentación del proyecto de investigación y puesta en conocimiento del inicio del mismo a la Gerencia de salud de Área de Soria y a la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Soria.
- A cada uno de los participantes del estudio se le ha solicitado consentimiento informado individualizado, de manera escrita, en el cual se ha informado: del objetivo del estudio, del carácter voluntario de participación en el mismo, de la posibilidad en cualquier momento de declinar la participación y de la confidencialidad de las grabaciones y la no utilización o aparición de ningún dato identificativo en el informe final ni durante todo el proceso de análisis

(Anexo II). Aquellos enfermeros y pacientes que han deseado participar han firmado la comprensión de la información dada y el documento de consentimiento para la participación, “consentimiento informado escrito”, de acuerdo con la Ley de investigación Biomédica (Boletín del Estado, 2007).

- Para garantizar la confidencialidad las transcripciones de las entrevistas se han llevado a cabo sin que las personas encargadas de hacerlo conozcan los nombres completos de los participantes.
- Así mismo para garantizar la privacidad y anonimato de las personas entrevistadas, se ha realizado un sistema de codificación que permitiese también a la investigadora el estudio de los datos. Para la transcripción se ha sustituido el nombre y apellidos de cada entrevistado por un código alfanumérico: E1 y siguientes para los profesionales y P1 y siguientes para los pacientes.
- La observación participante se ha realizado de manera abierta con el conocimiento de todos los profesionales implicados en el estudio. Para la transcripción de lo observado se ha utilizado el código Obs1 y siguientes.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este punto central de la investigación se va a llevar a cabo la interpretación e integración de todos los datos obtenidos en base al marco teórico descrito previamente. Todo ello se realizará siguiendo los dominios y categorías que han emergido durante el análisis. Cada uno de los conceptos se ilustrará con las citas más relevantes de las transcripciones originales para captar claramente la idea propuesta. También se transcriben las notas de campo realizadas por la investigadora y que guardan relación con cada dominio y categoría. Recordamos que los dominios surgidos durante el análisis de los datos fueron los siguientes:

- Valores del profesional enfermero.
- El sufrimiento del paciente.
- Dificultades en la atención a los pacientes.
- Definir la compasión.

4.1 Valores del profesional enfermero

Lo que pretendemos en el análisis de este dominio es identificar qué valores consideran pacientes y enfermeros que son importantes en la práctica profesional diaria de un hospital. Estos valores encontrados serían los que permitirían una verdadera Relación de Cuidado Transpersonal (Watson, 2008). Todos estos valores favorecerían una interacción sujeto-sujeto libre, que permite el cuidado.

Los profesionales coinciden en que es importante que un profesional enfermero cuente con ciertos valores que podrían ser unas reglas de conducta que guíen el hacer del profesional. Así lo expresan los profesionales:

E2: *“Tienes que tener muchos valores para poder sobrellevar todo este trabajo, es fundamental para no caer en el intento”.*

Ya apunta en este sentido Baillie expresando que los valores son muy importantes en la enfermería y el cuidado de la salud, ya que apuntalan todos los aspectos de la práctica profesional (Baillie & Black, 2014).

Los profesionales distinguen perfectamente lo que sería desarrollar las técnicas de cuidados que, como enfermeros, se deben hacer y los valores que pueden convertir esa práctica en excelente. Y dicen:

E5: *“Son una manera de mostrar a tus pacientes que te preocupas por ellos... no sé... que aparte de ponerles bien la sonda y la vía quieres hacer por ellos un algo más, ese algo más serían los valores que les aportamos”.*

Se podría también plantear si ese algo más, ese *plus* que se pide para la excelencia, se adquiere con la experiencia y la formación o se puede o debe exigir a todos los profesionales graduados, por el solo hecho de serlo.

Los profesionales se percatan también de que realizar el trabajo de enfermería, no simplemente como una actividad mecánica, sino mediante unas cualidades éticas

fundamentadas en sólidos valores, consigue unos mejores resultados en los cuidados: disminuye la demanda por parte de los pacientes y familiares, bajan los niveles de estrés laboral y aumenta la satisfacción personal por el trabajo bien realizado. Si bien como argumentó Armstrong (2006) la deontología, basada en las obligaciones, no proporciona suficiente acción, orientación y dirección para resolver la multitud de conflictos que surgen en la práctica de la enfermería. Las enfermeras no tienen las suficientes herramientas conceptuales necesarias para aclarar y resolver los numerosos conflictos complejos y multidimensionales que tienen, pero en la práctica diaria son conscientes de la relevancia de estas virtudes.

Entre los profesionales podemos ver que la percepción de la aplicación de los valores a la práctica profesional tiene distintas visiones. Para algunos profesionales tiene una visión utilitarista. Los valores profesionales aportarían un claro beneficio, obtener mejores resultados. Lo vemos en la siguiente reflexión:

E6: *“Yo veo que, cuando tienes otra actitud ante los pacientes y estás más pendiente de ellos, te presentas y les haces ver que vas a estar ahí todo tu turno y que te llamen si te necesitan... pues que no llaman tanto al timbre, se quedan más relajados y tranquilos. Saben que estás, que acudirás, no eres una desconocida.”*

Como mostramos a continuación, los profesionales tienen una visión deontológica de la aportación de los valores a la práctica profesional: si está fundamentada en sólidos valores, da coherencia al desempeño del trabajo diario. Lo expresan de la siguiente manera:

E8: *“Actuar con valores es sentirme bien conmigo misma, porque actúo como yo creo que debo hacer, cuando no lo hago de acuerdo a mi ética y a la ética de la profesión que he elegido me voy a mi casa con la sensación de no haber cumplido con mi deber, me siento deshonesto y descontento con el trabajo realizado”.*

Se han podido observar también las dos visiones en un mismo profesional, incorporar los valores con un fin, pero a la vez hacerlo porque aportan sentido al propio trabajo profesional. Y dice:

E12: *“Soy de la opinión de que hay dos maneras de hacer las cosas, bien o mal. Todos sabemos qué actitudes y valores funcionan con nuestros pacientes y sus familias, pero a veces es cuestión de ser valiente y seguir sonriendo, siendo empático, estando... cuando no tienes ningunas ganas porque estás cansado y estresado y tienes un montón de trabajo, estás hasta arriba, pero si no aplicas estos valores te irás a casa todavía peor y más quemado. Lo tengo comprobado”.*

Hemos tratado como categorías los valores que han sido resaltados de una forma más frecuente por los profesionales enfermeros. A pesar de que la investigación cualitativa no pretende generalizaciones estadísticas, sino profundizar en el tema de estudio, se ha considerado de especial conveniencia la realización de una tabla que

trate de reflejar, en la mejor medida, los valores resaltados por los profesionales así como la frecuencia de los mismos.

Tabla 6. Tabla de frecuencia sobre los valores considerados relevantes

VALORES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Amabilidad	5	15%
Cariño	4	12%
Cercanía	7	21%
Compasión	3	9%
Comprensión	2	6%
Ser educado	2	6%
Empatía	7	21%
Honradez	1	3%
Humildad	1	3%
Paciencia	4	12%
Respeto	6	18%

Elaboración propia

La investigación sobre valores profesionales en enfermería fue muy abundante en la segunda mitad del siglo XX. En ese momento se descubrió la importancia de los valores en la relación enfermera-paciente, vistos como una herramienta para mejorar la interacción, las habilidades comunicativas y la cooperación mutua (Armstrong, 2006). Como vemos es importante continuar con el estudio deontológico aplicado a la práctica diaria ya que la capacidad de una enfermera para construir una relación de respuesta con un paciente a pesar de las diferentes visiones del mundo que sostienen

cada uno de ellos, refleja el conocimiento moral y ético que es el fundamento de las relaciones (Tarlier, 2004).

De estos valores que los profesionales han considerado más relevantes pasamos a desarrollar los que han obtenido una mayor frecuencia en las respuestas y los que luego han sido explicados en mayor profundidad a lo largo de las entrevistas.

4.1.1 Empatía

Como podemos apreciar en la tabla de frecuencias (Tabla 7, p. 113), el valor más nombrado y el que más han referenciado los profesionales a lo largo de las entrevistas es el de la empatía. Así lo expresan los profesionales:

E7: *“Creo que es importante ser empáticos en el trato con nuestros pacientes. Siempre ha sido algo muy nombrado la empatía... empatía por aquí y empatía por allá... pero es que si no entendemos al otro... ya no podemos continuar”.*

En estudios anteriores realizados a enfermeras sobre los valores también se aporta que el valor que más priorizan las enfermeras es la empatía, seguida del respeto, la humanidad, el conocimiento científico-técnico y la comunicación (Martín, 2007).

También los pacientes consideran necesaria la empatía en los profesionales para poder sentirse comprendidos y compartir sus problemas. Y dicen:

P10: *“Hay algunas enfermeras que son más empáticas que otras y con las que tienes más confianza para poder explicarle algún problema”*

Podríamos decir que la empatía es vista como un instrumento necesario en la interacción entre enfermera y paciente. Sería la base para poder iniciar toda acción. Incluso para poder desarrollar la compasión (Jeffrey, 2016). No todos los autores opinan lo mismo, existe controversia no sólo en la definición de términos como la empatía y la simpatía, sino en cómo interaccionan entre ellas y el papel que juegan en el desarrollo de la compasión (Blasco, 2014; Nussbaum, 2008; Perez-Bret et al., 2016).

4.1.2 Respeto a la dignidad

Algunos valores que los profesionales consideran esenciales y muy a tener en cuenta en su práctica diaria, serían los relacionados con el respeto y las buenas formas.

Y dicen:

E1: *“El respeto es fundamental, porque a veces no puedes hablar con un paciente, se pone una barrera y no la puedes traspasar; y eso hay que respetarlo”.*

Así, podríamos decir que se respeta la dignidad de los pacientes cuando respetamos su privacidad e intimidad, cuando nos presentamos, cuando hacemos valer

su identidad llamándoles por el nombre. En este sentido aportamos varios fragmentos que ilustran de forma clara estos aspectos:

E9: *“No es el paciente de la 550, es Pedro o Juan, el señor que tiene dos hijos y tiene tal problema. No solo consiste en conocer su enfermedad sino en involucrarte un poquito con él, tratarlo como una persona en todos los sentidos”.*

E13: *“Hacemos que se sientan personas con detalles tan nimios como llamarles por el nombre y le dices: ¡Manuel!; es un signo de acercamiento y un decir “me conoce”; y con esas pequeñas cosas depositan en ti la confianza”.*

E15: *“Yo trato mucho de preguntarles por su pueblo, de dónde son. A la mayoría no les molesta y les ayuda a estar más tranquilos porque se sienten tratados como seres únicos”.*

Los pacientes también señalan que, cuando son reconocidos por su nombre, cambia su situación, no son uno más entre todos los enfermos, sino que son personas concretas. Al igual que reconocen los profesionales, este pequeño detalle puede ayudar a los pacientes a sentirse más cómodos y a forjar una buena relación terapéutica. En este sentido dicen:

P3: *“Yo veo que las enfermeras se preocupan mucho por que tengas la vía bien colocada, por la medicación que tomas, por tomarte la tensión...”*

y eso está bien, pero yo agradezco mucho cuando me llaman por mi nombre y se preocupan por si he dormido [...] Pequeñas cosas que me hacen pensar que no soy uno más, que me conocen a mí y mi situación”.

La observación también nos aporta que, en la mayoría de unidades, se tiene en cuenta el nombre de los pacientes, se apunta en la habitación o en la hoja del cambio.

Obs1: *“Todas las enfermeras llevan en las plantas de hospitalización una hoja que se elaboran de un turno a otro con la medicación y donde se apunta cada una las cosas fundamentales del cambio. En ella se apuntan cuidadosamente los nombres de cada uno de los pacientes, si el nombre es compuesto se tiene cuidado en registrar el nombre que habitualmente utiliza el paciente.”*

Hernández (2016) describe cómo pueden las enfermeras promocionar la dignidad desde varios aspectos: el respeto a la privacidad e intimidad física, identificarse como profesional, informar antes de realizar intervenciones e invitando a opinar y decidir. A lo largo de este estudio hemos podido comprobar también cómo los profesionales han desgranado como importantes el invitar a opinar y decidir. Se ha echado de menos en las conversaciones aspectos sobre la privacidad, ni enfermeras ni pacientes la han comentado. Un aspecto nuevo que ha surgido sobre la dignidad respecto a este estudio, es ser tratado por su nombre, como una persona única e identificada.

La importancia de la individualización en los cuidados también fue reflejada en un estudio realizado por Bramley & Matiti (2014), donde los pacientes resaltaban la importancia de ser tratados como seres humanos individuales.

Algunos profesionales hablan sobre la importancia de hacer sentir a los pacientes que son tratados como personas, lo que seguiríamos identificando con el respeto al ser humano y al paciente. Lo vemos reflejado en estas palabras:

E1: *“Los pacientes valoran mucho el respeto, aparte del conocimiento, claro, porque ellos vienen aquí para que les atiendas y para que seas un buen profesional, pero el sentirse personas... eso es muy importante, es un paso fundamental hacia la curación. Ellos necesitan las dos cosas, lo uno y lo otro”.*

4.1.3 El deber de informar y el respeto al principio de autonomía

Destacamos en este apartado la importancia que conceden los profesionales al deber de informar a los pacientes. En lo que dependa de ellos, se sienten en la obligación de hacerlo y procuran velar por que otros profesionales informen de lo que les compete cuando perciben ansiedad e incertidumbre en el paciente.

Este valor sería el que promueve el principio ético de autonomía del paciente. Viene determinado legalmente en qué supuestos hemos de solicitarlo, pero en otros casos, respetar ese principio de autonomía es algo sutil y los profesionales enfermeros velan por él con mucha eficacia. Y así expresan:

E11: *“Yo veo en las personas miedo a lo desconocido y, a veces, nosotros creamos situaciones innecesarias cuando no explicamos las cosas. La falta de información es terrible, aboca a las personas a la situación de desamparo más grande [...] Es cierto que aquí la sartén por el mango la tienen los médicos, que deben informar bien a los pacientes, pero esto no sucede siempre, o les quedan dudas o no han entendido bien... y luego nosotras actuamos sin pararnos a explicar. Todo se junta y al final el que paga el pato es el paciente”.*

También extraemos de las entrevistas que los profesionales enfermeros consideran a los médicos como principales responsables de dar la información, tal y como establece la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Los pacientes perciben todavía una carencia importante en la información que brindan los profesionales de la salud. Por imperativo legal muchas veces se reparten alegremente los documentos de consentimiento informado, otra cosa es la valoración que se hace de la calidad de la información facilitada. Y dicen los pacientes:

P5: *“A veces da un poco de miedo todo este proceso al que te enfrentas y a veces alguien se sienta a tu lado y te lo explica, pero la mayoría de veces esto no ocurre. Te hablan como si entendieses de todo; y así de paso y con prisas”.*

Los profesionales también se dan cuenta de que esta situación y la calidad de la información es mejorable, tanto la que podemos dar nosotros sobre las técnicas que como profesionales enfermeros realizamos, como las carencias que tiene la información que aportan otros profesionales. En la observación se ha podido valorar la siguiente situación:

Obs4: *“Es tarea fundamental de los profesionales de enfermería velar para que en todas las plantas de hospitalización quirúrgica los pacientes bajen a quirófano con la hoja de consentimiento informado firmada. Una de las enfermeras del turno de tarde, turno en el que habitualmente ingresan los pacientes para operar al día siguiente, le comenta a su compañera que si realmente informaran correcta y exhaustivamente de todo lo que implican algunas intervenciones, la gente no daría su consentimiento tan alegremente”.*

A través de la observación hemos podido valorar también cómo los profesionales defendían el derecho de los pacientes a ser informados y poder así actuar eligiendo libremente entre las opciones disponibles.

Obs5: *“En una de las plantas de hospitalización se encuentra ingresada una mujer con una enfermedad infecciosa y además en el primer trimestre de embarazo. Su enfermero comenta muy indignado: “¿no sé a qué esperan a sentarse alguien con ella y explicarle las graves*

consecuencias que el tratamiento que está tomando tiene sobre el feto! ¡Tendrá derecho a decidir qué quiere hacer!”.

Torralba (2005) relaciona también la seguridad con la comunicación e información. De esta manera, informando, potenciamos que los pacientes se sientan en un entorno seguro.

4.1.4 Presencia

El término *presencia* no ha aparecido en las conversaciones con los profesionales cuando han sido preguntados sobre los valores con los que debe actuar un profesional, pero sí ha surgido a lo largo de la entrevista cuando el diálogo ha derivado hacia qué hacer ante el sufrimiento o la actitud que, como profesionales, tomamos para aliviarlo. Prácticamente todos han coincidido en la palabra *estar*. El concepto *pasar tiempo* ya fue aportado también en otros estudios como en el estudio multicultural de Papadopoulus donde enfermeras de distintos países determinaban que este era un punto fundamental para mostrar compasión y realizar bien los cuidados (Papadopoulus et al., 2015). También en otro estudio sobre las ideas de pacientes y enfermeras sobre la compasión emergía la actitud de estar presente (Van der Cingel, 2011). La enfermera sería la figura presente que acompaña al paciente en todo el proceso. No podemos evitar aquí recordar la figura de Florence Nightingale, conocida como la dama de la lámpara, por estar, hacerse presente, vigilar, velar. A los pies de la cama.

Los profesionales lo expresan de la siguiente manera:

E2: *“Como profesional puedes escucharle, estar a su lado, entender. A veces hay cosas para las que no tengo calmantes, pero esto sí lo puedo hacer”.*

E12: *“Lo que mejor hacemos es estar allí si necesita algo, nada más, porque tampoco podemos ir de héroes por la vida”.*

Los pacientes han valorado en ese “estar” enfermero un símbolo de profesionalidad, ven al enfermero como alguien al que pueden recurrir en todo momento. Para ellos esta actitud mitiga la soledad, el miedo y la desesperanza. Y dicen:

P9: *“La verdad es que a veces no nos damos cuenta de lo afortunados que somos con la sanidad que tenemos... es increíble llamar a un timbre y saber que vendrán a ayudarte las enfermeras, que hay alguien que siempre estará para ti y lo que necesites, sean las 5 de la madrugada o las 5 de la tarde”.*

P12: *“Por las noches me ayuda a dormir pensar que si algo me sucede esos ángeles que son las enfermeras velan por mí, todas las noches las veo entrar sigilosas para ver si dormimos o respiramos... siempre están pululando cerca”.*

Este punto también lo hemos podido constatar con la observación. A los profesionales les gusta vigilar y hacerse presentes en cualquier momento.

Obs9: *“Una de las enfermeras de planta de hospitalización comenta que desde que hicieron las remodelaciones de las unidades no hay manera de controlar bien a los pacientes. Esto ocurre porque el pasillo de las habitaciones queda oculto por la zona de despachos y salas de curas. Las enfermeras comentan que podrían irse todos los pacientes y no enterarse”*.

Obs10: *“Los profesionales en el turno de noche dan varias vueltas entrando en todas las habitaciones de los pacientes aun cuando estos no han llamado, entran sigilosamente sin encender las luces, con una linterna o con el resplandor de la luz del baño o del propio pasillo, vigilan que los pacientes estén descansando en sus camas y estén bien”*.

4.1.5 Relación terapéutica

A lo largo de la investigación todos los profesionales explican, cuando se les habla de valores, aquellas actitudes que les parece que pueden mejorar la relación entre el profesional y el paciente y crear un vínculo que pueda resultar terapéutico. Los

pacientes también nos hablan de las actitudes que ven en los profesionales y que les hacen sentirse más cómodos.

Varios estudios respaldan la importancia del vínculo terapéutico. Algunos ponen de manifiesto que la comunicación es parte constitutiva de la compasión (Bramley & Matiti, 2014). Otros estudios determinan como requisito fundamental para desplegar un comportamiento compasivo la creación de un vínculo y una buena comunicación (Christiansen, O'Brien, Kirton, Zubairu, & Bray, 2015) (Kneafsey, Brown, Sein, Chamley, & Parsons, 2015).

En este estudio se ha podido constatar que un conjunto de valores, indicados en la tabla de frecuencias como son: la amabilidad, cariño, cercanía, comprensión, paciencia y empatía; nos permiten encontrar los caminos necesarios para establecer una relación y abrir los caminos para esa necesaria comunicación. Dicen los profesionales enfermeros:

E6: *“La relación se crea acercándose a los pacientes, que no nos vean como meros trabajadores que merodean por aquí. Al igual que ellos te cuentan algo, pues tú también les cuentas algo. No cuentas tus cosas, pero sí debe haber una interacción, un intercambio entre dos personas, si tú te acercas, ellos también se acercarán y abrirán sus puertas”.*

E9: *“Ser amable y cariñoso para que los pacientes y sus familias se sientan comprendidas y acogidas creo que son unas de las actitudes más positivas en nuestro trabajo”.*

En la observación se ha observado un hecho en cuanto a la relación terapéutica, ha sido el ver cómo los pacientes le explican o cuentan ciertas inquietudes a las enfermeras que luego no le transmiten al médico. Este punto indigna mucho a las enfermeras que lo viven como algo negativo. Pero, en cierto sentido muestra que ellas han logrado establecer una relación de confianza que les capacita para ser depositarias de las quejas, incomodidades y preocupaciones del paciente.

Obs6: *“A las 8,30 de la mañana, cuando la enfermera entra en la habitación de una paciente, le pregunta qué tal ha pasado la noche y cómo se encuentra. La paciente le explica que lleva varias noches sin poder dormir porque cuando está tumbada nota mucha pesadez en el estómago y cierto reflujo. Dice preocuparle porque nunca le había pasado antes. A las 13,30h pasa visita su médico asignado, cuando la enfermera le ve tras haber pasado visita, le pregunta si le ha dicho la paciente que no duerme por digestiones pesadas y ardores. El médico dice que en absoluto, que le ha dicho que se encontraba muy bien. Vuelve el médico a su habitación a preguntarle. La enfermera me comenta que a veces se cansa de que con el médico todo esté perfecto y le pongan buena cara”.*

4.2 El sufrimiento del paciente

Se ha expuesto en el marco teórico que la compasión precisa de un elemento esencial para que se genere, el sufrimiento. Por esta razón se abordó el concepto de sufrimiento en las entrevistas.

Se reproduce a continuación la definición de sufrimiento de una enfermera entrevistada:

E5: *“Es un estado de la persona cuando ve que no hay solución para sus problemas”.*

A través de esta definición podemos entender el papel de la actitud compasiva en el profesional enfermero, dar luz en el callejón sombrío que es la desesperanza y no encontrar soluciones a los problemas.

Todos los entrevistados, tanto profesionales como pacientes, han señalado que el sufrimiento tiene dos vertientes a tener en cuenta, una parte física y otra parte espiritual/psicológica. Hay que contemplar ambas partes a la hora de tratar de aliviar ese sufrimiento. Se refleja en las siguientes palabras:

E6: *“Pues está el sufrimiento de que te duele y te ponen un calmante y ya está, ese es fácil. Y el sufrimiento que es la impotencia, que tienes algo que no te cuadra, que te molesta, que te hace daño y no puedes hacer nada por salir de ahí”.*

E11: *“El sufrimiento yo lo veo como algo más espiritual. Es más espiritual la palabra sufrir”.*

Los pacientes también hablan sobre sufrimiento en esta doble vertiente:

P1: *“Más que el sufrimiento físico, que gracias a dios hoy en día se puede aliviar, sin hablar de situaciones extremas, pero en una sociedad de bienestar en la que vivimos, el sufrimiento físico se soporta o se tolera. Sin embargo, el sufrimiento que no es fácil de controlar es el mental, el psíquico”.*

Hay un aspecto relevante que debemos tener en cuenta debido a que luego entroncará con la acción que nos aporta la compasión. Y es que el sufrimiento de los pacientes viene modulado en gran medida por nuestros cuidados. Mejorar la experiencia de los pacientes consiste no sólo en la correcta gestión de síntomas, sino que abarca aspectos culturales, aspectos de la organización, de los equipos de cuidado y los comportamientos individuales de cada profesional que atiende al sufriente (Dempsey et al., 2014).

4.2.1 La enfermedad

La enfermedad ha sido reconocida como la causante más importante del sufrimiento, tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales. Sobre

todo las enfermedades incurables, que los profesionales han identificado con el cáncer. Han hablado también de enfermedades terminales y de la pérdida de seres queridos.

E6: *“Cuando te diagnostican una enfermedad incurable, tipo cáncer... o cuando les dicen cualquier enfermedad y se enfrentan a algo desconocido que ellos no saben”.*

E7: *“Yo lo veo como algo de tristeza extrema. Sufrir por algo. El sufrimiento lo veo como una tristeza extrema que no tiene salida. Que estás sufriendo. Pues la pérdida de un ser querido, hace sufrir mucho, que te diagnostiquen una enfermedad... pues sufres, tienes sufrimiento... tú y tu familia... tienes una pena extrema. Eso es para mí el sufrimiento”.*

También le han concedido gran relevancia al sufrimiento causado por el hecho de enfermar o vivir un proceso de enfermedad. Todos los pacientes pueden experimentar sufrimiento, no sólo las personas con enfermedades graves o potencialmente mortales (Dempsey et al., 2014).

Dicen los profesionales sobre el proceso de enfermar:

E14: *“Cuando más vulnerable es una persona es cuando está en riesgo su salud, que es lo más grande que hay. En ese momento yo creo que se destruyen todos sus cimientos y tiene que producir un gran sufrimiento”.*

Los pacientes explican con las siguientes palabras su vivencia de la enfermedad:

P4: *“Nunca me he visto en otra igual. Es la primera vez que estoy ingresado en un hospital, la primera vez que tengo que pedir una baja en el trabajo, la primera vez que me veo con este pijama... Demasiadas primeras veces. Eso crea una sensación de desprotección, de debilidad, de cambio en las rutinas... De la noche a la mañana mi vida y la de mi familia ha cambiado por completo... eso ocasiona cierto sufrimiento”.*

Cada paciente construye el proceso de salud-enfermedad de una manera concreta. También es diferente en cada uno de ellos la manera en que asumen o viven el rol de enfermo. Esta construcción social y cultural que hacemos de este proceso va a ser determinante en nuestra actitud, en nuestra vivencia de la situación, en las herramientas de superación que despleguemos... Los profesionales de enfermería deben estar atentos a estos procesos ya que determinarán, en buena medida, el afrontamiento de la situación que realiza el paciente y deberá ser tenido en cuenta en la relación terapéutica.

4.2.2 Miedo a lo desconocido

Otro de los aspectos que han descrito en las entrevistas los profesionales y pacientes como generador de sufrimiento es el miedo a situaciones que son desconocidas. Nuevas situaciones que surgen en la vida que implican nuevos horarios, personas, rutinas, roles... Así lo describen los profesionales:

E16: *“En ocasiones trato de ponerme en su lugar pero es difícil, tenemos nosotros una capa protectora que es la bata o el uniforme y cuando estás tú o tu familiar de paciente esa capa te protege, porque conoces el entorno... sabes que a tal hora vendrán a asearte, que va a venir ahora la enfermera de laboratorio a sacarte sangre, que si te bajan abajo es porque te vas a rayos.... eso no les ocurre a los pacientes, les veo a veces perdidos, sin saber, enfrentarse a este mundo desconocido es muy duro. Eso cambia totalmente con los enfermos crónicos o que han ingresado varias veces. Te conocen, conocen la vida del hospital, se toman todo de otra manera”.*

Aquí se pone de manifiesto que un hospital es un entorno social con unas características propias muy concretas: vestimenta, dieta, horarios, jerga, relaciones personales... Las personas para las que este entorno no es desconocido se sentirán más acogidas que las personas para las que les es totalmente desconocido, para las que el simple hecho de adaptarse a ese entorno ya supone un reto importante que genera niveles elevados de estrés.

Los pacientes también lo han descrito en las entrevistas:

P1: *“Para mí el sufrimiento es estar totalmente desinformada, desorientada. Cuando no tienes información, cuando no sabes dónde vas ni qué te va a pasar, ni por qué te duele, ni por qué te pasa lo que te pasa... Se genera entonces un sufrimiento por desprotección y eso no depende encima de ti, no puedes hacer nada”.*

Debemos tener en cuenta también en este punto un tema muy actual, fruto de gran parte de investigaciones, la indefensión en el paciente. Los sistemas paternalistas han favorecido en gran medida la indefensión en los usuarios de los sistemas de salud, anulando su capacidad de decisión y de liderar el proceso de su enfermedad. Un estudio cualitativo realizado en pacientes quemados destacaba la importancia de empoderar a los pacientes a través de permitir tomar decisiones según las capacidades de los pacientes (Badger & Royse, 2012). También Garcimartín (2012) comenta que empoderar está relacionado con la participación, la adquisición de conocimientos, la asociación y la toma de decisiones compartidas. Esto es fundamental, porque en la medida en la que cambiemos nuestra forma de actuar, demos voz a nuestros usuarios de los servicios de salud y les empoderemos, conseguiremos que toleren mejor pasar por el proceso de enfermar y les dotaremos así de las herramientas necesarias para asumir el rol social de enfermo ocasionando el menor sufrimiento posible.

4.2.3 La soledad

El término soledad lo encontramos descrito en la literatura como un sentimiento consecuencia del aislamiento social que es definido como “un estado en el que el individuo carece de un sentido de pertenencia social, falta de compromiso con los demás, tiene un número mínimo de contactos sociales y son deficientes en el cumplimiento y las relaciones de calidad” (Nicholas & Nicholson, 2009, p.1346). Podríamos distinguir dos tipos de soledad, la afectiva y la social. Y sus componentes serían la falta de interacción social desde el punto de vista cuantitativo (cantidad) o cualitativo (calidad); la percepción subjetiva que el individuo tiene de las relaciones o de las redes de las que dispone; y la experiencia de ser un fenómeno emocionalmente negativo (Díez & Morenos, 2015). Han surgido varias hipótesis para comprender la soledad. Por un lado tenemos las hipótesis sobre el apego, relacionadas con los lazos afectivos que se desarrollan en la niñez y también se desarrollaron las hipótesis del control social que explican cómo ejercemos control social etiquetando a las personas como “viejos” o “enfermos”, de esta manera los apartamos y controlamos dentro de nuestra sociedad para que no ocasionen problemas (Hidalgo, 2001).

Las investigaciones revelan que su prevalencia aumenta en adultos, debido a su vitalidad y salud disminuidas. Algunos autores informan de tasas de aislamiento social que alcanzan el 35% (Nicholas & Nicholson, 2009). Según los datos de 2016 del Eurostat y el INE, la provincia de Soria tiene la población más envejecida de Europa. Un 6% son mayores de 85 años, y con unos indicadores de despoblación muy elevados, 2 habitantes por km², siendo considerada desierto demográfico. A la vista de estos

datos podemos pensar que aunque no haya ningún estudio realizado en la zona sobre tasas de aislamiento social, las cifras podrían ser mucho más altas de las que manejan algunas investigaciones para el total de España. Se manejan cifras que aportan que el índice de soledad en España alcanza un 3,6 en las personas que viven solas (Díez & Morenos, 2015).

Así este ha sido un tema muy recurrente en las entrevistas con los profesionales, muchos de ellos han visto la soledad como ocasionadora de sufrimiento en los pacientes. Se muestran a continuación dos casos que lo reflejan:

E3: *“Nuestro trabajo siempre está rodeado de sufrimiento. Porque la gente sufre. Las situaciones familiares creo que son las que más sufrimiento dan. Ahora, por ejemplo, tenemos ingresado a un paciente, separado y con dos hijos... y estaba solo... tiene dos hijos y no se habla con ellos. Entonces, por una parte, tiene su dolor físico, lo está pasando mal con la enfermedad, y por otra parte, el hombre no tiene ningún apoyo, está solo. Y tú puedes intentar ayudarlo, pero no eres su familia, no puedes ocupar ese lugar. Y eso es difícil y complicado. Yo le brindo ayuda profesional, pero hay cosas que sólo le puede dar su familia”.*

E10: *“Muchas veces veo el desapego familiar. En esta sociedad somos muy impersonales y por los trabajos y actividades los pacientes están*

muy solos. Esa sensación de desarraigo les produce mucha inquietud y tristeza”.

Algunos estudios revelan que el aislamiento social es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad tan fuerte como el tabaquismo, obesidad o la hipertensión arterial (Landeiro, Barrows, Nuttall, Gray, & Leal, 2010). Este fenómeno fomenta la exclusión y la soledad dado que priva a los aislados de una red social y los estudios muestran que los miembros de la red social son capaces de fomentar comportamientos más saludables. (Cacioppo, Hawkley, Norman, & Berntson, 2012).

La observación nos ha mostrado en este sentido que las enfermeras creen que a veces la soledad tiene consecuencias negativas en el ánimo o proceso del paciente.

Obs7 *“Un paciente de una unidad de hospitalización, que lleva ingresado 12 días, llama al timbre. La enfermera que mira en el panel donde indica el número de habitación dice: “¿Qué hora es? Ya es, llamando. Ya se ha ido su familia a comer y necesita que alguien vaya a verle o a hacerle compañía, o igual necesita hasta un calmante porque siempre que está solo le duele todo y vienen a verle y es el más feliz”.*

Los pacientes no han nombrado este tema en cuanto a hacer recaer el peso de la soledad que pueden vivir, en sus familias. Tampoco han expresado el sentimiento de soledad como tal. Ninguno ha reconocido tampoco que su familia o amigos o círculo social les dejen solos, cuando por los profesionales que le atienden sabemos que le

visitan o acompañan muy poco. Pero sí han valorado la presencia de las enfermeras como ayuda para no sentirse/verse tan solos.

P8: *“Son ángeles que siempre aparecen cuando las necesitas. Mi hija las avisa cuando se tiene que marchar para que estén más pendientes de mí”.*

4.2.4 La dependencia y pérdida de capacidades funcionales

La definición ampliamente aceptada sobre dependencia es la consensuada por el Consejo de Europa en 1998, “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”(Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO, 2005).

La dependencia de los pacientes es un tema recurrente en los diálogos con los profesionales. En este sentido diferentes fragmentos ilustran claramente esta idea:

E1: *“Hay muchos pacientes, muchos abuelos, que sufren porque llegan a una situación en la que se altera su ritmo de vida. En la que tienen que cambiar de ambiente”.*

E15: *“A mí me sobrecoge mucho cuando veo a los ancianos que han de dejar de decidir ellos y depender de los familiares, de hijos o de centros o de... y sufren, claro que sufren. Cuando no puedes tú decidir lo que quieres hacer... Unas veces porque decide tu familia por ti, otras veces porque no tienes posibilidad... Esto causa mucho dolor”.*

E16: *“La ruptura de la independencia es terrible. La gente joven viene por un dolor y se va... pero la gente mayor... no es tan fácil”.*

Los pacientes han comentado también algún caso concreto que apunta en la dirección de perder capacidades y autonomía. Y expresan:

P8: *“Llegar a verte aquí tan inútil que te tienen que hacer todo, hasta limpiarte y tener que orinar en una botella porque no vales ni andar al váter... eso es para vivirlo”*

La percepción de la pérdida de capacidades funcionales y/o autonomía como generadora de gran sufrimiento ha sido reconocido fundamentalmente por los profesionales de más edad. Los jóvenes no han mencionado este punto a lo largo de la entrevista. Prácticamente todos los profesionales más experimentados, sí lo han hecho. Han expresado:

E18: *“A veces valoramos las cosas muy a la ligera, porque encasillamos rápidamente a un paciente y le etiquetamos de gruñón, pero tú no conoces los detalles de lo que ocurre, ni los detalles más pequeños de*

lo que habla con el hijo, ni te lo va a contar. Pero te pones en su lugar y bueno es que, haz la maleta y vete con toda tu vida recogida en una maleta... a casa del hijo de Madrid o a la residencia... y es que dejas de tener que decidir para todo. Ya tienes que comer lo que te ponen, vestir, lavarte cuando te mandan. Hay que prepararse para envejecer porque eso ha de generar mucho sufrimiento”.

La provincia de Soria, según datos de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, cuenta con 3604 personas a las que se les ha reconocido la dependencia. Por ser un perfil de usuarios con patologías físicas y/o psíquicas y crónicas en la mayoría de casos, suelen frecuentar los servicios sanitarios.

Una forma de perder también autonomía ocurre cuando la persona queda totalmente expuesta para realizarle una cura o la higiene diaria, la piel desnuda que deja desprotegida la intimidad de los pacientes es considerada por los profesionales como fuente de posible inseguridad, desamparo y pérdida de autonomía.

E12: *“Yo creo que debe ser muy duro para ellos perder su autonomía y que se lo tengan que hacer todo y a penas sin tener capacidad de decisión cuando se les informa. Cuando les aseas se tienen que sentir muy desamparados al verse desnudos”.*

El impacto que produce la fragilidad y dependencia en las personas se ha descrito en estudios como el de Grande & González (2017), donde también se describe la soledad que perciben tanto los cuidadores como los dependientes.

4.3 Dificultades en la atención a los pacientes

Aun no habiendo incorporado ninguna pregunta sobre las dificultades en la atención a las personas, a lo largo de las entrevistas ha sido inevitable que los profesionales comentaran los escollos del camino que les impiden realizar su trabajo correctamente. Nos ha parecido adecuado analizarlas ya que todos los profesionales entrevistados han aportado su visión sobre qué entorpece o favorece unos cuidados de mayor calidad. Esto resaltaría una de las funciones de los profesionales enfermeros, la gestión. Tal y como recoge la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, corresponde a los enfermeros la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades, quedando como competencia específica la dirección del proceso de cuidados. Es por tanto dentro de la dirección de cuidados donde debemos enmarcar la necesidad de gestionar los recursos que nos permitan realizarlos en condiciones óptimas y ser capaces de detectar aquellos factores que pueden poner en peligro la dispensación de unos cuidados excelentes.

4.3.1 Sobrecarga de trabajo

A lo largo de las entrevistas aparece varias veces el factor tiempo como causante de una atención deficitaria o de inferior calidad a la deseada por los profesionales. Tal vez los profesionales hablen de la palabra tiempo pero, en realidad, lo que se maneja

entre manos es la carga de trabajo asignada a cada enfermera, muy difícil de asumir en un turno de trabajo y que va en detrimento de una atención de calidad. Y es que, no perdamos de vista que, si es parte importante de los cuidados la presencia, para estar se requiere de tiempo y de unas ratios adecuadas de enfermera-paciente. En este sentido el informe elaborado por la OECD & European Commission en 2016, desvela que España presenta una ratio de enfermeras de 5,2 por 1.000 habitantes, muy por debajo de la media de 28 países de la Unión Europea cuya ratio es de 8,4 enfermeras por 1000 habitantes.

En relación a esto varios profesionales aportan distintos puntos de vista sobre este tema:

E6: *“Cuando estás estresado pierdes toda la empatía. Las condiciones laborales influyen mucho en la calidad de los cuidados y atención que pueda dar. Porque te quemas y lo pagas con la primera persona que aparece y te lleva un poco la contraria [...] Las condiciones en que trabajamos son muy importantes. Esto es la guerra, es un caos, no tienes ni tiempo ni para hablar ni para nada. Pasas el tiempo pasando tratamientos, pidiendo pruebas, haciendo analíticas, mandando gente a rayos y muchas veces no has dado al paciente ni los buenos días, no le pones ni cara. Y esto dificulta las cosas.”*

E10: *“Los pacientes requieren de tiempo para poder cuidarles en condiciones y sobre todo para ser considerados como únicos aunque tengas a tu cargo otros cuarenta pacientes... y eso nos falta por todas*

partes... es imposible. Vas todo el día mendigando tiempo para hacer tu trabajo en condiciones y eso no puede ser. Alguien se ha de dar cuenta de que no pedimos más tiempo para estar sentadas o tomar más cafés... como se creen algunos que cotorreamos mucho y trabajamos poco. Yo pido tiempo para atender en condiciones a mis pacientes.”

E17: *“Yo algunas veces me siento como pollo sin cabeza, corriendo por los pasillos y me voy a casa con unos nervios y una ansiedad que no son normales, porque encima de que tenemos un trabajo complejo, nos hacen ir a lo loco asignándonos un número de pacientes que no es ni medio normal”.*

Existen estudios de gran impacto, liderados por Linda Aiken, que nos informan del gran detrimento de los cuidados que generan las ratios elevadas. Suponen además un aumento del riesgo de mortalidad y causan gran insatisfacción en los pacientes (Aiken et al., 2017; Ball et al., 2017; Olds, Aiken, Cimiotti, & Lake, 2017)

Esto lo expresan los pacientes de la siguiente manera:

E12: *“El tiempo es muy importante a la hora de darles unos cuidados. De él depende que yo pueda pararme y actuar o no [...] Emplear tiempo con ellos minimiza el sufrimiento y les da tranquilidad [...] Yo creo que nos ven que vamos corriendo a todas partes y eso les aumenta el sufrimiento porque pueden pensar que no queremos estar con ellos”.*

E16: *“Me acuerdo de un caso de una señora que se estaba muriendo, tenía mucha angustia, respiraba mal y se ahogaba. Yo iba a tope, pero me quedé 10 minutos cogiéndole la mano. Yo me sentía muy bien porque sabía que era lo que debía hacer, pero estaba muy nerviosa porque pensaba en todo lo que tenía que hacer y que no llegaba... es que hay veces que no puedes...”*.

Los pacientes también son conscientes de la carga de trabajo a la que deben responder diariamente los profesionales enfermeros.

P15: *“Hay momentos en los que veo a las enfermeras muy atareadas y me doy cuenta de que no llegan a todo lo que deben hacer, eso se nota. Les ves en la cara un quiero pero no puedo. Intentas no darles más trabajo”*.

Varios autores han reconocido que para brindar cuidados de calidad, necesitamos de enfermeras que lideren modelos de gestión centrados en los cuidados que cada persona necesite. Las políticas sanitarias y los modelos de gestión, afectan seriamente a los cuidados que damos (Papadopoulos et al., 2015; Ryder and Chambers, 2012), debemos ser conscientes de ello para que los profesionales enfermeros se formen y puedan acceder a liderar puestos de gestión para aportar una visión que sólo ellos pueden dar y que siempre será en beneficio del paciente.

4.3.2 Tareas burocráticas e informáticas

Los profesionales de enfermería contaban ya con numerosas cargas de trabajo derivadas de las competencias que les son reconocidas, en estos momentos hay que sumar algunas más, derivadas de la implementación en los centros de salud de herramientas informáticas para realizar una valoración exhaustiva de los pacientes, elaborar su plan de cuidados, controlar sus constantes y registrar todos los procedimientos y técnicas que se le realicen al paciente. Esto requiere de un tiempo considerable si se quiere realizar en condiciones. Se exige la utilización de estas herramientas pero esto no ha redundado en un aumento de personal para no dejar de lado la realización de otras tareas que exigen también las habituales competencias. Eso lleva a los profesionales a delegar tareas que le son propias, a dejar de realizar tareas que debieran hacer. Los profesionales explican lo siguiente:

E2: *“Estamos basados más en la informática y el papeleo que en el cuidado del paciente. A mí, que soy ya muy antigua, me gustaría tener más contacto con el paciente. Pero el exceso de trabajo, toda la actividad administrativa que debemos hacer... es imposible. Registros informáticos, escalas, gacela... nos obligan a hacer multitud de cosas. Y eso hace que no tratemos al paciente como yo creo que debería hacerlo”.*

E7: *“Nos dedicamos a mucha recopilación de datos y estadísticas y ordenadores y hemos dejado de lado los verdaderos cuidados”.*

A través de la observación también hemos podido comprobar cómo es la utilización de las herramientas informáticas. Los profesionales tienen la sensación de que les resta tiempo en poder desarrollar otras actividades. Otro tema importante es también que los profesionales creen que a las direcciones y gestores lo que más les importa son los registros informáticos y no la calidad de los cuidados.

Obs7: *“A lo largo del turno de tarde han ingresado en la planta 4 pacientes nuevos. El ingreso de un paciente requiere de una laboriosa valoración por parte de la enfermera. Necesita la utilización del ordenador para poder realizar el ingreso a través de la herramienta informática llamada Gacela. Invierte en la realización total del ingreso 20 minutos: valoración directa con el paciente, toma de constantes, valoración en Gacela, esclarecer la medicación que el paciente toma habitualmente (tarea muy ardua en algunos pacientes). Más tarde invertirá también tiempo en poner en marcha el tratamiento que el médico le dé. También observamos que esta tarea no la puede realizar de forma seguida sino que es interrumpida hasta en tres ocasiones para atender al resto de pacientes a su cargo. En una de las ocasiones no puede reanudar el trabajo porque el ordenador que ocupaba en la sala de trabajo ha sido ocupado por un médico que está realizando otras consultas”.*

Obs8: *“Estando en el turno de mañana, la supervisora de enfermería comenta a las enfermeras que hay varias tareas pendientes del*

programa Gacela que hay que realizar. Le pregunto a una de las enfermeras por esta cuestión y me responde que muchas compañeras se niegan a realizar algunas cosas del Gacela y que hacen bien, porque las persiguen si no realizan estas tareas y seguro que lo harían también si no ponen la medicación... y añade que ojalá también alguien fuese a llamar la atención cuando no cuidamos bien a un paciente”.

Cuando hay que elegir ante la sobrecarga de trabajo qué tareas se dejan de hacer, los profesionales enfermeros pueden optar por actuar en detrimento de los cuidados invisibles, la tarea enfermera por excelencia. Los principales cuidados invisibles son los relacionados con el desarrollo de estrategias comunicativas, el cuidado emocional de pacientes y familias, cuidados del confort. Las principales causas de esta invisibilidad son los roles que el sistema espera de las enfermeras y la falta de exhaustividad de los registros enfermeros (Huercanos, 2010).

Dejar de dar la mano, de arropar, de sentarse a escuchar, de dar de comer, de acercar un vaso a la boca, dejar de preguntar *cómo estás*, dejar de “estar”. Dejar de estar presentes. Si los profesionales enfermeros dejan de realizar estas tareas nadie las hará por ellos y los cuidados enfermeros se verán seriamente menoscabados.

4.3.3 Medicina/enfermería defensiva y cambios en el modelo de relación profesional-paciente.

Igual de necesario es, en una relación entre dos personas, conocer el nombre de uno de los miembros, como conocer el nombre y categoría profesional del otro miembro. Es por ello que en este punto hemos realizado una observación concreta en relación a si los profesionales se presentaban por su nombre y/o categoría profesional a los pacientes. Ha resultado sorprendente que no se ha presentado por su nombre ningún profesional enfermero. Esto puede deberse a la existencia entre los profesionales de un cierto miedo a ofrecer datos que puedan ser identificativos de ellos mismos.

Obs2: *“Preguntamos a una enfermera de planta de hospitalización los motivos por los que no les da su nombre a los pacientes. Su explicación viene a resumir que, por un lado si saben tu nombre luego te están llamando y buscando a ti en concreto todo el rato, y por otra parte... no vaya a ser que existan reclamaciones...”*

Aunque se han realizado también tarjetas identificativas para los trabajadores del hospital, ninguno de los profesionales enfermeros lleva la tarjeta en lugar visible. Antes de comenzar a expedir las tarjetas, el servicio de lavandería del centro hospitalario, rotulaba los uniformes con el nombre y la categoría profesional, muchos pacientes leen el nombre y la categoría en el uniforme.

Obs3: *“Entra en una habitación la enfermera del turno de mañana de una planta de hospitalización y puedo ver al paciente leyendo el nombre y categoría de la profesional que la atiende. Le preguntamos si suele leer las identificaciones del uniforme y nos comenta que le gusta saber quién entra en su habitación y quién le atiende”.*

Podemos observar que no se les da a los pacientes la oportunidad de que conozcan y reconozcan a los profesionales que les atienden. Cuando esto ocurre se deja pasar la oportunidad de representar a un colectivo profesional que merece ser reconocido en sus tareas y funciones.

Algunos profesionales comentan los cambios en la forma de ser y actuar de los pacientes respecto a tiempos pasados.

E11: *“Algunos pacientes creen que esto es un hotel. Y a veces el hotel parece no ser de su agrado. Se quejan de la comida, de los horarios de darles la medicación, de si entramos por la noche en la habitación, de que si les llamamos la atención cuando montan alboroto o hay diez personas con un mismo paciente... Muchas veces sólo parece que importen nuestras actitudes o si sonreímos o somos educadas nosotras, pero... creo que si yo procuro ser educada, cortés y respetuosa... los demás también deben serlo. No somos criadas, ni sirvientas y seguro que podemos hacer las cosas mejor... pero trabajar con personas es durísimo... y a veces no compensa el esfuerzo con el reconocimiento social o el trato que recibimos”.*

E3: *“Las cosas han cambiado mucho desde que yo comencé a ser enfermera.*

Los pacientes antes veneraban al médico y a las enfermeras nos respetaban muchísimo. Ahora los pacientes vienen con tantos derechos... todo son derechos y exigencias. Así es difícil establecer una relación de confianza. Con una persona que no hace más que leerte la cartilla de sus derechos... yo ahí no puedo hacer nada”.

Por un lado podríamos atribuir este cambio de actitudes de los pacientes con un cambio de modelo sanitario, de un modelo paternalista a un modelo respetuoso con el principio de autonomía, del paciente entendido desde un modelo de relación asistencial informativo o interpretativo. Los pacientes ya no acatan órdenes ni obedecen sin rechistar. Por ello, en este momento, los profesionales consideran que han de dar un paso al frente para liderar un proceso donde el paciente sea el núcleo de la atención, el protagonista. Esto debería suponer para los profesionales un reto y no un desafío (Hernández, 2016). Los profesionales enfermeros reconocen que deben argumentar muy bien todos aquellos cuidados que realizan al paciente Ya no vale el: “porque lo digo yo”, “porque siempre se ha hecho así”...

E11: *“El paciente puede discrepar con el profesional, traer sus propios conocimientos o ideas... Nosotros tenemos el conocimiento y la experiencia, abrimos ante los pacientes como colaboradores, como guías, como acompañantes puede ayudarnos a cambiar algunas expectativas erróneas que nos dificultan la interacción con el paciente”*

Y por otro lado podríamos aquí dar visibilidad a un problema que ocurre en nuestro medio sanitario y es la medicina/enfermería defensiva que algunos profesionales están desarrollando como hemos podido constatar. El miedo a litigios y denuncias conlleva una práctica profesional poco ética considerada mala praxis (Clark, 2015). Algunos estudios han demostrado el elevado coste que esta práctica supone para los servicios de salud, además de ser una práctica que puede provocar iatrogenia a los pacientes (Mello, Studdert, & Kachalia, 2014). Ya en el punto anterior apuntábamos a que algunos profesionales no se identifican por miedo a posibles represalias o quejas. En este punto también valoramos esta situación que los profesionales viven con cierta mezcla de temor, desconcierto o desencanto, como es darse cuenta de que todos los enfermeros están expuestos a quejas, reclamaciones e incluso denuncias.

E14: *“Las enfermeras nos convertimos muchas veces en el capacillo de las tortas. Paramos todos los golpes. Los pacientes se enfadan, se disgustan porque están viviendo algo muy duro y esa ira salta con lo primero que pillan. Como nosotras pasamos tantos ratos a los pies de su cama, pues recibimos mucho”.*

En el Servicio de Salud de Castilla y León se ha desarrollado un protocolo de actuación frente a las agresiones a profesionales sanitarios. Colegios profesionales, sindicatos y direcciones de los centros deben velar porque la integridad física y moral de los trabajadores sanitarios sea respetada. Para ellos se debe formar a mandos intermedios y direcciones de los centros en cómo acoger y dar apoyo a sus

trabajadores. No se puede actuar desde los puestos de liderazgo dando siempre la razón al cliente. Tolerancia cero a cualquier tipo de maltrato a los profesionales.

4.3.4 Fatiga por compasión

Este concepto es relativamente reciente, surgió en la década de los noventa. Se refiere al agotamiento emocional y físico que afecta a los profesionales tras una exposición prolongada en el tiempo al sufrimiento. Para comprender la fatiga por compasión debemos entender qué es y cómo se desarrollan los cuidados compasivos (Ledoux, 2015). Así lo describe un profesional:

E11: *“Yo no creo que nadie se quede impasible en este trabajo. Mi trabajo y mi vida no los puedo desligar. Hay casos, que te vas a tu casa y sigues con ellos en la cabeza. Y son nombres y apellidos... yo no creo que pueda ser así, porque hija, tenemos un corazoncito y nos tiene que doler”.*

Los profesionales describen bien este fenómeno causado por el intenso, prolongado y continuo cuidado de los pacientes y la exposición al estrés. La fatiga por compasión en las enfermeras se puede explicar como un proceso de absorción acumulativa y progresiva del dolor y el sufrimiento del paciente formado a partir de las interacciones de cuidado con los pacientes y sus familias. Las consecuencias físicas, emocionales, espirituales, sociales y organizacionales de la fatiga por

compasión son tan extensas que amenazan la integridad existencial de la enfermera. Algunas de ellas se han descrito como: disminución del nivel de satisfacción laboral, disminución de la productividad, aumento de las tasas de ausentismo, agotamiento, recambio, estrés, insomnio, pesadillas, dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, ansiedad y depresión (Jarrad, Hammad, Shawashi, & Mahmoud, 2018). Sus efectos se perciben en las palabras de los siguientes profesionales:

E7: *“A veces noto que debo ser el Cid Campeador, que sale al fragor de la batalla y debe arreglarlo todo, pero esto no puede ser. Yo a veces no puedo ni arreglar el día a día de mi vida... y no tengo varitas mágicas. Esto genera estrés y una cierta desesperanza interna”*

E9: *“Algunos días me voy a casa dándole vueltas a tantas cosas... me cuesta dormir y he de reconocer que a veces he tenido temporadas que he necesitado de medicación para tranquilizarme un poco y dormir... porque esto no son dos más dos... esto son personas”.*

Algunos estudios han demostrado que altos niveles de exigencia por parte de los centros sanitarios repercuten en la autoexigencia que los trabajadores se imponen, estando esta autoexigencia proporcionalmente relacionada con sufrir altos niveles de fatiga por compasión (Beaumont, Durkin, Martin, & Carson, 2015). También queda acreditada la íntima relación que existe entre burnout, satisfacción personal y fatiga por compasión (Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, & Kazanjian, 2013).

En el análisis de las entrevistas observamos que se echa en falta que en un centro con tantos trabajadores implicados en el cuidado de pacientes de toda tipología, no se tenga en cuenta el cuidado a su salud mental, psicológica y a la prevención del *burn out* o fatiga por compasión.

E13: *“A veces, cuando viene el psiquiatra a realizar una interconsulta a un paciente, le pregunto si es normal que me emocione tanto cuando se muere un paciente, sobre todo cuando es joven, y veo la mirada de su madre. Esto es muy duro, te encuentras con su mirada que te está diciendo “esto se acaba”... y yo no puedo hacer nada...”.*

Está bien documentado que un ambiente de práctica laboral positivo redundará en mejores resultados en enfermeras y pacientes. Los aspectos más importantes que pueden influir en la satisfacción laboral y mejorar así la fatiga por compasión son el liderazgo, el apoyo a los profesionales por parte de la dirección y líderes y la participación de los profesionales en las tomas de decisiones (Coetzee & Laschinger, 2017)

Cuando a la sobrecarga de trabajo se le une la fatiga por compasión derivada de la convivencia diaria con la tristeza, el sufrimiento, el dolor, la desesperanza, la muerte... obtenemos como resultado un artefacto explosivo que merma la capacidad vital de los profesionales. Los profesionales deben aprender por sí mismos las maneras de cuidarse para poder cuidar.

4.4 Definir la compasión

Preguntar sobre este término tanto a profesionales como a pacientes ha resultado ser tremendamente enriquecedor. Nos hemos encontrado con la palabra *pena* asociada a este concepto. Algunos estudios previos que más adelante comentaremos ya apuntaban a esta asociación entre ambos conceptos. Ha resultado sorprendente que a lo largo de las conversaciones, los propios profesionales reflexionaban sobre qué era la compasión, interrogándose a sí mismos y cambiando su forma de verla según se iban sucediendo las preguntas realizadas y el diálogo. Absolutamente todos los profesionales acabaron la entrevista reconociendo la necesidad de ser compasivos aunque, en un primer momento, hubiesen dicho que no debíamos mostrar compasión.

E11: *“Esta palabra me produce confusión, me produce sentimientos encontrados”.*

Este podría ser el resumen de lo que les ha ocurrido a muchos profesionales a través del diálogo, han sufrido una catarsis que les ha llevado a entender y profundizar en un término que nos es desconocido. Nos es desconocida la palabra, pero no su significado y las acciones y comportamientos profesionales asociados a la misma. Ya que todos han acabado reconociendo la necesidad de la compasión. Y dicen:

E7: *“Pasapalabra, no me imagino ni concibo este hospital sin compasión”.*

E9: *“No podríamos trabajar sin compasión, sería como una forma de maltrato”.*

Esta tautología de la compasión ya había sido descrita en algún estudio previo (Horsburgh & Ross, 2013) pero resulta ser muy llamativa cuando algunos pacientes no son capaces de definir muy bien qué es la compasión o cuando en un primer momento la rechazan y, tras un poco de reflexión, son capaces de terminar la entrevista defendiendo que no podemos vivir en un mundo sin compasión.

Algunos profesionales y pacientes han dado una respuesta sobre qué es la compasión semejante a la dada por autores como Chochinov (2007) y dicen:

E11: *“Creo que es un sentimiento que a mí se me produce ante el sufrimiento o el dolor de otra persona y que me implica a intentar ayudarle”.* (E11)

Los pacientes esperan también que las enfermeras sean compasivas (Kret, 2011). Y dicen:

P10: *“Es ese movimiento que mueve el alma de alguien que tiene capacidad de ayudar a los otros”.*

Cuando los profesionales son preguntados por los valores que debe tener un enfermero, no se nombre nunca o muy pocas veces la compasión, sin embargo, como se ha comentado anteriormente, absolutamente todos reconocen que es necesaria e imprescindible en nuestro trabajo.

E12: *“Yo siempre he pensado que quien decide emprender un camino como el de la enfermería o la medicina, es porque per se tiene la compasión como modus pensando y vivendi. Que tiene una especial sensibilidad. No concibo a un enfermero no compasivo, porque no entiendo que alguien emprenda este camino sin ser compasivo”.*

4.4.1 Sufrir con, compadecerse del otro

Compadecerse es el primer movimiento del cuidado compasivo, identificado por los profesionales. Movimiento en el que reconozco al otro como ser humano y sufro con él. Significa participar de su sufrimiento (von Dietze & Orb, 2000).

E8: *“Algunas veces me siento impotente cuando no puedo solucionar nada, porque veo el dolor y sufrimiento y lo padeces junto a él, un poco lo compartes”.*

E13: *“A mí me produce mucho sufrimiento ver sufrir a un paciente, me causa sufrimiento querer aliviarle y no poder”.*

La gran mayoría de profesionales y pacientes entrevistados han afirmado rotundamente que se puede llegar a imaginar el sufrimiento del otro y ponerse en su lugar.

P14: *“Las enfermeras nunca le han quitado importancia a mis problemas o a las cosas que les digo. Yo noto que les importa de verdad lo que me sucede”.*

Vemos que los profesionales consideran como *Otro y digno de compasión* no sólo al paciente como receptor principal de los cuidados, sino también a sus familias. Han sido consideradas como parte de la unidad de cuidados en prácticamente todos los profesionales. En un momento u otro de la entrevista han incluido a los familiares como personas que sufren, como personas que necesitan también de nuestra ayuda y compasión.

E12: *“Vemos el sufrimiento cuando las familias ven a sus familiares muy graves y no saben qué va a ocurrir. Esa incógnita da mucho estrés y desesperación”*

4.4.2 Acción

La acción constituye parte importante de la compasión que ya hemos identificado anteriormente en otros estudios (Sinclair et al., 2016). También los profesionales de nuestro estudio han identificado el segundo movimiento del que consta la compasión. Esa fuerza que nos hace movilizar todos los recursos posibles para que aquel que sufre pueda salir de ese estado. Chochinov, gran maestro a la hora

de definir la compasión, explicó muy bien que los sentimientos que sentimos al ver a alguien sufrir son los que dan forma a nuestra acción (Chochinov, 2007).

La compasión estaría así irremediabilmente ligada a la acción, a verbos concretos como *escuchar, alimentar, vestir, comprender, reconfortar, tocar, acompañar...* (von Dietze & Orb, 2000).

Expresan los profesionales:

E4: *“Es estar al lado del otro cuando lo necesita, además hay un movimiento que sale de ti de ayuda a la otra persona”.*

E6: *“La compasión se da cuando ves a alguien que lo pasa mal y no puedes pasar de largo y te implicas”.*

Las palabras de los profesionales nos proporcionan una preciosa imagen, la de no poder pasar de largo, no poder dirigir la mirada a otro lugar aun con todo el trabajo que se pueda tener porque esa persona necesita algo, porque esa persona, el otro, nos ha interpelado.

4.4.3 Trabajo en equipo

Los profesionales, en todo momento, y según transmiten a través de sus entrevistas, son capaces de medir sus posibilidades en la ayuda que se le brinda al sufriente. Son capaces de valorar la ayuda que ellos mismos les pueden brindar a los

pacientes y, si ellos mismos no pueden ofrecer la ayuda que han visto necesaria, harán lo posible por poner en contacto al paciente con quien sí pueda ofrecérsela. Explican:

E5: *“Ser compasivos nos hace buscar una solución. Si yo no puedo darla, buscaré a la trabajadora social, al psicólogo, al médico... yo creo que sirve para eso, para que tú les ayudes a buscar una alternativa y una salida”.*

E7: *“Si una persona está sufriendo tendrás que ayudarlo en algo y si yo no puedo hacerlo me encargaré de buscar al profesional que lo pueda hacer”.*

Queda aquí también manifiesto que el trabajo en equipo es muy importante a la hora de realizar esa ayuda efectiva. Un equipo interdisciplinar que pueda aportar sus conocimientos a la hora de aliviar el sufrimiento. Cada uno de los profesionales tiene unas competencias diferentes, pero todos tienen el mismo objetivo, que es la curación o muerte digna del paciente. El trabajo en equipo permite que se administre un cuidado y una atención mucho más global. Los últimos tiempos han sido ricos en investigación sobre trabajo en equipo y modelos de gestión que faciliten este trabajo. Por ello se han experimentado múltiples cambios en las organizaciones que han fomentado una manera de trabajar mucho más colaborativa y cooperativa. A pesar de ser objeto de estudio, todavía sigue sin haber una forma clara sobre cómo hacer para que los equipos de trabajo se creen, funcionen y se mantengan en el tiempo (Buss, Leopardi, Coelho, & Oliveira, 2010).

Todos los miembros del equipo tienen su relevancia en ofrecer la ayuda necesaria, sin escalones, sin jerarquías. Y transmitiéndose la información necesaria unos a otros para poder trabajar cada uno en su ámbito. La comunicación interprofesional es un aspecto muy a tener en cuenta en el buen manejo y discurrir de todos los pacientes. Un profesional lo explica así:

E2: *“Cuando veo triste a algún paciente, yo intento indagar, cuando veo que no me lo va a contar, tiro mucho de los auxiliares. Esto es un equipo. Si tienen más confianza con un compañero... esto es un trabajo en equipo y a partir de esa información todos podemos trabajar”.*

En cuanto al trabajo en equipo, la observación nos ha mostrado algunos aspectos a tener en cuenta y que están preocupando a los profesionales de algunas unidades asistenciales. Nos referimos aquí al hecho de la pobre comunicación e interrelación que existe entre médicos y enfermeras y que actúa en detrimento de una atención fluida al paciente. Agrava todavía más las sobrecargas de trabajo y genera mucho estrés. Con una buena coordinación y empeño por colaborar de todos los profesionales, sería posible, sin invertir demasiados recursos, organizar una buena manera de trabajo colaborativo e interdisciplinar. La observación refleja lo siguiente:

Obs 12: *“Son las 14,45 horas del turno de mañana de una unidad de hospitalización. A las 15 horas termina el turno de mañana y comienza el de tarde. Todas las enfermeras procuran dejar hechas las*

tareas de las que debe encargarse el turno de mañana y así no sobrecargar a las compañeras de la tarde. Una de las tareas fundamentales es dejar pasados los cambios de tratamiento. Tarea que requiere de bastante tiempo ya que se debe transcribir en dos sitios diferentes, mandar las órdenes a farmacia y dejar la medicación de las 16 horas preparada para la compañera. Por alguna razón organizativa que las enfermeras desconocen los médicos encargados de pasar visita a los pacientes hospitalizados, que pueden llegar a ser cinco o más diferentes, pasan a última hora. Algunas veces más tarde de las 15 horas. Esto crea un caos en la zona del despacho de trabajo, es descorazonador: vemos historias esparcidas por encima de los escritorios, órdenes médicas y peticiones de pruebas apiladas de prácticamente todos los pacientes. Todo esto a pocos minutos de terminar la jornada laboral, cuando se supone que las enfermeras debieran estar dando el cambio de turno a sus compañeras o terminando de escribir los últimos acontecimientos sucedidos a los pacientes en los comentarios de enfermería de la historia. Lo peor de todo esto, comentan las enfermeras, es que los médicos pasan visita y nadie es capaz de venir a preguntarnos cómo ha estado el enfermo, que nos parece esto o lo otro, o a decirnos por lo menos de viva voz el tratamiento, cambios o pruebas que se le piden. Luego el trabajo es mucho más inefectivo porque se debe estar llamando al médico de guardia para decirle las cosas que no hemos podido decir a su médico, o por la solemne tontería de no entender la letra, comentan

las enfermeras. Algunas veces comentan que ni siquiera saben qué médico es el que ha visitado al paciente”. (Obs 12)

Diversos estudios señalan que la percepción de los pacientes sobre la atención que reciben mejora considerablemente cuando los profesionales sanitarios trabajan juntos y en equipo (Zwarenstein et al., 2007).

4.4.4 Cuidados compasivos

Los profesionales son capaces de determinar cuáles son las acciones que permiten aliviar ese sufrimiento presente en los pacientes. Son capaces de adaptar e individualizar el plan de cuidados que necesita el enfermo, algo muy necesario ya descrito en varios estudios (Badger & Royse, 2012; Perry, 2009).

Dicen los profesionales:

E8: *“Para mí la compasión es hacer por alguien lo que te gustaría que hicieran por ti. Cuando una persona está incómoda y necesita que le estires el brazo o que le limpies y humedezcas la boca. Esas cosas no son trascendentales, pero te salen cuando ves al otro como una persona. Eso es para mí la compasión”.*

E15: *“Para mí, mostrar compasión no es hacer las cosas por el otro sino estar al lado, que si alguien no puede andar, no es que vayas en silla*

de ruedas por él, sino que vayas a su lado y empujes su silla de ruedas”.

Los cuidados que se describen para aliviar el sufrimiento y mostrar actitud compasiva son descritos todos ellos a lo largo de las entrevistas como cuidados en las pequeñas cosas. Serían las acciones que, como profesionales, podemos hacer y que muestran y ponen en práctica lo que es la compasión. Pequeños gestos de compasión que alivian el sufrimiento del paciente (Perry, 2009). Y que, como diría Chochinov, “nos permiten reconocer al otro más allá de su enfermedad” (Chochinov, 2007). Los profesionales los han descrito perfectamente.

E14: *“Yo pienso que mucho sufrimiento se podría solucionar con pequeñas cositas, simplemente con humedecer la boca, colocarle en otras posturas, colocarle bien la almohada... muchas cosas las podemos solucionar perfectamente, son cosas sencillas”.*

E18: *“Cuando acompañas un proceso de final de vida, es especialmente duro, todo el mundo está sufriendo. Toda la familia te dice esto se acaba y estoy sufriendo... y te ves impotente sin saber qué hacer... a veces simplemente cogerle la mano”.*

E15: *“Poner medicaciones y hacer bien las técnicas se da por hecho, la gente necesita algo más, a veces simplemente que le cojas la mano, le ayudes a beber un vaso de agua...”*

Los pacientes también saben identificar su presencia y sus ausencias. No esperan grandes cuidados, esto ya lo describió Crowther en un estudio con ancianos con demencia, las personas esperan pequeños actos de bondad (Crowther et al., 2013). Muy significativo nos ha parecido en nuestro estudio que sepan expresar la carencia que han notado, una carencia muy sencilla de resolver y que requiere de compasión. Y explican:

P15: *“La segunda noche que estaba ingresada me entraron muchas náuseas y comencé a vomitar, no estaba mi familia... pasó a verme la enfermera... y eché tanto en falta que me pusiera la mano en la frente para frenar la violencia del vómito y para sentir un contacto humano de ánimo. Son cosas tontas, que te recojan el pelo, ponerte la mano en el hombro y en la frente... pero cuando estás tan desvalido, son lo mejor que pueden hacer por ti, más importante que pruebas, medicinas...”*

Podríamos aquí hablar del tacto, el tocar. Acción que algún estudio ha demostrado que sirve para mostrar empatía (Oliveira & Dias, 2008). Es un tema controvertido el tocar, ya que también la cultura interviene en las connotaciones que pueda tener. En determinadas culturas respetan sobremanera el espacio personal y es considerada una agresión el invadir el espacio vital del paciente. Esto pone de manifiesto que lo que sirve para unos no sirve para otros y esto no es más que individualizar, poner a la persona en el centro y observarle como un todo al que dirigimos nuestros cuidados. En nuestro mundo globalizado se hace muy importante

preguntarse por los aspectos interculturales que puede adquirir la compasión (Papadopoulos et al., 2015) porque deben ser respetados.

Humedecer la boca, acompañar al andar, alinear corporalmente las manos, asear, colocar bien una almohada, tocar, dar la mano, sujetar la frente, peinar... cuidados... pequeñas cosas que alivian el sufrimiento.

4.4.5 Pena

En algún estudio previo realizado, ya podemos observar que para los profesionales y pacientes, *compasión* y *pena* son dos términos muy relacionados y que, en ocasiones, pueden llevarnos a la confusión (van der Cingel, 2011). La pena tiene una connotación muy negativa.

En nuestro estudio, a varios profesionales enfermeros la palabra compasión les ha sugerido pena. Esa asociación de ideas entre compasión y pena no ha ocurrido en ningún hombre enfermero pero sí en aproximadamente la mitad de las mujeres. Y nos dicen:

E1: *“Es que dices... compasión, pena. No, no me gusta. Me sugiere pena.*

¿Por qué yo me tengo que compadecer de una persona? No, no me gusta compasión. Me sugiere tristeza, es negativo. [...] No, no, necesita que sea humana. Necesita humanidad, no compasión. [...]

Parece que la compasión sea una obligación, como si hubiese dos niveles. No hay empatía porque yo estaría como a otro nivel”.

Aquí, claramente, el profesional ha asociado la terminología compasión con piedad, término que en la introducción ya hemos definido. Esta misma profesional terminó su entrevista bastante confundida y la última pregunta que realizó a la entrevistadora era que por favor le definiésemos la palabra compasión. Cuando se la explicamos dijo:

E1: *“Así sí, entonces todos debemos ser personas compasivas, si la compasión es eso, la debemos poner en práctica”.* (E1)

Otra profesional nos dice así:

E13: *“Yo veo la compasión como algo inevitable. En 30 años no he dejado de sentir pena, pero tampoco creo que quiera dejar de sentirla, no ha interferido en mi trabajo. A veces hay situaciones que te hace más “pupa”... aquí los pacientes reingresan muchas veces. Les acompañamos en el proceso de una enfermedad. No son un número de habitación, es un paciente con nombre y apellidos, familia... es mucho más... y eso hace que sientas compasión y lo pases peor”.*

En este último caso, el profesional ha captado el pleno sentido de que la compasión nos remueve por dentro, es el primer movimiento de la compasión, *padecer con*.

A pesar de generar un sentimiento que puede ser valorado como negativo, los profesionales claramente valoran que la compasión aporta un matiz único para cuidar.

E7: *“Es un sentimiento de pena, de tristeza... pero también me sugiere cariño. Porque te hace tratarlos de otra manera... de una forma diferente”*. (E7)

E13: *“Te hace ser todavía más amable, que los trates con mayor delicadeza... yo creo. Es que son como sentimientos encontrados, por un lado te dan pena porque piensas ¡qué malito está!, al mismo tiempo te hace tratarlo con más cariño y ser más delicada en el trabajo”*.

Al igual que ningún profesional varón ha relacionado la compasión con la pena, ningún paciente ha mencionado la palabra pena a lo largo de las entrevistas.

4.4.6 Formación, experiencia y equilibrio interior

La formación continuada es un requisito muy importante para el profesional que quiera estar a la vanguardia de los cuidados y del avance científico de la disciplina que ha escogido. Mejora las competencias del profesional en conocimientos, habilidades, actitudes y fomenta un adecuado juicio profesional (Gómez, Montes, Negre, & Flores, 2008; Peña et al., 2007)

Los profesionales entrevistados son conscientes de ello y así lo han expresado:

E6: *“Hace falta experiencia. Es un punto fundamental. Se aprende mucho.*

Yo me veo mucho cambio en cómo afrontaba el sufrimiento al principio y ahora. Yo creo que la experiencia es un punto fuerte”.

E8: *“Mi vida personal me ha ayudado a entender el sufrimiento del otro y*

entender lo mal que se puede pasar. Queremos ayudar y apoyar al paciente y a la familia y, a veces, es difícil porque no sabemos cómo.

Por eso considero que la formación y las herramientas son fundamentales [...] Por eso considero que me falta preparación en ese aspecto. Nos enseñan muchos cuidados de enfermería, pero del trato con las personas nada. Porque en situaciones de sufrimiento y estrés nadie nos enseña a cómo actuar. Nos faltan herramientas de trabajo”.

E12: *“Para conseguir que un paciente se sienta cuidado, protegido,*

acogido, querido... tú debes estar en equilibrio contigo mismo y eso a veces es complicado [...] Se necesita de una persona formada y preparada para poder afrontar el día a día de nuestro trabajo”.

Los pacientes también comprenden que la formación es importante en el desempeño profesional de las enfermeras. Resaltan, sin embargo, la necesidad de formación no en técnicas complejas y novedosas, sino en todo lo que significa relación de ayuda, trato con el paciente y manejo de situaciones emocionalmente complejas.

P5: *“Los enfermeros hacen constantemente un trabajo que se llama ponerse en los zapatos del otro... esto es muy complicado... yo creo que no todo el mundo lo sabe hacer bien. Se necesita formarse, aprender.”*

P9: *“Para no terminar mal de la cabeza con todo lo que ven diariamente estas pobres chicas (las enfermeras) yo creo que hay que ir a cursos y talleres donde te enseñen a manejar sentimientos, cómo tratar a la gente, cómo hacer para que no te afecten ciertas cosas...”*

La observación también nos ha llevado a ver que las enfermeras realizan cursos de formación continuada y están muy motivadas e implicadas en la realización de actividades formativas.

Obs11. *“A lo largo del turno de noche, tras acabar con todas las tareas, ya de madrugada, queda si no ocurre alguna urgencia, un espacio de tiempo que algunas profesionales, varias de ellas en diferentes unidades, utilizan para realizar cursos de formación continuada. Son cursos online. Se descargan o les envían el material de estudio a sus domicilios y aprovechan para poder estudiarlo y realizar los test. Al preguntarles por las razones para realizar esos cursos comentan dos razones principales: les sirve para puntuar como mérito en bolsas de empleo, oposiciones y carrera profesional. Y añaden que siempre*

aprendes algo nuevo. Ninguna muestra desagrado o fastidio por tener que realizarlos”.

A lo largo de las entrevistas, algunos profesionales han considerado como digno de tener en cuenta la actitud que se tiene a la hora de enfrentarse al trabajo diario. Dicen los profesionales:

E5: *“A mí me encanta mi profesión y creo que es fundamental que disfrutes con esto. Entonces, el hecho de que te guste, haces las cosas con más agrado, todo sale mejor. Como te gusta, te esfuerzas, te preocupas, haces las cosas lo mejor que puedes”.*

E2: *“Hay que tener ganas de trabajar, ganas de cuidar”.*

E10: *“Ahora se lleva mucho esto del mindfulness, parece que sea algo grandilocuente, pero yo lo resumo muy fácilmente: es estar a lo que tienes que estar... de toda la vida, con los cinco sentidos. A mí, trabajar con las personas, me ayuda a centrarme, porque o te centras o te centran.”*

Podríamos hablar de los estudios realizados en relación al *mindfulness*, conciencia plena que me equilibra interiormente y me lleva a realizar todas las tareas de mi vida de forma sana y con claros beneficios (Brass, 2016; White, 2014). El autocuidado que supone el entrenamiento en *mindfulness* repercute en el bienestar del profesional enfermero. Esto es un proceso cuyo término utilizado en el mundo

anglosajón se denomina autocompasión y que no es utilizado en castellano, pero que nos aporta la idea de autocuidado que me parece tan necesaria y es hacia donde creemos que debieran dirigirse algunas políticas de prevención.

CAPÍTULO 5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para interpretar óptimamente los resultados del estudio conviene tener en cuenta las limitaciones presentes en la investigación:

- Ñ Los datos proporcionan información de un contexto determinado, la provincia de Soria. Esto podría limitar la aplicación a otros contextos. De todas maneras, los datos se pueden aplicar a contextos con similitudes socioeconómicas, políticas y culturales.
- Ñ Respecto a la técnica de recogida de datos que ha supuesto las entrevistas, también podemos encontrarnos con la limitación a tener en cuenta como es la experiencia de la entrevistadora: el grado de control y la habilidad de abordar ciertos temas pueden verse afectados.
- Ñ El estudio se ha desarrollado, en parte, realizando entrevistas a profesionales conocidos por la investigadora. Dado que el entorno laboral del Hospital en el que se ha llevado a cabo es muy reducido, todos los profesionales que allí desarrollan su actividad profesional se conocen. Esto ha creado un ambiente facilitador pero también puede haber distorsionado el fenómeno de estudio.
- Ñ Hubiese sido muy enriquecedor incluir a otros profesionales como informantes: técnicos auxiliares, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, personal de limpieza... Eso ofrecería una visión más amplia de la compleja realidad que es la compasión.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación nos permiten conocer qué piensan los profesionales enfermeros y pacientes sobre qué es la compasión y cómo se expresa. Nos ha permitido entender también qué papel juegan los valores y las virtudes en la práctica profesional diaria.

En base a los resultados y respondiendo a los objetivos específicos, planteamos las siguientes conclusiones:

- 1.** Los profesionales enfermeros presentan cierta confusión en el significado del término compasión. Saben con certeza que no podemos desarrollar nuestro trabajo sin compasión, pero dudan en el sentido real de la palabra. Esta confusión viene muy determinada por la asociación del sentimiento de pena con la compasión. No ocurre así con los pacientes, la convivencia con el dolor y el sufrimiento les hace ver este valor desprovisto de pena y lástima.
- 2.** Se pone de manifiesto la importancia de contar con valores éticos en la práctica profesional enfermera. Han destacado valores como la empatía, el respeto a la dignidad, el respeto al principio de autonomía y la presencia.
- 3.** Crear una buena relación terapéutica es un paso previo fundamental para poder poner en práctica los cuidados enfermeros.

4. Las situaciones capaces de generar un mayor sufrimiento son: la enfermedad, enfrentarse a situaciones desconocidas, la soledad y la pérdida de capacidades funcionales.
5. Para desarrollar los valores éticos y entre ellos la compasión, se han encontrado ciertas dificultades: la sobrecarga de trabajo, las tareas burocráticas e informáticas, el ejercicio de la medicina/enfermería defensiva y la fatiga por compasión.
6. Como resultado de la investigación presentada podríamos definir la compasión en enfermería como un valor ético que ayuda al profesional a conmovirse por el sufrimiento del paciente y promueve que realice los cuidados enfermeros necesarios para tratar de aliviarlo.
7. Para poder administrar unos buenos cuidados compasivos se necesitan los siguientes factores: crear una buena relación terapéutica que ayuda al profesional a sufrir junto al paciente; el trabajo en equipo; la formación, experiencia y el equilibrio interior.
8. Los cuidados enfermeros son las acciones concretas que promueve la compasión para que el profesional de enfermería trate de aliviar el sufrimiento. Esos cuidados son concretos y sencillos, pequeñas acciones que son poco valoradas pero que alivian el sufrimiento. Desarrollar todo un plan de cuidados

enfermeros a la luz de la compasión ayudará a los profesionales a dar unos cuidados excelentes, no hacerlo sería faltar a la ética profesional.

CAPÍTULO 7. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

A la luz de los resultados obtenidos y con el apoyo de toda la bibliografía estudiada se propone un proceso de atención basado en la compasión y que puede ser de gran utilidad en el día a día de los profesionales enfermeros. Constaría de cuatro pasos:

1. Reconocer a la persona sufriente. Ir y ver. Este primer paso supone un movimiento, un esfuerzo (von Dietze & Orb, 2000). El sufriente no se interpone en mi camino, sino que yo, promotora de cuidados, me pongo en el camino de aquel que sufre. Esto sólo se hace posible si por una parte se respeta la dignidad y autonomía de la persona y por otra parte se cultivan las herramientas necesarias para crear un buen vínculo terapéutico (Christiansen et al., 2015; Kneafsey et al., 2015). Realizamos de este modo un movimiento emotivo y volitivo necesario para ver, despojado de censuras y prejuicios, la realidad de las cosas.
2. Responsabilidad ante el sufriente. Permanecer. Quien se encuentra con el que sufre queda impactado y conmovido, pero la experiencia no termina ahí, sino que nos mueve a quedarnos de manera responsable con el que sufre. Se pasa así del quedarse afectado al quedarse vinculado. De esta manera el profesional asume su responsabilidad para con el otro tan bien explicada por Levinas (2012). La responsabilidad nace de la convicción de que nuestra respuesta es

insustituible y, en este sentido, la responsabilidad nos incumbe de modo incondicional pero también libremente, ya que el quedarnos es siempre una decisión libre.

3. Actuar junto al sufriente. Hacer. Una de las características definitorias de la compasión que la distinguen de muchos otros valores, es precisamente esta, el hacer (Sinclair et al., 2016). La compasión genera en el cuidador una fuerza y motivación en tal grado que impulsa al profesional a buscar los recursos necesarios para combatir el sufrimiento que ha encontrado en el otro (Chochinov, 2007). Para buscar los recursos necesarios es importantísimo contar con los conocimientos, actitudes, aptitudes y habilidades que permitan que el proceso sea rápido y efectivo. Es por ello que el profesional enfermero está capacitado, a través de la formación y la experiencia, de una manera privilegiada para encontrar estos recursos y movilizarlos.

4. Seguir el camino. Salir. El camino del sufrimiento de un ser humano es también el camino propio, dado que para ser capaz de reconocer en el otro a un ser sufriente, hemos de reconocer nuestra propia humanidad susceptible de encarar el sufrimiento en cualquier momento. Somos sabedores de que parte de nuestra humanidad sufre con el otro. Es por eso que quedarse o actuar no es el final del camino sino que hemos de dar fin a un plan de cuidados para continuar avanzando en el camino de crecimiento personal y madurez que nos brinda el encuentro con el sufrimiento desde la compasión (Ledoux, 2015) . Es seguir

adelante con el itinerario de liberación personal emprendido, sanar nuestras propias heridas, protegernos y autocuidarnos.

CAPÍTULO 8. NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo genera conocimiento según los objetivos planteados, pero genera también nuevos interrogantes y preguntas sobre las que investigar. Esto nos abre a líneas futuras de investigación que resumimos a continuación:

- Diseñar estrategias para incluir en la formación en competencias de los estudiantes del Grado en Enfermería el valor de la compasión.
- Diseñar modelos de cuidados enfermeros basados en la compasión.
- Evaluar la efectividad, utilidad y aplicabilidad a nuestra sociedad, cultura y lengua, de las escalas de medida en compasión, existentes en la literatura científica.
- Diseñar programas de formación en valores profesionales, entre ellos la compasión, dirigidos a profesionales enfermeros.
- Identificar los componentes de la compasión en el cuidado diario de los profesionales enfermeros.
- Describir qué son los cuidados compasivos concretos en cada uno de los ámbitos de trabajo de los profesionales enfermeros.
- Diseñar modelos de gestión sanitaria basados en unos cuidados compasivos.
- Evaluar la repercusión que tienen la soledad y la pérdida de autonomía sobre el sufrimiento de las personas y sobre su proceso de salud-enfermedad.
- Comparar la eficiencia y efectividad de las intervenciones en cuidados que realizan enfermeras entrenadas en compasión, respecto a otros profesionales enfermeros no entrenados.

CAPÍTULO 9. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Hasta el momento de la presentación de este trabajo se ha iniciado el proceso de difusión de los resultados obtenidos. Se describe a continuación la difusión realizada.

9.1 Publicaciones

Artículo aceptado por la revista y pendiente de publicación:

- Bueno M., Goberna J., López C. Ética del cuidado compasivo en la familia: cuidando al cuidador. *Musas: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*.

Artículo redactado y en proceso de envío para aceptación:

- Bueno M, Goberna J, López C. Compassion in nursing care: a critical interpretive synthesis of literature. *Nursing Ethics*.

BIBLIOGRAFÍA

- Académie française. (n.d.). *Dictionnaire de l'Académie française* (Neuvième). Retrieved from <http://www.academie-francaise.fr/le-dictionnaire/consultation-en-ligne>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568.
- Alvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Angrosino, M. V. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Aristóteles. (2002). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Jorge A Mestas. Ediciones Escolares.
- Aristóteles. (2004). *Retórica*. Madrid: Alianza Editorial.
- Armstrong, A. E. (2006). Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nursing Philosophy*, 7(3), 110–124.
- Arteta, A. (1996). La piedad en Rousseau : de la pasión a la virtud. *Isegoría*, 14, 187–202.
- Badger, K., & Royse, D. (2012). Describing Compassionate Care. *Journal of Burn Care & Research*, 33(6), 772–780.
- Baillie, L., & Black, S. (2014). *Profesional Values in Nursing*. New York: CRC Press.
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Marie Rafferty, A., ... Consortium, C. (2017). Post-operative mortality, missed care and nurse

- staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 1–0.
- Barclay, W. (2002). *Palabras griegas del Nuevo Testamento (9ª)*. El Paso, Texas: Casa Bautista de Publicaciones.
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2015). Compassion for others , self-compassion , quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives : A quantitative survey. *Midwifery*, 1–6.
- Blasco, M. G. (2014). *La teoría de las emociones de Martha Nussbaum: el papel de las emociones en la vida pública*. Universitat de València.
- Boletín del Estado. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, BOE número 28826 (28826-28848) (2007). Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf>
- Bouguereau, W. (1897). ¡Compasión! [Pintura]. París, Museo d'Orsey.
- Boyle, J. (2003). Estilos de etnografía. In J. M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquía de Medellín.
- Bramley, L., & Matiti, M. (2014). How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 1–10.
- Brass, E. (2016). How mindfulness can benefit nursing practice. *Nursing Times*, 112(18), 21.
- Buss, M., Leopardi, M., Coelho, S., & Oliveira, I. (2010). Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería. *Enfermería Global*, (20), 1–11.
- Cacioppo, J., Hawkley, L., Norman, G., & Berntson, G. (2012). Social isolation. *Ann*

- N Y Acad Sci*, 1231(1), 17–22.
- Camps, V. (1993). *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Caravaggio. (1607). *Siete obras de Misericordia*. Pio Monte della Misericordia, Nápoles (Italia).
- Cash, K. (2007). Compassionate strangers. *Nursing Philosophy*, 71–72.
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 335(7612), 184–7.
- Christiansen, A., O'Brien, M., Kirton, J., Zubairu, K., & Bray, L. (2015). Delivering compassionate care: The enablers and barriers. *British Journal of Nursing*, 24(16), 833–837.
- Clark, J. R. (2015). Defensive Medicine. *Air Medical Journal*, 34(6), 314–316.
- Coetzee, S. K., & Laschinger, H. K. S. (2017). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nursing & Health Sciences*, (June 2017), 4–15.
- Coixet, I. (2005). *La vida secreta de las palabras*. España: TVE, Canal +.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2006). *Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Imprenta Fornara.
- Crowther, J., Wilson, K. C. M., Horton, S., & Lloyd-Williams, M. (2013). Compassion in healthcare - lessons from a qualitative study of the end of life care of people with dementia. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), 492–7.
- Darwin, C. (1966). *El origen del hombre y la selección en relación al sexo* (2ª, Vol. 1). Madrid: Ediciones Ibéricas.
- de la Cuesta Benjumea, C. (2003). El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), 1–27.

- Dempsey, C., Wojciechowski, S., McConville, E., & Drain, M. (2014). Reducing patient suffering through compassionate connected care. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 517–24.
- Desclée de Brouwer (Ed.). (1999). *Nueva Biblia de Jerusalén*. Bilbao.
- Díez, J., & Morenos, M. (2015). *La soledad en España*. Madrid: Fundación Once y Fundación Axa. Retrieved from https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf
- Ekman, P. (2015). Darwin ' s Compassionate View of Human Nature. *JAMA*, 303(6), 557–558.
- Eriksson, K. (2007). The Theory of Caritative Caring: a vision. *Nursing Science Quarterly*, 20, 201–202.
- Fernández Núñez, L. (2006). Fichas para investigadores: ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Bulletí La Recerca*, 1–13.
- Firth-cozens, Jenny and Cornwell, J. (2009). The Point of Care. Enabling compassionate care in acute hospital settings. Retrieved March 20, 2014, from <http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/enabling-compassionate-care-acute-hospital-settings>
- Francis, R. (2010). *Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009* (Vol. I). Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279109/0375_i.pdf
- Francis, R. (2013a). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Volume 1 : Analysis of evidence and lessons learned (part 1) Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry* (Vol. 3). Retrieved from [http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Volume 1.pdf](http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Volume%201.pdf)
<http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Volume>

2.pdf%5Cnhttp://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Vol
ume 1.pdf%5Cnhttp://www.m

Francis, R. (2013b). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Volume 3 : Present and future Annexes Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry* (Vol. 3). Retrieved from <http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Volume 2.pdf>

Gallegos, L. (1999). *Realidad y ética en xavier zubiri*. Universidad Complutense de Madrid. Retrieved from <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/H/2/H2095301.pdf>

Garcimartín, P. (2012). *Estrategias utilizadas por las enfermeras para facilitar el empoderamiento del paciente en los hospitales*. Universidad de Barcelona.

Gelhaus, P. (2012). The desired moral attitude of the physician: (II) compassion. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 15(4), 397–410.

Goetz, J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374.

Gómez, E., Montes, P., Negre, A., & Flores, M. (2008). *Estudio de la formación continuada en enfermería de un centro hospitalario de cuarto nivel*. Universitat de Barcelona. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21629/1/2007_10.pdf

Govea Rodríguez, V., Vera, G., & Vargas, A. M. (2011). Etnografía: una mirada desde corpus teórico de la investigación cualitativa. *Omnia*, 17(2), 26–39.

Grande, M. L., & González, L. (2017). Personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio. Una mirada desde la vulnerabilidad y la fragilidad. *Index de Enfermería*, 26(3), 210–215.

Guasch, Ó. (1997). *Cuadernos metodológicos. Observación participante*. CIS. Centro de investigaciones sociológicas.

- Haneke, M. (2012). *Amor*. Francia: Les Films du Losange.
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & de Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720–734.
- Hernández Marrero, A. (2016). *Los pacientes como protagonistas de la práctica enfermera. Un estudio sobre el cuidado humanizado en un hospital de tercer nivel*. Universidad de la Laguna.
- Hidalgo, J. G. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Horsburgh, D., & Ross, J. (2013). Care and compassion: the experiences of newly qualified staff nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7–8), 1124–1132.
- Hueranos Esparza, I. (2010). *El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera*. (Vol. 11).
- Idareta-Goldaracena, F. (2010). Desde la Compasión de J. Addams a la Responsabilidad para con el Otro: La propuesta ética de E. Lévinas para el Trabajo Social. *Portularia*, 10(2), 65–75.
- Immordino-Yang, M. H., McColl, A., Damasio, H., & Damasio, A. (2009). Neural correlates of admiration and compassion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(19), 8021–8026.
- Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). (2005). *Libro blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales.
- Jarrad, R., Hammad, S., Shawashi, T., & Mahmoud, N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry*, 17.
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of*

- Medicine*, 109(12), 446–452.
- John Simpson and Edmund Weiner (Ed.). (1989). *The Oxford English Dictionary* (Second). Clarendon Press-Oxford.
- Kant, I. (2007). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Puerto Rico: Pedro M. Rosario Barbosa.
- Kerouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (1995). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 23(7), 1552–61.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2013). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879.
- Kneafsey, R., Brown, S., Sein, K., Chamley, C., & Parsons, J. (2015). A qualitative study of key stakeholders' perspectives on compassion in healthcare and the development of a framework for compassionate interpersonal relations. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 70–79.
- Kret, D. D. (2011). The Qualities of a Compassionate Nurse According to the Perceptions Of Medical-Surgical Patients. *MEDSURG Nursing*, 20(1), 29–36.
- Landeiro, F., Barrows, P., Nuttall, E., Gray, A. M., & Leal, J. (2010). Reducing social relationships and mortality risk : A meta-analytic review. *BMJ Open*, 7(7).
- Lasseter, J. (1995). *Toy Story*. Estados Unidos: Pixar Animation Studios.
- Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: Understanding compassion. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2041–2050.
- Levinas, E. (2012). *Totalidad e infinito* (2ª). Salamanca: Ediciones Sígueme.

- Lown, B. A., Muncer, S. J., & Chadwick, R. (2015). Can compassionate healthcare be measured? The Schwartz Center Compassionate Care Scale TM. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 1005–1010.
- Martín, M. D. G. (2007). Teoría y método. Priorización de los valores enfermeros. Estudio de un distrito sanitario de Sevilla. *Cultura de Los Cuidados XI*, (21), 55–62.
- Mayan, M., & Cisneros, C. (2001). Una Introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. In International Institute for Qualitative Methodology (Ed.), . Alberta, Canadá.
- Mèlich, J. C. (2010). *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.
- Mello, M. M., Studdert, D. M., & Kachalia, A. (2014). The medical liability climate and prospects for reform. *Jama*, 312(20), 2146–55.
- Minguella, A. (1996). *El paciente inglés*. Estados Unidos: Miramax Films.
- Modzelewski, H. (2013). *La educabilidad de las emociones y su importancia para el desarrollo de un ethos democrático*. Universitat de València.
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español María Moliner*. Madrid: Gredos.
- Morin, E. (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morse, J. M. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Muecke, M. (2005). Sobre la evaluación de las etnografías. In J. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquía de Medellín.
- NHS. (2012). *Compassion in Practice*. www.commissioningboard.nhs.uk, in electronic format only. Retrieved from www.commissioningboard.nhs.uk

- Nicholas, R., & Nicholson, J. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6).
- Nietzsche, F. (2012). *El Anticristo*. Buenos Aires: Ediciones Lea.
- Nussbaum, M. C. (2003). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. C. (2008). *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*. Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.
- OECD, & European Commission. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 -State of Health in the EU Cycle*. Retrieved from <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
- Olds, D. M., Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., & Lake, E. T. (2017). Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 155–161.
- Oliveira, L., & Dias, D. G. (2008). O toque afetivo na visão do enfermeiro o enfermeiro, 61, 603–607.
- Oveis, C., Horberg, E. J., & Keltner, D. (2010). Compassion, pride, and social intuitions of self-other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 618–30.
- Paley, J. (2014). Cognition and the compassion deficit: the social psychology of helping behaviour in nursing. *Nursing Philosophy*, 1–14.
- Papadopoulos, I., & Ali, S. (2015). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 1–7.
- Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L.-M., ... Zorba, A. (2015). Exploring Nurses Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. *Journal of Transcultural*

Nursing, 10.

- Pellegrino, E. (1985). The caring ethics. In A. Bishop & J.R. Scudder (Ed.), *Caring, curing, coping*. Alabama.
- Peña, I., López, M., Barrios, E., Sánchez, C., Moreno, L., & Jiménez, Á. (2007). Evaluación del impacto de la formación continuada de enfermería a través de un video tutorial sobre el registro de valoración del paciente. *Tesela*, (21).
- Perez-Bret, E., Altisent, R., & Rocafort, J. (2016). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(12), 599–606.
- Pérez Galdós, B. (2005). *Marianela*. Madrid: Catedra.
- Perry, B. (2009). Conveying compassion through attention to the essential ordinary. *Nursing Older People*, 21(6), 14–21; quiz 22.
- Pieter Brueghel el joven. (1616). Las siete obras de Misericordia. Colección privada.
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Universitat de Barcelona. Retrieved from http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf?sequence=1
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22nd ed.). Madrid: Espasa.
- Rocher, G. (1987). *Introducción a la sociología general* (10ª). Barcelona: Herder.
- Rousseau, J.-J. (2005). *Emilio o De la educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ruiz, J. (2014, April 28). Orhan Pamuk: El arte de la novela se basa ante todo en la compasión. *El País Semanal*.
- Ruíz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ª). Bilbao: Universidad de Deusto.

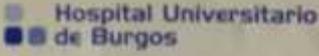
- Ryder, Claire and Chambers, E. (2009). *Compassion and caring in nursing*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Ryder, Claire and Chambers, E. (2012). Excellence in compassionate nursing care – the importance of leadership. In Radcliffe (Ed.), *Excellence in Compassionate Nursing Care - leading the change* (pp. 1–29).
- Sandelowski, M. (2004). Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366–1386.
- Sandín Santaella, M. P. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), 147–164.
- Schopenhauer, A. (2005). *El Mundo Como Voluntad*. Madrid: Akal.
- Shaltout, H. A., Tooze, J. A., Rosenberger, E., & Kemper, K. J. (2012). Time, touch, and compassion: Effects on autonomic nervous system and well-being. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8(3), 177–184.
- Siles González, J. (Coord. ., & Solano Ruiz, M. D. C. (Coord. . (2009). *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Alicante: Editorial Marfil.
- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in Health Care: An Empirical Model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193–203.
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W. Y., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172–8.
- Spielberg, S. (1993). *La lista de Schindler*. Estados Unidos: Universal Pictures.
- Stellar, J. E., Cohen, A., Oveis, C., & Keltner, D. (2015). Affective and physiological

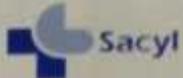
- responses to the suffering of others: compassion and vagal activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(4), 572–585.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Tarlier, D. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse–patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5(3), 230–241.
- Taylor, C. (2011). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. The art and science of nursing care* (7th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Tenzin Gyatso Dalai Lama XIV. (2001). *Mundos en armonía, diálogos sobre la acción compasiva*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Thorkildsen, K. M., Eriksson, K., & Råholm, M. B. (2013). The substance of love when encountering suffering: An interpretative research synthesis with an abductive approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 449–459.
- Tolstoi, L. (2013). *La muerte de Ivan Ilich*. Madrid: Nordica.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teoría en enfermería*. Madrid: Elsevier España.
- Torralba i Rosselló, F. (2005). *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación Mapfre.
- van der Cingel, M. (2009). Original article Compassion and professional care : exploring the domain. *Nursing Philosophy*, 10(2008), 124–136.
- van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: a qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, 18(5), 672–85.

- van der Cingel, M. (2014). Compassion: the missing link in quality of care. *Nurse Education Today*, 34(9), 1253–7.
- Velasco, H., & Díaz de Rada, Á. (2006). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de campo* (5th ed.). Madrid: Trotta.
- von Dietze, E., & Orb, A. (2000). Compassionate care: a moral dimension of nursing. *Nursing Inquiry*, 7(3), 166–174.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Revised). Boulder: University Press of Colorado.
- Watson, J., & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 360–5.
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282–294.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Atkins, J. (2007). Interprofessional education : effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, (3).

ANEXOS

ANEXO I. CONFORME DEL CEIC

**Hospital Universitario de Burgos**
Avda. Juan Balmori, 2 - 09006 BURGOS
Teléfono 947 28 18 00



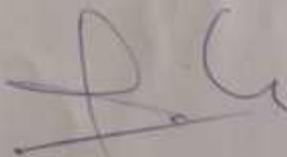
Conforme del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña María Jesús Coma del Corral Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Burgos y Soria.

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el Estudio, titulado: **"La compasión como virtud ética del profesional enfermero: Estudio etnográfico en el Área de Salud de Soria"** (Ref. CEIC 1400) y considera que:
Este Comité constata que dicho Estudio, no le es de aplicación el Real Decreto 223/2004 de Ensayos Clínicos con Medicamentos.
El Comité se da por enterado, no formula objeciones y acepta que el citado Estudio sea realizado en el Complejo Hospitalario de Soria por Dña. Myriam Inmaculada Bueno Arnau, enfermera de dicho Hospital, como investigadora principal.

Lo que firmo en Burgos, 24 de marzo de 2015

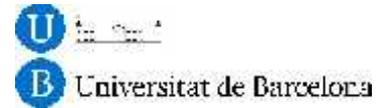



Firmado:
Doña MARÍA JESÚS COMA DEL CORRAL

**Junta de Castilla y León**
Comunidad de Sanidad

140-2015

ANEXO II. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Hoja de Consentimiento informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “La compasión como virtud ética del profesional enfermero: Estudio etnográfico en el área de salud de Soria”.

DESCRIPCIÓN: Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la virtud de la compasión dentro de la ética profesional de l@s enfermer@s y el impacto que tiene la compasión para los pacientes a los que atienden. Esta investigación es realizada por Miryam Inmaculada Bueno Arnau, como parte de su tesis doctoral del Doctorado en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona.

El propósito de esta investigación es averiguar el papel de la compasión en la práctica enfermera y si es considerada una virtud a tener en cuenta dentro de la ética profesional.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará participar activamente en entrevistas grabadas en audio.

CONFIDENCIALIDAD: Todos sus datos contenidos en este estudio serán confidenciales y únicamente se utilizarán para el fin anteriormente explicado. En todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen. (Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Únicamente Miryam Inmaculada Bueno Arnau y sus directoras de tesis, las Dras. Josefina Goberna Tricas y Carmen López Matheu, tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

DERECHOS: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a

abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Yo, _____

He leído o me ha sido leída la información proporcionada en esta hoja. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera a mis cuidados.

En Soria a ____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma de la investigadora

ANEXO III. MODELO DE ENTREVISTA A PACIENTES.

Preguntas abiertas entorno a la compasión

1. ¿Qué le sugiere la palabra compasión? ¿Qué le viene a la cabeza cuando la escucha?
2. ¿Qué situaciones concretas vienen a su mente cuando escucha la palabra compasión?

Explorando el sufrimiento

3. En su opinión, ¿qué cree que es el sufrimiento?
4. ¿Qué situaciones de sufrimiento ha podido observar en su entorno o en su vida?
5. ¿Hay alguna situación concreta que usted crea que conlleva mayor sufrimiento? ¿Cuál?

Explorando la respuesta profesional

6. Si usted ha experimentado el sufrimiento en su estancia hospitalaria ¿qué sentimientos y actitudes ha percibido de las enfermeras que lo atendían?
7. ¿Cree que la enfermera puede imaginar el sufrimiento que usted está experimentando?
8. En su opinión ¿qué debe hacer un profesional enfermero ante el sufrimiento de un paciente?

La compasión y la ética profesional

9. ¿Qué valores y/o virtudes considera que debe tener un buen profesional enfermero?
10. ¿Cree que los pacientes necesitan que los enfermeros sean compasivos?
11. ¿Cómo puede un enfermero/a mostrar compasión en su trabajo diario?
12. ¿Qué cree que ocurriría si los profesionales enfermeros actuaran sin compasión?

ANEXO IV. MODELO DE ENTREVISTA A PROFESIONALES ENFERMEROS.

Preguntas abiertas entorno a la compasión

1. ¿Qué importancia concede a virtudes y valores en la práctica profesional enfermera?
2. ¿Qué valores y/o virtudes éticas considera fundamentales en un profesional enfermero?
3. ¿Qué virtudes éticas considera que son mejor valoradas por los pacientes?
4. ¿Qué le sugiere la palabra compasión? ¿Qué le viene a la cabeza cuando la escucha?
5. ¿Considera que puede tener algún tipo de aplicación en la práctica enfermera?
6. ¿Cree que su paciente necesita que usted sea compasivo?
7. ¿Podría darme una definición de lo que para usted es la compasión?
8. ¿Qué situaciones concretas vienen a su mente cuando escucha la palabra compasión?

Explorando el sufrimiento

9. En su opinión, ¿qué cree que es el sufrimiento?
10. ¿Podría darme una definición de lo que es para usted el sufrimiento?
11. ¿Qué situaciones de sufrimiento observa habitualmente en su trabajo?
12. ¿Considera que existe diferencia entre sufrimiento y dolor? Explique porque.
13. ¿Hay alguna situación concreta que usted crea que conlleva mayor sufrimiento? ¿Cuál?

Explorando la respuesta profesional

14. Cuando se encuentra ante el sufrimiento de un paciente, ¿Cómo se siente? ¿cómo actúa?
15. ¿Puede imaginar el sufrimiento que experimenta su paciente?

16. En su opinión ¿qué debe hacer un profesional enfermero ante el sufrimiento de un paciente?

La compasión y la ética profesional

17. ¿Considera que los profesionales enfermeros muestran compasión en su trabajo diario?

18. ¿Qué cree que ocurriría si los profesionales enfermeros actuaran sin compasión?

