



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales

Trabajo Final de Máster

EXPERIENCIA VIVIDA POR LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA HUMANIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Montserrat Espuña Mora

Tutoras: Dra. María Pilar Delgado Hito
 Dra. Marta Romero García

Curso académico 2021-2022

*Dedicados a todos aquellos que me hacen ser mejor
persona ...
Sigo insistiendo en ello.*

INDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	8
4. METODOLOGIA.....	9
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	12
6. CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR.....	12
7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES.....	13
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.....	14
9. PRESUPUESTO.....	14
10. CRONOGRAMA.....	15
11. BIBLIOGRAFIA.....	16
12. ANEXOS.....	18

1. RESUMEN

Objetivo. Comprender la experiencia vivida en relación con la humanización por los pacientes ingresados en una unidad de reanimación posanestésica.

Metodología. Estudio cualitativo fenomenológico. El ámbito de estudio será la unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital de tercer nivel. La población de estudio serán todos los pacientes que ingresen en la unidad de recuperación posanestésica entre septiembre de 2022 y febrero de 2023; los participantes serán escogidos mediante muestreo por conveniencia hasta la saturación teórica. Se utilizará la entrevista en profundidad y el apoyo del diario de campo. El análisis de contenido de los datos transcritos, mediante su identificación, codificación y categorización nos aportaran los posibles resultados con criterios de calidad y rigor pormenorizados, junto con el programa Atlas.ti.9 el cual ayudará a organizar las grandes cantidades de información que aportará la investigación. Supeditada a los criterios del comité de ética de investigación del hospital, la confidencialidad de los datos que se recopilen estará garantizada, limitando el acceso de éstos al investigador y en ningún caso supondrá una vulneración de la intimidad de los participantes ya que su colaboración será en todo momento voluntaria.

Aplicabilidad y utilidad práctica. Permitirá distinguir las limitaciones, los logros y, en definitiva, hacer reflexionar al equipo multidisciplinar de quirófano con referencia a la humanización, sabiendo que la información proviene del centro de las atenciones, el paciente.

Palabras Clave: humanización, cuidados de enfermería, unidad de recuperación, experiencia vivida, quirófano.

1.ABSTRACT

Objective. To understand the lived experience in relation to humanization by patients admitted to a post-anesthetic resuscitation unit.

Methodology. Qualitative phenomenological study. The study setting will be the outpatient major surgery unit of a tertiary care hospital. The study population will be all patients admitted to the post-anesthetic recovery unit between September 2022 and February 2023, and the participants will be chosen by convenience sampling until theoretical saturation. The in-depth interview and the support of the field diary will be used. The non-probabilistic qualitative analysis of the transcribed data, through its identification, coding, and categorization, will provide us with the possible results with detailed quality and rigor criteria, together with the Atlas.ti.9 program which will help organize the large amounts of information that will provide the research. Subject to the criteria of the hospital research ethics committee, the confidentiality of the data collected will be guaranteed, limiting their access to the researcher and in no case will it imply a violation of the privacy of the participants since their collaboration will be always in volunteer.

Applicability and practical utility. It will make it possible to distinguish limitations, achievements and, ultimately, make the multidisciplinary operating room team reflect on humanization, knowing that the information comes from the center of care, the patient.

Keywords: Humanization, nursing care, recovery room, lived experience, operation room.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 ANTECEDENTES

La cirugía mayor ambulatoria comprende los procedimientos o intervenciones mayores en los que, con anestesia general o regional y tras un tiempo variable de control y observación, el paciente regresa a su domicilio el mismo día de la intervención. Tiene como objetivos aumentar la capacidad resolutive y la comodidad de los pacientes, al contar con quirófanos y circuitos especiales, protocolos y dinámica específicos y personal entrenado. Existen otras formas organizativas y de gestión que permiten aumentar la variedad de servicios en cirugía mayor ambulatoria al incorporar procesos más complejos que pueden requerir estancias hospitalarias que incluyen pernoctación (Cruz, 2020).

La unidad destinada a proporcionar cuidados postoperatorios dentro de una unidad de cirugía mayor ambulatoria es la unidad de recuperación posanestésica, donde el paciente es vigilado constantemente hasta que desaparecen los principales efectos de la anestesia y el estado general del paciente es estable. En la mayoría de los casos la fase posanestésica inmediata tiene una duración de 2 a 6 horas, aunque puede alargarse en pacientes que han sido sometidos a intervenciones de gran complejidad o que presentan complicaciones durante el postoperatorio inmediato. En el proceso de cuidados de posanestésica inmediata están incluidos todos los pacientes que hayan sido sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica u otro tipo de manipulaciones que precisen una recuperación anestésica. El postoperatorio inmediato es un proceso gradual de recuperación de funciones orgánicas y reflejos vitales, donde se identifican los problemas reales y potenciales que puedan ocurrir como resultado de la administración de anestesia, la intervención quirúrgica u otro tipo de manipulación, y así poder intervenir de la forma más adecuada y segura para el paciente (Lopera, 2015).

En el ámbito sanitario, el concepto de humanización de los cuidados está conformado de múltiples y diferentes factores y se define como un conjunto de competencias personales que permiten desarrollar la actividad profesional, dentro del ámbito sanitario, velando por la dignidad y el respeto hacia el ser humano. Es, por tanto, una actividad enfocada a la mejora del cuidado de la

salud, tanto física como mental y emocional, dirigida tanto a pacientes y familiares, como a los propios profesionales sanitarios. Así, el profesional, requiere de la adquisición y el desarrollo de competencias personales entre las que se encuentra la disposición al optimismo, la sociabilidad, la comprensión emocional, la autoeficacia y la afectación, entendidas como esenciales para contribuir a un desempeño profesional positivo, basado en la humanización. (Pérez et al., 2019). Por otro lado al explicar la humanización de la atención, se puede analizar desde diferentes perspectivas, la metodología de análisis de concepto es una perspectiva útil para considerar a la humanización de la atención en salud como un eje orientador de políticas de mejoramiento y calidad de la atención, así como en la promoción de prácticas que facilitan el trabajo colaborativo, la comunicación y el desarrollo humano.(Henao-Castaño et al., 2021).

2.2 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La literatura científica muestra que se ha experimentado una evolución desde una temática centrada en el acto quirúrgico (material y técnica) hacia otra orientada más a las respuestas humanas, seguridad y bienestar del paciente, apareciendo nuevos protocolos referentes a la continuidad y personalización de los cuidados (registro peri-quirúrgico, visita prequirúrgica y enfermera referente) que introducen metodología enfermera (Taxonomía NANDA, NIC, NOC) (Gómez-Esteban, 2009).

Además, el esfuerzo constante por humanizar la asistencia en los hospitales y por mejorar la calidad de los cuidados, conduce obligatoriamente a contar con la familia como parte implicada en la atención y apoyo al enfermo. Siendo la familia un elemento clave en la recuperación del paciente. El paciente y la familia son el centro de la actividad, por lo tanto, su percepción del servicio del área quirúrgica es muy importante para así poder establecer puntos de mejora y mantener los puntos fuertes; ya que los pacientes y familiares nos aportan opiniones y sugerencias muy relevantes para la mejora continua (Antón-Latour, 2019).

Son conocidas las experiencias vividas en el quirófano por las personas intervenidas, pero la experiencia se centra solamente en la enfermedad por la

cual le intervienen, explorando únicamente la experiencia corporal vivida, desde el punto de vista de lo que significó percibir el aviso de enfermedad, cómo acontecer los estragos de la corporalidad y cómo anticiparse al sufrimiento y a la pérdida del rol social. (Florez et al., 2016).

Cabe señalar, que las áreas tecnificadas como las unidades postquirúrgicas intentan humanizar sus espacios de trabajo a partir de evaluar el nivel de satisfacción con cuestionarios, los cuales seleccionan diferentes estrategias de intervención y finalmente, cuantifican cómo vive el paciente su estancia en el área quirúrgica, el problema es que al no contar con estudios previos de satisfacción del paciente y la familia, se basaron en la progresión de los índices de satisfacción y en los registros del Servicio de Atención e Información al Paciente.(Antón-Latour, 2019)

La humanización ha procurado involucrar a las familias en el cuidado en cualquier área del hospital y se han podido realizar algunas aproximaciones de familiares en las áreas de unidad de curas intensivas quirúrgicas oncológicas donde los familiares podían estar cerca de su allegado, se sentían como parte del equipo multidisciplinar de salud pues notaban que contribuían al bienestar de sus seres queridos. Por lo tanto, hacer partícipe a la familia fue algo aceptable y no demasiado exigente para los familiares.(Eskes et al., 2020)

2.3 JUSTIFICACIÓN

Se vislumbra una evolución desde una temática centrada en el acto quirúrgico (material y técnica) hacia otra orientada más a las respuestas humanas intentando humanizar sus espacios de trabajo a partir de evaluar el nivel de satisfacción. Son conocidas las experiencias vividas en el quirófano por las personas intervenidas pero la experiencia se centra solamente en la enfermedad. Por ello, se considera necesario explorar la vivencia de los pacientes desde el punto de vista emocional para conocer su punto de vista al ingresar en el área quirúrgica.

2.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo viven los pacientes ingresados en una unidad de reanimación postquirúrgica, de una unidad de cirugía mayor ambulatoria, en relación con la humanización?

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Explorar la experiencia vivida en relación con la humanización por los pacientes ingresados en una unidad de reanimación posanestésica.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Describir el sentido otorgado a la experiencia del paciente durante un ingreso en una unidad de recuperación posanestésica.
2. Explorar los sentimientos del paciente ingresado en una unidad de reanimación posanestésica relacionado con la humanización.
3. Identificar aspectos favorecedores y limitadores de la humanización en relación con la experiencia vivida durante la estancia en la unidad de recuperación posanestésica.

4.METODOLOGIA

4.1. Diseño de la investigación

Se utilizará un diseño cualitativo y como método la fenomenología de Husserl ya que enfatiza el regreso a la intuición reflexiva para escribir y clarificar la experiencia tal como se vive se constituye en conciencia (Husserl, 2013). Pero como se necesita interpretar y comprender las vivencias de los textos de las entrevistas se tendrá en cuenta a Heidegger y su giro hermenéutico de la fenomenología (León, 2009).

La fenomenología será la ciencia que versa sobre cómo revelar y hacer visibles las realidades o cómo acceder a la polisemia que entraña toda realidad (Solano, 2006).

4.2. Ámbito de estudio

El estudio se realizará en un hospital de tercer nivel de Barcelona con categoría de Sede, concretamente en el área de quirófano en la zona de reanimación posanestésica de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Se atienden un total aproximado de 5.000 pacientes al año. Dispone de un total de seis boxes y cuenta, fuera del área quirúrgica, con una serie de veinte camas para la mínima pernoctación y otra ala con ocho butacas para la adaptación al medio antes de obtener el alta definitiva. Este servicio de Unidad de Reanimación Posanestésica (URPA) ofrece atención prequirúrgica, como zona preanestésica y al mismo tiempo zona de atención postquirúrgica. La ratio enfermera paciente es de 1:3.

4.3 Participantes del estudio

La **población** del estudio serán todos los pacientes que ingresen en la unidad de reanimación postquirúrgica antes y después de haberse intervenido a una cirugía ambulatoria durante el periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 2022 y febrero del 2023. Se realizará un **muestreo** por conveniencia o accidental para crear muestras de acuerdo con la facilidad de acceso y la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, incluyendo a aquellos pacientes que cumplan las siguientes características:

- Pacientes conscientes y orientados con Glasgow >15

- Documentación de consentimiento informado, documento de confidencialidad de datos y el documento informativo sobre la investigación, firmados.

El muestreo proseguirá hasta la saturación teórica, aunque se estiman 15 participantes.

La captación de participantes se realizará en el momento del alta quirúrgica en el área de hospitalización, mediante pregunta directa y consiguiente información y firma de documentos. Ante la actitud favorable de participación se contactará con él para conocer si es posible realizar la entrevista el siguiente día que vuelva al hospital, para su primera visita de seguimiento postquirúrgico.

Los participantes deberán ser contactados el día antes de su siguiente visita al hospital para recordarles su interés, lugar y horario para poder realizar la entrevista en profundidad.

4.4 Técnicas de obtención de información

La técnica de obtención de la información será la **entrevista en profundidad**. La intencionalidad principal es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro. La entrevista en profundidad sigue el modelo de hablar entre iguales, “encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes” (Taylor & Bogdan, 1992), reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Robles, 2018). Se ha elaborado un guion con el fin de evitar olvidar algún tema importante (Anexo 1).

Además, se utilizará como apoyo el **diario de campo**. Relatos descriptivos en los que se registrará objetivamente lo que está sucediendo en el escenario a partir de notas descriptivas, metodológicas y personales a partir de descripciones del medio, conductas no verbales, impresiones del investigador, análisis preliminares, y problemas tecnológicos (Mayan, 2001).

4.5 Procedimiento de Recogida de datos

Cada entrevista será audio grabada y posteriormente transcrita para hacérsela llegar a los participantes para que verifiquen el discurso. Además de audio grabar las entrevistas, se tomarán notas para capturar puntos del relato hacia los cuales uno querrá regresar posteriormente en la entrevista o para localizarlos en el audio después de la entrevista.

La entrevista será llevada a cabo por un miembro del equipo investigador y un observador que captará la comunicación no verbal, onomatopeyas, verbalizaciones coloquiales, aquello que la grabación no puede detallar, para su posterior análisis.

La entrevista se realizará en una sala de reuniones, donde poder hablar sin ser molestados, donde se sienta cómodo y seguro. Se realizará después de la primera visita postcirugía, entre quince días y un mes del alta de la unidad.

4.6 Análisis de datos

Los datos recogidos y posteriormente transcritos serán analizados por dos miembros del equipo investigador a partir de un análisis de contenido mediante la identificación, codificación y categorización de patrones primarios en los datos examinando el significado de párrafos específicos dentro de los datos y determinando una categoría apropiada. Mediante **la identificación** se descubren las reflexiones, sentimientos e ideas que aparecen en las grabaciones y notas, como conocimiento de aproximación. La **codificación** aportará unidades de significado propio a frases y/o ideas que se expresan, de manera que se puedan ir reagrupando para llegar a una **categorización** aportando un nivel más elevado de significado o abstracción, la continua reagrupación de códigos nos aportará los temas centrales de la investigación y los posibles resultados. Finalmente, los resultados deberán ser **contrastados** con el marco teórico y los objetivos de la investigación para poder verificar los datos hallados.

Además, con el programa **Atlas.ti.9** como herramienta permitirá trabajar y organizar grandes cantidades de información, para poder dejar al investigador más tiempo para la interpretación, la valoración y el análisis de los resultados.

5.ASPECTOS ÉTICOS

Se seguirá la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos que establece la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, con ella se elabora un documento con el cual cada participante quede bajo su protección al firmarlo (Anexo 2)

Se solicitará el permiso al Comité de Ética de Investigación del hospital y a la Dirección enfermera del centro. Los participantes serán informados de los objetivos, técnicas de recogida de datos y de todo el procedimiento del estudio a través de una hoja informativa. (Anexo 3). Además, cualquier documento audio grabado y/o digitalizado será destruido después de la finalización del estudio para mantener el anonimato y confidencialidad.

6.CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR

Para resolver el problema del elemento interpretativo y describir el fenómeno que se quiere estudiar, se desarrollan prácticas interpretativas interconectadas. Como cada material empírico hace al mundo visible de una forma diferente, se suele mantener un compromiso por usar más de una práctica interpretativa en un estudio, aunque este intento complejo de captar la verdad lleve asociados otros problemas como sería además de buscar una verdad *válida*, el buscar una verdad *consistente, aplicable y neutra* (Lincoln y Guba, 1999).

Rojas et al., (2017) realiza una visión general del proceso investigativo partiendo de un contexto positivista, y reconociendo finalmente que la calidad científica en un estudio cualitativo y por ende su rigor metodológico depende de varios criterios.

Mediante el compromiso que se adopta con los participantes durante las entrevistas en profundidad, junto con la **triangulación** de investigadores al realizar una comparación y contraposición continua después de cada entrevista y al poner en común todas ellas obtenemos una aproximación **creíble** de los resultados obtenidos. (Castillo-Parra et al., 2020) Los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino **transferibles**. A través de las descripciones detalladas de los participantes en las entrevistas se puede

tendrá conocimiento en profundidad que, junto con el muestreo por saturación, en ambientes similares, tendrá transferibilidad. (Leininger, 2006) Esa misma descripción exhaustiva nos aportará **dependencia** si diferentes investigadores recolectan datos similares en el campo y efectúan los mismos análisis, generando resultados equivalentes. Esto se verá reflejado en el análisis e interpretación de los datos. El investigador con sus dificultades y limitaciones, sus análisis y reflexiones (Guber 2001) garantizará **neutralidad**, pues presupone que los descubrimientos no estarán sesgados por motivaciones personales, perspectivas e intereses (Pérez, 2007). El realizar una buena interacción durante la entrevista en profundidad, usando diferentes estrategias para poder hallar las realidades darán **autenticidad** que, según Marshall (1990), conlleva una serie de supuestos respecto de lo que es la realidad y de la relación del investigador con esta realidad.

7.DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Las posibles dificultades para realizar el estudio de investigación son:

- El hecho de recoger los datos entre quince días y un mes después del alta puede disminuir y/o permitir olvidar el recuerdo de detalles y sentimientos vividos, aunque según Aparcero, deberían ser demoras prolongadas para poder inducir respuestas que colaboran en la exactitud y la confianza del recuerdo (Aparcero, 2015).
- Posible negativa de los pacientes a participar en el estudio puede dar lugar a una dilatación más amplia en el tiempo para la recogida de información, pero se presupone que en seis meses será posible el muestreo previsto.
- Pueden existir participantes que ingresen en la URPA prequirúrgica y por algún motivo no sean intervenidos; también aquellos pacientes que al finalizar su intervención quirúrgica se dirijan directamente al área de adaptación del medio, fuera del área quirúrgica, en estos casos solo se podrán recoger datos prequirúrgicos así que se desecharan como participantes en el estudio.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Los resultados de este estudio permitirán conocer al personal quirúrgico sus limitaciones y logros referente a cómo los pacientes perciben sus cuidados y sus emociones al interactuar con ellos.

Permitirá realizar acciones de mejora sobre los cuidados que se realizan en la URPA, como el diseño de cursos formativos sobre la humanización en el área de quirófano para los equipos asistenciales sabiendo de antemano cuáles son sus deficiencias y éxitos.

Reflexionar sobre la gestión de personal, de infraestructuras y recursos para poder conseguir un área humanizada en el área quirúrgica.

En un futuro, este estudio podría complementarse con otro en el que la variabilidad social, de género o por edad nos pueda aportar nuevas estrategias para reevaluar la humanización.

9.PRESUPUESTO

Es importante poder estimar el coste del proyecto de investigación para poder valorar con qué capital se cuenta y si será posible llevarlo a cabo.

DESCRIPCIÓN	COSTE ESTIMADO
Recursos Humanos	0,00 €
Recursos Materiales	
Material Oficina	50,00 €
Tóner Impresión	40,00 €
Tarjeta de Memoria	238 €
Recursos Técnicos	
Software Análisis Cualitativo-Licencia Atlas.ti.9	358,33 €
Transcripción entrevistas	1500 €
Difusión	
Traducción de 1 Publicación	750 €
Inscripción+ Estancia al 17 Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica 2023	900 €
Open Acces	2.000€
TOTAL	5.836,33 €

10.CRONOGRAMA

La tabla muestra la temporalidad y previsión de los acontecimientos de la investigación.

Investigación	Jun-22	Jul-22	Sep-22 Oct-22	Nov-22 Dic-22	Ene-23 Feb-23	Mar-23 Oct-24	Nov-24	Dic-24
Solicitud permisos CEIC HCB, UB, CI								
Preparación investigadora para la recogida de datos								
Captación de participantes								
Realización entrevistas								
Preanálisis y Análisis de Datos								
Informe de Resultados								
Difusión de los resultados								

11. BIBLIOGRAFIA

- Antón-Latour, M. A. (2019). *Calidad percibida por paciente y familia tras la implantación del proceso de humanización de cuidados en UCI Quirúrgica y satisfacción del personal*.
<https://doi.org/10.14198/recien.2019.ix-congreso-scele.07>
- Aparcero Suero, M. (2015). Estudio de la influencia de variables en la memoria de testigos españoles y americanos. *Behavior & Law Journal*, 1(1).
<https://doi.org/10.47442/blj.v1.i1.10>
- Castillo-Parra, S., Bacigalupo Araya, J. F., García Vallejos, G., Lorca Nachar, A., Aspee Lepe, P., & Gortari Madrid, P. (2020). NECESIDADES DE DOCENTES Y ESTUDIANTES PARA HUMANIZAR LA FORMACION DE ENFERMERÍA. *Ciencia y Enfermería*, 26.
<https://doi.org/10.4067/s0717-95532020000100202>
- Cruz Rodríguez, J. (2020). Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros. *Gaceta Médica Espirituana*, 22(1).
- Eskes, A. M., van Ingen, C. H. N. M., Horst, M. E. E., Schreuder, A. M., Chaboyer, W., & Nieveen van Dijkum, E. J. M. (2020). The experiences of family caregivers who participated in a family involvement program after cancer surgery: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, 101835. <https://doi.org/10.1016/J.EJON.2020.101835>
- Florez Torres, I. E., Giraldo Mora, C. V., & Arzuaga Salazar, M. A. (2016). La experiencia vivida de la mujer con enfermedad cardiovascular revascularizada: un estudio de caso. *Avances En Enfermería*, 34(3). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58378>
- Henao-Castaño, A. M., Vergara-Escobar, O. J., & Gómez-Ramírez, O. J. (2021). Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3).
<https://doi.org/10.22463/17949831.2791>
- Husserl, E. (2013). Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica: introducción general a la fenomenología pura. In J. Gaos & Z. Quijano (Eds.), *Fondo de Cultura Económica* (Vol. 16, Issue S1). Fondo de Cultura Económica.
- Leininger, M. (2006). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. In *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*.
- León, E. A. (2009). El giro hermenéutico de la fenomenológica en The hermeneutic swift on Martin Heidegger's phenomenology. *Revista de La Universidad Bolivariana Polis*, 8(22).

- Lopera Párraga, A. D. (2015). Cuidados de enfermería del paciente en la postanestesia inmediata. *Publicaciones Didácticas*, 63.
- Mayan, M. J. (2001). Módulo De Entrenamiento Para Estudiantes Y Profesionales Una Introducción a Los Métodos Cualitativos. In *Institute Press International Institute for Qualitative Methodology*.
- Pérez Fuentes, M. del C., Molero Jurado, M. del M., Herrera Peco, I., Oropesa Ruiz, N. F., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. *European Journal of Health Research*, 5(1). <https://doi.org/10.30552/ejhr.v5i1.173>
- Robles, B. (2018). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Arqueología Mexicana*, 25(151).
- Rojas, X., Osorio, B., & Rojas Bravo, X. (2017). Criterios de Calidad y Rigor en la metodología Cualitativa Criterios de Calidad y Rigor en la Metodología. *Gaceta Pedagógica*, 36(November).
- Solano Ruiz, M. del C. (2006). Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 19. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.19.01>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. In *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.

12.ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Este guion/guía es para uso exclusivo del entrevistador, no se presentarán las preguntas escritas al participante. No requieren de un orden específico, se intenta dar la máxima fluidez a la descripción del participante.

Durante la estancia en la unidad de reanimación postquirúrgica/anestésica:

Explique con el máximo detalle que recuerde, ¿cómo se sintió en el momento de llegar a esa unidad, qué emociones recuerda? (Pregunta abierta para favorecer expresión y reflexión)

¿Sintió miedo, alegría, tristeza, incertidumbre, enfado, desconfianza, ...? (pregunta reconducida si el participante le resulta difícil concretar emociones).

Mientras estaba en la URPA ¿Cómo vivió la molestia física, si la tuvo ?

Reconducir para poder identificar si tuvo acceso a algún tipo de analgesia y sedación.

Durante su estancia ¿Cómo experimentó el hecho de tener alguna necesidad psicológica no cubierta?

Reconducir, saber si se tuvieron en cuenta sus necesidades espirituales o su sufrimiento psicológico.

¿Recuerda cómo se sintió frente a la necesidad de eliminación durante su estancia en la URPA y como se resolvió el problema?

Reconducir para saber si se le resolvió el problema para poder satisfacer sus necesidades de baño, autocuidado, entretenimiento durante su espera prequirúrgica.

¿Qué sensaciones tuvo referente al ambiente en esa zona de URPA?

Reconducir para averiguar si estuvo en un lugar de ambiente ruidoso (gente hablando, alarmas, música, otros, ...), como era la luz ambiental.

¿Qué emociones le afloran sobre el personal que lo atendió, alguien habló con usted en algún momento?

Analizar si sabe quién era la persona que habló con él, que categoría en el equipo multidisciplinar tenía, si era más de una persona hablando con

el participante. Evaluar si sabía cómo ponerse en contacto con algún profesional si lo necesitaba durante su ingreso en la URPA.

¿Cómo fueron sus experiencias emotivas en referencia a resolver dudas, y recibir información?

Reconducir para concretar si hablaron con el participante y donde lo hicieron; dónde y cómo (horarios de visita, telemático, telefónico, zona habilitada) fueron informados sus familiares. Si pudo escoger a qué familiar dar información.

En el caso de tener algún tipo de déficit de comunicación por parte del participante, cómo se resolvió el problema, como lo vivió, ...

¿Qué emociones recuerda del espacio físico de la unidad de recuperación posanestésica?

Reconducir para saber si tenía privacidad, si existen puertas/cortinas, cubículos individuales; saber si existió confort ambiental (como luz natural, pintura paredes, distribución del mobiliario, temperatura, humedad, ventilación, control de luz) si se pudo orientar en el tiempo.

Si desde el control de enfermería de la URPA se sentía controlado/visualizado directamente.

Sabiendo dónde y cómo esperaba su familiar, ¿cómo lo vivió, mientras usted era operado?

Analizar si existe un área para familiares y donde se encuentran, si pueden mantener la privacidad, si existe aparato telemático hacer seguimiento de la IQ, ...

¿Cómo se sintió en relación con su familia durante su estancia en la URPA?

¿Recuerda si pudo tener cerca algún familiar que le ayudara con sus cuidados, antes de IQ, después de la IQ, en la URPA?

ANEXO 2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador principal: Montserrat Espuña Mora
Departamento: Enfermería Quirúrgica
Título: Experiencia Vivida por Pacientes en Relación a la Humanización en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Yo, Sra/Sr. _____ confirmo que:

- ✓ He recibido información verbal sobre el estudio y he leído la información escrita que se adjunta, la cual me ha sido facilitada una copia.
- ✓ He comprendido lo que se me ha explicado y los posibles riesgos y beneficios de participar en el estudio.
- ✓ He podido comentar el estudio y hacer preguntas al profesional responsable.
- ✓ Doy mi consentimiento para tomar parte en el estudio y asumo que mi participación es totalmente voluntaria.
- ✓ Entiendo que me podré retirar en cualquier momento.

Mediante la firma de este formulario, doy mi consentimiento informado para que mis datos personales puedan ser utilizados en el estudio, que se ajusta a lo que dispone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el Reglamento Europeo de mayo 2018.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado.

Participante

Informante

Firma

Firma

Revocación

Yo D./Dña. _____ de _____
años de edad, con domicilio en _____
y D.N.I.: _____ como participante, revoco el consentimiento
presentado en fecha _____ y no deseo proseguir en el estudio,
que doy en esta fecha por finalizada mi participación.

Firma del usuario y D.N.I.

Firma Investigador/a y N° Colegiado

ANEXO 3. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Investigador principal: Montserrat Espuña Mora
Departamento: Enfermería Quirúrgica
Título: Experiencia Viva por Pacientes en Relación a la Humanización en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio ha sido propuesto para la aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el investigador/ a.

Descripción general del estudio: El objetivo de este estudio es profundizar en los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre la experiencia que viven los pacientes que ingresan en una Unidad de Reanimación Postquirúrgica antes y/o después de su intervención quirúrgica.

- **Procedimiento.** Se le realizará una entrevista en profundidad y/o semiestructurada con la finalidad de ahondar en los conocimientos acerca de los sentimientos y acontecimientos que vive usted durante su ingreso en la unidad de reanimación. Dichas entrevistas se realizarán en una sala habilitada en el mismo hospital donde usted se realizará la intervención quirúrgica, en un horario compatible con su horario de alta médica y se realizarán con un entrevistador. La información será grabada mediante una grabadora de audio para ser transcrita y analizada posteriormente. Esta información será grabada para ser transcrita y analizada

posteriormente. Todos los datos serán guardados en archivos electrónicos que serán eliminados a la finalización de la investigación. Duración aproximada de una a dos horas.

- **Beneficios y riesgos** derivados de su participación en el estudio La participación en este estudio puede suponer un beneficio para el colectivo que conforman los profesionales de la enfermería ya que la reflexión y puesta en común de las limitaciones y necesidades de los profesionales para realizar cuidados adecuados a todos aquellos pacientes que ingresan para ser intervenidos quirúrgicamente puede significar la creación de procedimientos y guías para realizar unos cuidados de calidad y humanizados. La participación en las entrevistas no prevé que comporte ningún riesgo para su salud
- **Coste económico.** No recibirán ninguna compensación por su participación en el estudio ni tendrá coste económico adicional para usted
- **Confidencialidad.** El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y el Reglamento Europeo de mayo 2018. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio. El acceso a su información personal quedará restringido a los investigadores del estudio / colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro (Hospital Clínico de Barcelona, Seu Plató) y personal autorizado por el Promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente.

Si usted decide **retirar el consentimiento** para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, y puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno,

ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada.

Cualquier duda que tenga respecto a este trabajo será respondida a través del investigador principal:

Montserrat España Mora
DUI Quirófano del HCB, Seu Plató
Correo electrónico: mespunam@clinic.cat
Ext: 3331

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a este Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales, la alegría de saber que aún existe esperanza sobre los cuidados que siempre hemos soñado poder implementar. Me ha aportado los conocimientos necesarios y consistentes para crecer como profesional y al mismo tiempo como persona y aunque parece que puede tardar en verse ejecutado en nuestra actual zona de trabajo ahora reconozco que es posible y me da las fuerzas necesarias para seguir intentando esa meta.

Quisiera agradecer a mis tutoras la Dra. María Pilar Delgado Hito y la Dra. Marta Romero García su tiempo, su diligencia en sus aportaciones y sobre todo su inmensa paciencia conmigo y mi primer trabajo de final de máster.

Quisiera agradecer a mis compañeras y amigas, el insistirme en realizar este Máster de la Universidad de Barcelona, que ellas también querían hacer, y sabían que me iba a gustar. Gracias por insistir.

Agradecer a mi familia el no quejarse nunca, aunque pasara más horas en el ordenador que con ellos. Os quiero.